



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

**COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y CHOQUE CULTURAL ANTE
SITUACIONES CRÍTICAS: EMOCIONES Y MECANISMOS DE
AFRONTAMIENTO EN COOPERANTES SOCIOSANITARIOS**

PRESENTADA POR:

MERCEDES RUIZ-RICO RUIZ

DIRIGIDA POR:

EVA SOTOMAYOR MORALES

MANUEL AMEZCUA MARTÍNEZ

Jaén, 11 de diciembre de 2023

“Me doy cuenta de que estoy tan emocionado que apenas puedo quedarme quieto ni pensar claramente. Creo que es la clase de emoción que solo puede sentir un hombre libre. Un hombre libre que comienza un largo viaje de final incierto”

Morgan Freeman. (1994). *Cadena Perpetua*

RECONOCIMIENTOS

El presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo gracias, en primer lugar, a la valiosa participación de las personas entrevistadas. Su contribución al mundo no solo por la labor desempeñada durante sus cooperaciones, sino también por su disposición para permitirme explorar el profundo universo de sus emociones.

Un segundo reconocimiento se otorga a la financiación obtenida para la movilidad de la doctoranda por parte de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Jaén. Este respaldo permitió que pudiera sumergirme, en primera persona y con el apoyo de la Fundación de las Ciencias de la Salud de Bogotá, en otra cultura universitaria. Esta experiencia enriqueció significativamente el presente trabajo y contribuyó al desarrollo de mi formación tanto como enfermera como persona.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Gerardo y Teresa, por enseñarme, a través de su ejemplo, que debía dedicar mi vida a una profesión por la que sintiese pasión. Tener la suerte de contar con unos referentes así y la libertad para elegir lo que me gustaba, con ellos siempre a mi espalda, ha influido claramente en el amor por los cuidados que hoy siento.

A Peri, mi compañero de vida en este mundo, quien ha sufrido los malos momentos y, aún así, ha estado a mi lado apoyándome. Por ayudarme a descubrirme a mí misma siempre cuando me pierdo.

A mis hermanos, mis mejores amigos, el mejor regalo que me dieron mis padres, por llevarme a ser la persona que hoy soy, inconscientemente.

A Manuel Amezcua, por el tiempo y la paciencia dedicada. Por demostrarme que se puede elegir libremente en el mundo de la investigación y que tengo que trabajar en lo que realmente me entusiasme, sin condiciones.

A Eva Sotomayor, por su energía y sus ganas, por la paciencia y el apoyo, por compartir conmigo mis emociones.

Este trabajo es el resultado de las historias de personas que han dedicado en mayor o menor tiempo su esfuerzo a mejorar el mundo donde vivimos, aunque esto haya supuesto arriesgar su “pellejo”. No solo siento agradecimiento sino también una gran admiración por cada historia que me han contado y cada emoción que me han depositado para poder contarle al mundo que los que ayudamos también necesitamos que nos ayuden.

A mi hija Mariana, por ser el motor de mi vida

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	14
ABSTRACT	15
1. INTRODUCCIÓN	16
1.1. Marco conceptual. Significado de la cooperación internacional en contextos hostiles	16
1.2. Antecedentes y lagunas del problema de la cooperación internacional española	18
1.3. Marco teórico	28
1.3.1. La cooperación internacional	28
1.3.2. Qué entendemos por “situaciones críticas”	33
1.3.3. Explorando el universo del “choque cultural”	34
1.3.3.1. La cultura y su lugar en el mundo de los cuidados	34
1.3.3.2. El choque cultural	43
1.3.4. Explorando el universo de las emociones	54
1.3.4.1. La historia de las emociones y su relación con la cooperación internacional	54
1.3.4.2. Enfoques teóricos sobre la cultura emocional en el ámbito de las ciencias de la salud	60
1.3.4.3. Enfoques teóricos sobre la cultura emocional en el ámbito de la sociología y ciencias afines	62
1.3.4.4. La ira	63
1.3.4.5. El miedo	65
1.3.4.6. La tristeza	67
1.3.4.7. El asco	68
1.3.4.8. La sorpresa	69
1.3.4.9. La frustración	69
1.3.4.10. La alegría	71
1.3.4.11. Cómo analizar las emociones : El Modelo FEI	72
1.3.5. Gestión y afrontamiento	76
1.3.5.1. Modelos de afrontamiento	79
1.3.5.2. La conducta prosocial	84
1.3.5.3. ¿La resiliencia? ¿La inteligencia emocional?	89
2. OBJETIVOS	97
2.1. Objetivo general	97
2.2. Objetivos específicos	97
3. METODOLOGÍA	97
3.1. Tipo de estudio	97
3.2. Población del estudio	99
3.3. Variables del estudio	103
3.4. Técnicas de recogida de datos	104
3.5. Análisis de datos	107
3.6. Ética	110
4. RESULTADOS	110
4.1. Introducción	110

4.2. Choque cultural. Un paisaje de emociones-----	111
4.2.1. La ira: el león que no alcanza a su presa-----	112
4.2.2. El miedo: la gacela que huye-----	124
4.2.3. La tristeza: la mona que pierde a su cría-----	131
4.2.4. El asco: la cucaracha en el plato-----	137
4.2.5. La sorpresa: el burro que vuela-----	141
4.2.6. La frustración: el pájaro enjaulado-----	149
4.2.7. La alegría: el perro que recibe a su amo-----	167
4.2.8. Otras emociones del paisaje-----	172
4.3. Situaciones críticas. Los riesgos asumidos-----	173
4.4. Gestión y afrontamiento. El manejo de las emociones-----	188
4.4.1. Los Conocimientos, la sabiduría transformada en herramienta-----	188
4.4.2. Habilidades, el uso de las destrezas-----	191
4.4.3. Actitudes. La mirada que transforma-----	207
4.5. Formación. El valor de lo aprendido-----	211
4.5.1. Información previa-----	211
4.5.2. Desinformación-----	216
4.5.3. La formación emocional-----	219
5. DISCUSIÓN-----	223
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO-----	238
7. CONCLUSIONES-----	239
8. BIBLIOGRAFÍA-----	241
ANEXO I. ÁPICES DE MI CHOQUE CULTURAL.-----	260

Listado de acrónimos:

- AAAA: Agenda de Acción de Addis Abeba.
- AECID: Agencia Española de la Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- AACN: Asociación Americana de Enfermeras y la Asociación de Colegios de Enfermería.
- APA: American Psychological Association.
- CSI: Coping Strategy Indicator.
- ED: Educación para el Desarrollo.
- IFRC: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.
- ODHAG: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- ODM: Objetivos Del Milenio.
- OIM: Organización Internacional para las Migraciones.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PVE: Plataforma del Voluntariado de España.
- QSEN: Educación en Calidad y Seguridad en Enfermería.
- UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- WCI: Ways of Coping instrument.

RESUMEN

Miles de personas se desplazan a áreas prioritarias de cooperación internacional sociosanitaria para brindar ayuda en situaciones críticas, enfrentando desafíos que van desde catástrofes hasta escenarios urgentes, poniendo a prueba su adaptabilidad y habilidades emocionales. En estas circunstancias puede producirse un choque cultural que, en ocasiones, puede afectar a la efectividad de la actuación sociosanitaria y al estado emocional de los propios cooperantes. Este estudio cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas, aborda las diferentes manifestaciones del choque cultural y mecanismos de afrontamiento ante las mismas. Consideramos que es posible prevenir las víctimas “silenciosas” del choque cultural, dado que ayudan en áreas tan diferentes de su origen, y en situaciones urgentes. La escasa atención hacia el fenómeno en la literatura científica destaca la importancia de estudiarlo para avanzar en la prevención de daños colaterales tanto en quienes cooperan internacionalmente como en los pacientes que atienden.

PALABRAS CLAVE: Emociones, choque cultural, competencia cultural, asistencia sanitaria culturalmente competente, servicios de salud, cooperación internacional, adaptación psicológica, afrontamiento, desastres, inteligencia emocional.

ABSTRACT

Thousands of people move to priority areas of international health and social care cooperation to provide aid in critical situations, facing challenges ranging from disasters to urgent scenarios, putting their adaptability and emotional skills to the test. In these circumstances, culture shock can occur which, on occasions, can affect the effectiveness of social and health care work and the emotional state of the aid workers themselves. This qualitative study, through semi-structured interviews, addresses the different manifestations of culture shock and coping mechanisms. We believe that it is possible to prevent the "silent" victims of culture shock, given that they help in areas so different from their origin, and in urgent situations. The scant attention to the phenomenon in the scientific literature highlights the importance of studying it in order to advance the prevention of collateral damage in both international co-operators and the patients they serve.

KEYWORDS: Emotions, Cultural shock, Cultural competence, culturally competent care, international cooperation, adaptation, coping, disaster, emotional intelligence.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual. Significado de la cooperación internacional en contextos hostiles

El presente problema de estudio se inscribe en el campo de la cooperación internacional, centrándose en las situaciones críticas que se producen, en su mayoría en poblaciones en vías de desarrollo, y las distintas formas de abordaje en ellas por parte del personal sanitario que se traslada hacia dichas zonas.

En un principio, contribuyó sin duda a incentivar este interés personal y académico el hecho de haber realizado una estancia de prácticas durante el último año del Grado de Enfermería en una zona indígena de Ecuador (Riobamba) (ANEXO I), donde pude comprobar, en primera instancia, las actuaciones de las personas que cooperan y las emociones ante ciertas situaciones que afectan todas ellas a un derecho humano fundamental como la salud.

Las distintas formas de reaccionar ante las numerosas situaciones críticas y de urgencia me llevaron a la conclusión de la importancia del choque cultural que se produce en los profesionales sociosanitarios trasladados al trabajar en situaciones tan distintas a lo habitual. Salvar la vida de una persona se convierte en todo un reto con los recursos materiales que poseen y con los recursos previos de la persona trasladada.

Las diferencias existentes entre los conocimientos aplicados en nuestro lugar de origen, con nuestros recursos materiales, y los procedimientos y recursos de los que disponen y deben aplicar en los lugares a los que se han desplazado, llevan a los profesionales sanitarios a reaccionar de diferentes maneras ante las adversidades, ya que en situaciones críticas carecen de tiempo para pararse a pensar pudiendo llegar a actuar de manera muy instintiva.

Por otro lado, nuestro interés se acentuó tras una primera toma de conciencia “ética” sobre el tema y los diferentes trabajos en los que profundizamos sobre aquél. A pesar de un aumento de estudios sobre el voluntariado en las dos últimas décadas, la mayoría de estos se centran en “formal volunteering”, es decir, trabajo comunitario donde el tiempo y el esfuerzo existen y se orientan a mejorar una comunidad. Pero existen pocos análisis que aborden la cooperación internacional y el choque cultural que se produce en

situaciones críticas; de ahí nuestro interés en centrarnos en esta otra dimensión (Ayllón, 2007).

La situación en la mayoría de estas poblaciones, en lo que respecta al derecho humano a la salud, no es del todo fácil; y el choque cultural que esto produce entre los profesionales que colaboran allí recibe diferentes maneras de gestionarse y afrontarse (Díaz Sánchez, 2010).

Consideramos que el presente estudio puede tener un notable interés, debido al gran número de incidentes a nivel internacional que necesitan ayuda por parte de los cooperantes sociosanitarios, los cuales deben desplazarse a zonas desconocidas y con culturas, en su mayoría, alejadas de la suya de procedencia. (Pérez Miralles, 2013)

Por otra parte, la importancia del estudio se focaliza en la gravedad de los incidentes a los que acuden dichos cooperantes internacionales sanitarios. Poniendo en riesgo, en muchas ocasiones, su vida sin unas mínimas garantías en cuanto seguridad y salud personal.

La oportunidad y pertinencia del tema seleccionado reside, además, en la necesidad de tratar algo tan práctico como es el choque cultural que se produce en dichos profesionales desplazados en zonas con situaciones críticas. De este modo se intentará identificar de manera cualitativa cómo se siente quien trabaja en condiciones materiales que impiden con frecuencia garantizar adecuadamente la ayuda que desean proporcionar; a lo que se suman las diferentes formas de abordar los problemas de salud en los lugares de procedencia de los cooperantes desplazados.

Al hablar de situaciones críticas, serán objeto de estudio desde las catástrofes a las situaciones imprevistas, en donde el choque cultural se producirá de manera inminente. De ahí que consideremos necesario garantizar a los profesionales desplazados las mejores condiciones posibles, evitando daños colaterales y permitiendo una mayor efectividad en su trabajo, en orden a incrementar la calidad asistencial que se proporciona.

En conclusión, debemos subrayar que el abordaje de las diferentes maneras de gestionar y afrontar las situaciones anteriormente mencionadas no solo tiene un interés académico, sino que igualmente puede llegar a proporcionar un beneficio directo a los

profesionales sanitarios que se desplazan en estas condiciones, así como, finalmente, un beneficio indirecto a las poblaciones atendidas.

En este epígrafe nos proponemos contextualizar la situación actual de la cooperación internacional española, la prevención de riesgos existente en las zonas a las que se desplaza el personal que coopera y un breve repaso a diferentes trabajos que abordan la formación intercultural de profesionales sociosanitarios.

1.2. Antecedentes y lagunas del problema de la cooperación internacional española

Es necesario comprender la situación actual de la cooperación internacional española para contextualizar el estudio. El año 2015 representó la fecha límite para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM), los cuales se propusieron abordar globalmente la problemática del hambre y la pobreza. A pesar de haberse registrado avances notables, dichos progresos resultaron insuficientes. Ese mismo año, tras comprobar que la coordinación mundial había supuesto un cambio global, se procedió a impulsar la Agenda 2030 con los siguientes puntos principales: el Desarrollo Sostenible, la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre Financiación del Desarrollo (AAAA) y el Acuerdo de París sobre cambio climático. Estos ODM incluidos en la Agenda 2030 suponen un salto cualitativo, debido a que poseen unos rasgos distintivos, sintetizables en la universalidad, la responsabilidad compartida, la sostenibilidad y un enfoque integrado (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2018).

El número de crisis de todo tipo, y su impacto en pérdidas humanas y daños materiales, ha alcanzado niveles sin precedentes: 130 millones de personas necesitan ayuda humanitaria urgente, existen más de 65 millones de desplazados, la cifra más alta desde la II Guerra Mundial. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en 2016 murieron más de 7.000 personas tratando de cruzar fronteras internacionales. En la primera Cumbre Humanitaria Mundial, celebrada en Estambul en 2016, se buscó remodelar todo el sistema para hacer la acción humanitaria más eficaz, eficiente y adaptada a los retos presentes y futuros (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2018).

En la actualidad, son millones de personas las que se desplazan para cooperar de alguna forma a otras partes del mundo. Según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas, en España, un 17% de las personas habían realizado trabajos de

voluntariado en el extranjero durante el año 2010, lo que puede cuantificarse como un total de 6.584.166 personas (Pérez Miralles, 2013).

Recientemente, la Plataforma del Voluntariado de España (PVE) ha presentado los resultados de su estudio sobre La Acción Voluntaria en 2022. Este trabajo se difunde a través del Observatorio del Voluntariado, con el respaldo del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Según el informe, en España hay un número récord de 3,3 millones de personas mayores de 14 años que participan en actividades de voluntariado, lo que representa un aumento significativo en comparación con 2021. El crecimiento experimentado en el último año es de casi dos puntos porcentuales, llegando al 8,2% de la población, en comparación con los 2,7 millones de personas del año anterior (PVE, 2022). Está claro que los programas de voluntariado, de diversas índoles, están en aumento, incluyendo los programas de voluntariado internacional.

Según el informe elaborado por la Cooperación Española que recoge los datos a día 1 de agosto de 2021, un total de 2.708 españoles y españolas trabajaban fuera de nuestras fronteras. Son personas registradas en las Embajadas y Consulados españoles, en aquellos países susceptibles de recibir ayuda oficial al desarrollo de acuerdo con los criterios definidos por el Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Se trata de profesionales que trabajan en sectores de cooperación y que abarcan desde el desarrollo económico inclusivo y la gobernabilidad democrática, hasta la acción humanitaria, pasando por el trabajo en servicios básicos como salud, educación y acceso al agua y saneamiento; o la labor en sectores como el desarrollo rural y la seguridad alimentaria, el medio ambiente y la lucha contra el cambio climático, así como el apoyo al sector cultural desde un enfoque de desarrollo (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2021).

Trabajan además en situaciones muy difíciles. En 2020 se produjeron 276 ataques a personal humanitario, causando 475 víctimas, 108 de ellas mortales. Este mismo año, en Etiopía, era asesinada María Hernández, trabajadora de Médicos sin Fronteras, junto a sus dos compañeros locales, Yohannes Halefom y Tedros Gebremariam, mientras acudían a prestar asistencia a las poblaciones afectadas por el conflicto en la región de Tigray (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2021).

En cualquier caso, la globalización de la salud ha supuesto un paso más allá de los problemas sanitarios nacionales, tomando conciencia de la importancia del tratamiento

de los problemas de salud que afectan a la humanidad en su conjunto. El hecho de que la salud mundial sea considerada un derecho humano, una condición indispensable para el desarrollo humano y uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, ha conducido al esfuerzo por preservar la salud, tratando las fronteras como meras distribuidoras de responsabilidades (Seuba Hernández, 2009; AECID, 2022).

Actualmente, en España se encuentra en vigor la ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado. Respecto de las novedades, la ley trata de promover la participación de las personas en voluntariados. Más específicamente, regula la participación de las personas a partir de 16 años, con una serie de condiciones y permisos paternos; o la inclusión del voluntariado en el ámbito laboral, a través de una jornada partida en determinadas circunstancias (Ley 45/2015, 2015). En el ámbito concreto de la cooperación internacional encontramos el Real Decreto 519/2006, de 28 de abril, por el que se establece el Estatuto de los Cooperantes (Ministerio de Sanidad, 2016) (Real Decreto 519/2006, 2006).

Otro de los aspectos que hemos examinado en el presente estudio es la relación existente entre el riesgo de un suceso potencialmente dañino, con la posible prevención de este. De igual modo, hemos centrado el análisis en una serie de Estados que, tras el período de descolonización y ya independientes, se pueden calificar como subdesarrollados, y en consecuencia, con una menor posibilidad de prevenir los riesgos anteriormente mencionados. Teniendo en cuenta que esa condición -como países subdesarrollados- se debe a causas internas y también externas; y dentro de estas últimas, cabe destacar lo que mencionaba el escritor catalán Manuel Vázquez Montalbán: “Si hay países subdesarrollados es porque existen países subdesarrollantes”; una perspectiva esta que viene a fomentar las desigualdades entre ambos (Ayllón, 2007, p.27).

Junto con esta desigualdad, afirmaba Sanahuja: “las políticas de ayuda externa y la Cooperación Internacional para el Desarrollo han sido uno de los elementos constitutivos del sistema internacional de posguerra, e incluso un rasgo histórico singular del mismo. Antes de 1945, las políticas de ayuda no existían como tales” (Ayllón, 2007, p.27). Se puede añadir entonces que la creación del concepto de cooperación internacional no es solo el fruto de las motivaciones humanitarias o éticas

de la sociedad; también responde a los intereses políticos de estos países considerados “subdesarrollantes”.

A este contexto cabe añadir que, en noviembre de 2022, la población mundial llegaba al umbral de los 8.000 millones de personas; la mayor parte de la población en cinco países: China, India, Estados Unidos, Indonesia y Brasil (UNFPA, 2023). Es decir, casi cuatro quintas partes de la población mundial viven en situaciones precarias, dado que, exceptuando Estados Unidos, el resto se encuentran aún en desarrollo. A lo anterior se puede sumar que, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en 2008 por primera vez en la historia, más de la mitad de la población se localizaba residiendo en ciudades. En conclusión, dicha situación aumenta el efecto de los desastres debido al bajo desarrollo, lo que dificulta la posibilidad de prevenir situaciones de riesgo en dichas zonas geográficas. La vulnerabilidad podría tratarse de un factor social más que natural, aún siendo el principio de esta de origen natural (Díaz Sánchez, 2010; Mena Roa, 2021).

En este contexto, resulta igualmente notable mencionar los diversos informes sobre desastres elaborados por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) en 2023. Estos informes revelan la incidencia de desastres en el periodo 2020-2021, destacando los países donde se han registrado mayores tasas de mortalidad debido a estos eventos, entre los cuales se encuentran naciones altamente pobladas como India y China. Es plausible que el elevado número de muertes en estos países se deba más a la considerable cantidad de personas expuestas y en riesgo que a la gravedad intrínseca de los peligros mismos.

Un ejemplo paradigmático de lo mencionado es Haití, un país que sufrió gravemente las consecuencias del terremoto de magnitud 7,2 ocurrido el 14 de agosto de 2021. Este sismo se destacó como el desastre más letal causado por amenazas naturales, atribuible tanto a la violencia del terremoto como a la limitada capacidad de recuperación de numerosas comunidades haitianas. A nivel global, tres países europeos, como el Reino Unido, Francia y Bélgica, experimentaron graves impactos debido a olas de calor, aunque es probable que en muchos otros lugares las muertes relacionadas con estos eventos climáticos no estén debidamente registradas. Por último, Nigeria enfrentó un brote de cólera que se extendió de agosto a diciembre de 2021, cobrando la vida de

3.604 personas. Cabe destacar que este informe no incluye el terremoto que afectó a Turquía en febrero de 2023.

Al dirigir la atención hacia los países con mayor cantidad de personas afectadas, emerge un grupo ligeramente distinto. China e India encabezan la lista en 2020-2021, en parte debido a sus masivas poblaciones expuestas a peligros. Los países con mayor impacto en su población fueron víctimas de varios fenómenos, como múltiples inundaciones en China y diversas tormentas en India y Filipinas, o eventos de larga duración como la sequía en Sudáfrica y Afganistán. En ninguno de estos países, un solo desastre repentino tuvo impactos significativos en términos de población afectada, según informa la IFRC en 2023.

De los países con los mayores índices de población afectada, los más perjudicados fueron los pequeños Estados insulares en desarrollo, especialmente los del Pacífico. Tres de los cinco países más vulnerables en este aspecto son pequeños Estados insulares en desarrollo, y cuatro de los diez primeros también pertenecen a esta categoría. Los diez países principales de la lista experimentaron impactos de desastres climáticos, y tres de ellos también se vieron afectados por conflictos: Somalia, Sudán del Sur y Mali, clasificados en segundo, tercer y decimocuarto lugar, respectivamente, en la lista de Estados frágiles (IFCR, 2023)

Según la IFRC (2023), en el año 2021 se registraron 378 desastres, excluyendo los brotes infecciosos, una cifra que supera el promedio anual de 337 desastres en las últimas dos décadas. Varios países tuvieron que enfrentarse a amenazas como huracanes e inundaciones mientras lidiaban con la pandemia de COVID-19. El aumento en la frecuencia de los desastres se atribuye en gran medida al incremento de eventos climáticos o meteorológicos. Por otro lado, la pandemia de COVID-19 es solo uno de varios brotes infecciosos en el siglo XXI, aunque es el más significativo en términos de escala. Los riesgos de gran magnitud, como los brotes infecciosos y los fenómenos meteorológicos extremos, impactan de manera desigual, afectando de manera más intensa a aquellos que ya se encuentran en situaciones desfavorecidas, de pobreza o vulnerabilidad. Este fenómeno suele agravarse debido a marcos de preparación que carecen de criterios equitativos y no benefician a los más necesitados. En el contexto de una pandemia, este enfoque resulta contraproducente, ya que si la enfermedad persiste en un segmento de la población, existe el riesgo de que surja una forma más contagiosa

o virulenta. Además, este enfoque es perjudicial para la sociedad en su conjunto si se asigna a ciertos grupos la carga de las consecuencias a largo plazo de un desastre.

Una sociedad no puede considerarse verdaderamente preparada a menos que todos sus miembros reciban ayuda. Por lo tanto, es crucial promover programas de protección social, fomentar la inclusión y trabajar hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal (IFRC, 2023).

Todo esto afecta a las poblaciones. En el caso de las catástrofes y de los hechos traumáticos, se alteran por completo las creencias esenciales que las personas tienen sobre sí mismas, el mundo y los otros. En general, las personas suelen tener una imagen positiva de ellos mismos, considerando que se encuentran entre los más capaces en cuanto a nivel de habilidades y capacidades. Es decir, en cierto aspecto se sienten relativamente invulnerables (fenómeno de ilusión de control y falsa unicidad). Por otro lado, las personas que han sido víctimas de hechos traumáticos provocados por el hombre tienen una visión más negativa sobre sí mismo, el mundo y los otros; mientras que los que han sufrido una catástrofe suelen percibir que el mundo tiene menos sentido y lo perciben como menos benevolente (Páez, Fernández y Martín Beristain, 2001).

Actualmente, según el Sistema de Información de la Ayuda al Desarrollo (INFOAOD), entre 2007 y 2020, el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (2021) destinó su mayor porcentaje de ayudas a África subsahariana (12,89%), América del Sur (11,28%) y América del Norte, Central y Caribe (10,65%). Por su parte, en Ministerio de Sanidad destinó casi la mitad de su porcentaje total al norte de África (48,40%) y un alto porcentaje restante a América Latina (28,63%). Lo que nos confirma que la asistencia de nuestros cooperantes internacionales sociosanitarios se proyecta en la mayoría de ocasiones sobre lugares con situaciones muy precarias, donde las situaciones críticas tienen poca posibilidad de preverse.

Debemos recordar, entonces, uno de los factores principales del estudio, esto es, la importancia del choque cultural. Suele producirse esta conmoción emocional en los cooperantes al llegar a zonas, en la mayoría de las ocasiones, subdesarrolladas y en situaciones críticas y urgentes, por lo anteriormente mencionado. Desde otro ángulo, las personas que cooperan se pueden considerar en realidad como víctimas indirectas de las situaciones que experimentan, en su mayoría imprevisibles y arriesgadas para sus vidas (Lucas Soto, 2013).

Tras una búsqueda detallada, encontramos estudios que tratan el choque cultural en estudiantes de enfermería o medicina que realizan estancias en diferentes países y temas similares. Pero se localizan pocas investigaciones sobre dicho impacto cultural en los profesionales sociosanitarios que cooperan, siendo evidente su necesidad de estudio y mejora para tratar de evitar futuros daños en ellos o intentar minimizarlos.

Analizar el papel, los perjuicios, beneficios, y las experiencias de dichos cooperantes es uno de los objetivos principales de nuestro estudio. Aunque existen evidencias empíricas que revelan que ayudar a los demás aumenta la felicidad de las personas, se ha estudiado poco si esa misma evidencia se cumple en el caso del voluntariado que se presta en la cooperación internacional. Encontramos en algunos estudios (Dávila y Díaz Morales, 2005) diferencias significativas en el grado de satisfacción según el voluntariado realizado (Pérez Miralles, 2013).

Actualmente se está tratando dicho tema desde la perspectiva de la diversidad cultural que impera en nuestras sociedades. Así, se han empezado a implementar diferentes mecanismos para facilitar el trabajo intercultural a los profesionales, con mediadores culturales trabajando como parte activa en los procesos sociosanitarios o con el fomento de la formación en competencias culturales en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia. Existen, en dichos países, hospitales que incluso llegan a desarrollar entrenamientos en competencias interculturales para profesionales y solo se seleccionan aquellos que poseen formación específica en el campo. No obstante, según un estudio realizado por Plaza del Pino (2009) basado en indagar en El Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería “Existe un escaso interés desde la enfermería en sus ámbitos académico, profesional y gestor en la formación de los nuevos profesionales para capacitarlos en el desarrollo de su trabajo y entornos multiculturales” (Castrillón Chamadoira, 2015, p. 133).

De igual manera que se plantea el trabajo multicultural en los países de origen de los profesionales sociosanitarios, debería plantearse en los países a los que se desplazan estos. En la actualidad, cuando la cooperación internacional es tan frecuente y el choque cultural y su gestión resulta inevitable, existe la posibilidad de reducir al mínimo el impacto de estos problemas, para facilitar de este modo el trabajo de los cooperantes en situaciones críticas. En este sentido, autores como Muecke et al. (2011) afirman que el choque cultural producido en los profesionales de la salud puede llegar a tener un efecto

potencialmente perjudicial al producirse en zonas remotas o menos desarrolladas como las mencionadas anteriormente, lo que puede reducir la confianza en los sistemas de salud por parte de los profesionales desplazados que tienen contacto con dichas poblaciones.

En otro estudio que consideramos de interés en este punto, Chege et al. (2010) vienen a poner de manifiesto algunas de las complicaciones referidas anteriormente, derivadas del choque cultural, en las enfermeras extranjeras que se instalan en Estados Unidos. La comunicación no verbal es el principal problema que presentan, con ejemplos como la obligación de sonreír a los pacientes, cuando en sus países de origen resultaría imposible el sonreír a desconocidos. Se menciona también, la posibilidad de alterar su habilidad para intervenir exitosamente en los pacientes y resolver los problemas presentados, debido al sentimiento de pérdida entre dos mundos.

Otro estudio realizado por Jenkins et al. (2011) muestra el caso de un grupo de estudiantes de enfermería canadienses trasladadas a países en vías de desarrollo. Mostrando dichas estudiantes un temprano y precoz choque cultural producido principalmente por la devaluación del papel de la mujer en este tipo de sociedades. En esta línea, destacan el choque internacional de enfermería, cuando diversas alumnas canadienses tuvieron que adaptar su práctica como enfermeras a la del país desplazadas. Algunas alumnas trataron de evitar los diferentes abusos, estigmatización o sesgos de género que influyen en la prioridad para ser cuidados los diferentes pacientes, cuestionando sus prácticas locales o realizando investigaciones sobre ellas. Por último, hay que subrayar el sentimiento de confusión sobre su papel como enfermeras en los diferentes países, a la hora de simplificar excesivamente su trabajo, al tiempo que son cuestionadas sobre sus conocimientos y se producen en ocasiones expectativas demasiado altas sobre ellas y su trabajo.

Vivimos en una época donde las situaciones donde impera el factor multicultural, junto a la libertad para desplazarse entre países, suponen un desafío para la educación en enfermería. En un caso paradigmático, como Corea, se han generado fuertes debates sobre los mecanismos utilizados para habilitar culturalmente a las nuevas generaciones de profesionales de enfermería. En este país, y en el ámbito de la educación en enfermería, se ha creado un precomité de acreditación de educación de enfermería en el 2000. En 2011, este organismo se configuró y actuó como Junta de Acreditación por el

Ministerio de Educación. Desde entonces, el comité ha estado evaluando y acreditando a diferentes grados de enfermería, garantizando de este modo la implementación de una competencia cultural global en el ámbito educativo.

Por otro lado, las Naciones Unidas plantearon un programa con 17 objetivos que buscan disminuir las desigualdades de salud y mejorar el estado de salud de las personas. Con esa orientación, la OMS planteó en 2010 programas comunes de enfermería, con competencias unificadas, y en donde se incluía la competencia cultural como un factor a tener en cuenta en la formación de nuevos profesionales (Kang S-J, 2016).

La Asociación Americana de Enfermeras y la Asociación de Colegios de Enfermería (AACN) consideran que debe ser obligatoria la formación en competencias culturales de las nuevas generaciones de enfermeras, ya que consideran imprescindible brindar unos cuidados de calidad con comprensión y sensibilidad cultural. Dicha asociación encuentra tres cualidades en las enfermeras culturalmente competentes: evaluaciones en las variaciones culturales, habilidad cultural de comunicación y conciencia de actitudes personales, culturales, comportamientos y creencias. En lo referente a la adquisición de las cualidades culturales, los hallazgos presentan diversos métodos pedagógicos, como la tradicional educación en el aula y capacitación en talleres, el diario reflexivo, el juego de roles y los proyectos de aprendizaje en servicio comunitario (Wolfe Kohlby, 2016).

La iniciativa de Educación en Calidad y Seguridad en Enfermería (QSEN) de la Fundación Robert Wood Johnson y la AACN enfatizó aún más la necesidad de educación en competencia cultural para elevar la atención de calidad. El conocimiento, las habilidades y las actitudes de QSEN para los estudiantes graduados de enfermería incluyen: conocimiento para “describir cómo funcionan los diversos antecedentes culturales, étnicos y sociales como fuentes de valores de pacientes, familias y comunidades”; habilidades para “proporcionar atención centrada en el paciente con sensibilidad y respeto por la diversidad de la experiencia humana”; y actitudes que “reconocen las actitudes personales sobre el trabajo con pacientes de diferentes orígenes étnicos, culturales y sociales, así como apoyan voluntariamente la atención centrada en el paciente para individuos y grupos cuyos valores difieren de los propios”. La educación de enfermería, fundada en prácticas de enseñanza basadas en evidencia, tiene la responsabilidad de desarrollar la capacidad de los estudiantes a través de experiencias que fomentan la comprensión cultural, por lo que encontramos programas

internacionales de inmersión cultural de diferentes períodos de tiempo y su valor para ayudar a los estudiantes a apreciar factores globales, expandir su visión del mundo y comprender diferentes culturas (Cronenwett et al., 2007, p. 123).

La idea de reconocer en la inmersión cultural un factor positivo de las habilidades deseadas en las enfermeras se va consolidando progresivamente, a pesar de que todavía existe una cierta resistencia, a partir de la reflexión como herramienta de la experiencia vivida. En el estudio llevado a cabo por Wolfe Kohlby (2016) se enuncian cinco principales construcciones en el proceso de adquirir este tipo de competencias, tales como la conciencia cultural, el conocimiento cultural, la habilidad cultural, el encuentro cultural y el deseo cultural. En dicha investigación, y tras analizar dos grupos de estudiantes de enfermería (161 y 121), se pudo observar que las estrategias y mecanismos utilizados con los alumnos fueron de utilidad en el desarrollo de sus prácticas y la mejora de la calidad enfermera en cuidados culturales, una vez realizado su desplazamiento (Wolfe Kohlby, 2016).

Por otro lado, en un estudio realizado por Jia-Yan Pan y col. se demuestra que el estrés en ciertas situaciones puede llegar a afectar la adaptación cultural a través de la afectación de las emociones positivas. Dichos autores llevaron a cabo un estudio con 627 estudiantes procedentes de China y Hong Kong, que habían realizado una estancia en Australia. En primer lugar, este estudio determinó la fuerte relación entre la resiliencia y una buena adaptación cultural. Al mismo tiempo se localizó cómo el estrés es un componente negativo, lo que impide que se produzcan sensaciones positivas en el proceso de adaptación cultural (Pan, Fu Keung Wong, Lai Wan Chan y Joubert, 2008). De ahí que el choque cultural producido en situaciones críticas puede verse influido en gran parte por el estrés que conllevan estas.

A todo esto debemos sumar las consideraciones legales y actuales de las personas que cooperan internacionalmente. El Real Decreto 519/2006, de 28 de abril, que establece el Estatuto de los Cooperantes, menciona en el artículo 10.1.a. el derecho de los cooperantes a recibir una formación adecuada para el desempeño de su labor, antes de su partida a un país beneficiario de ayuda al desarrollo. Cabe entender entonces que, dentro de esa formación, se debe considerar necesaria una formación emocional en los cooperantes previamente a su desplazamiento. Por otro lado, en la disposición adicional tercera y en la disposición transitoria tercera del Real Decreto 519/2006, se considera

importante su reinserción a nivel laboral desde el punto de vista profesional y económico; pero no se menciona su recuperación psicológica tras la exposición a diferentes contextos que hayan podido causar determinadas secuelas emocionales.

Cabe destacar que, tras una exhaustiva búsqueda, hemos observado ciertas carencias y lagunas de información que relacionen el “choque cultural” con la labor los profesionales sanitarios desplazados en situaciones críticas, aunque sí, por otro lado, la necesidad de profundizar este problema para mejorar su gestión y forma de resolverlo.

1.3. Marco teórico

En esta investigación, tratamos de demostrar que las situaciones críticas a las que se enfrentan los cooperantes internacionales sociosanitarios están intrínsecamente vinculadas al contexto cultural en el que se encuentran inmersos. Este fenómeno da lugar a un choque cultural que se manifiesta a través de sus emociones y se aborda mediante diversos mecanismos de gestión emocional.

Es por ello que en este epígrafe realizamos una exposición de los conceptos relacionados con nuestro propósito de investigación. Nos referimos a los términos: cooperación internacional, situaciones críticas, choque cultural, emociones, y gestión y afrontamiento de estas últimas. En concreto, trataremos de definir los términos por separado pero relacionándolos entre sí para, posteriormente, abarcarlos de manera conjunta en el estudio.

1.3.1. La cooperación internacional

Consideraremos la cooperación al desarrollo internacional, desde el proceso educativo y de transformación hasta la acción humanitaria y la solidaridad internacional (Ministerio de Sanidad, 2016).

En relación a la evolución del concepto, debemos mencionar su brevedad histórica, cuyo surgimiento puede situarse al finalizar la Segunda Guerra Mundial tras los procesos de descolonización y con los cambios en las relaciones internacionales. La aparición de nuevos países como Asia y África se encontraban en máximo apogeo, y en

tan solo 20 años dejaron de existir. Por otro lado, es el período en el que da comienzo la llamada “Guerra fría” entre Estados Unidos y los países de la Unión Soviética. Estos países fueron quienes marcaron el nacimiento y la seguida evolución del término cooperación internacional, tal y como sostenía Griffin (1991), quien indicaba que los programas de ayuda exterior no fueron otra cosa que un subproducto de la guerra fría. La confrontación ideológica entre el Este y el Oeste determinaría el destino real de los flujos de ayuda, que quedarían asignados de manera geoestratégica, buscando, en último término, el establecimiento de zonas seguras (Ayllón, 2007; Boni Aristizábal, 2010)

Pero fue en la década de los setenta cuando la cooperación se vio completamente afectada con la aparición de una crisis, con la que se constató que aquella no había sido suficiente para suprimir las diferencias entre países ricos y pobres; es más, se acrecentaron las diferencias entre estos, ya que las inversiones en el Tercer Mundo se centraron en zonas de poco impacto. En 1973, los países desarrollados, un 20% de la población mundial, habían alcanzado dos tercios del ingreso mundial total y los países en desarrollo (excluida China), un 50% de la población mundial, representaban solo una octava parte de los ingresos mundiales. Finalmente, durante la década de los años 80 y 90, la cooperación no se vio favorecida. Los países priorizaron muchas veces el objetivo de superar y hacer frente a sus propias deudas, antes que la cooperación (Ayllón, 2007; Boni Aristizábal, 2010).

En 1987 la resolución N° 169 aprobada en la 42 Asamblea General de las Naciones Unidas impulsó a la comunidad internacional a prestar especial atención al fomento de la cooperación internacional en el ámbito de la reducción de los desastres. Con la extensión del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, iniciado en los años 90, se consiguió aprobar un marco internacional de acción que fomentaba la capacidad de cada país (sobre todo países en desarrollo) y promovía los conocimientos científicos y técnicos para que establezcan ciertas medidas de evaluación, pronóstico, mitigación y prevención de desastres (León Román, 2008).

En el año 2000 los gobiernos aceptaron una Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres en la Asamblea General de la ONU, con la que, tras el decenio anterior, se pretendía involucrar a los estados nacionales, organismos de Naciones Unidas, entidades regionales, el sector privado y la sociedad civil, en el objetivo de fortalecer la

creación de sociedades basadas en una cultura preventiva y preparativa. Lo anterior, junto con el principio de solidaridad de los trabajadores sanitarios, permitirá aumentar la prestación de ayuda humanitaria a cualquier lugar donde se produzca un desastre, sin importar la ideología, religión, cultural o social (León Román, 2008).

Actualmente existen diferentes teorías para explicar en qué consiste realmente la cooperación internacional. Una de las definiciones clásicas sobre la cooperación al desarrollo es la que proporcionan Gómez y Sanahuja (1999, p.17), se refieren a ella como un “conjunto de actuaciones realizadas por actores públicos y privados entre países de diferentes niveles de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del sur, de modo que sea más equilibrado con el norte y resulte sostenible”.

Sin embargo, consideramos más acorde a este estudio la definición que proporciona Calduch (1991, p.4), para el que la cooperación internacional es “toda relación entre actores internacionales orientada a la mutua satisfacción de intereses o demandas, mediante la utilización complementaria de sus respectivos poderes en el desarrollo de actuaciones coordinadas y/o solidarias”.

Existen diferentes formas de cooperación, entre las que se pueden reconocer las que se realizan en el ámbito político, económico o técnico. Pero nos centraremos aquí en aquella fórmula de cooperación internacional que, dependiendo del número de participantes, se puede dar en forma de cooperación bilateral (de país a país), multilateral (a través de Organizaciones Internacionales) o, más recientemente, triangular (un país financia, otro ejecuta y otro se beneficia directamente de las actividades) (Ayllón, 2007). Todas ellas se pueden clasificar también, en función de los actores que las promueven y gestionan, como públicas o privadas (ver tabla 1). Igualmente se pueden proponer clasificaciones de la cooperación según los instrumentos que participan en ellas, la mayoría de ellos complementarios y no excluyentes (Ver tabla 2)

Del mismo modo, debemos reconocer la importancia de clasificar las cooperaciones, según las funciones que mueven a los cooperantes a realizar su labor. En algunas, se priorizan los valores, la comprensión o el crecimiento; aunque en otras por el contrario se orientan preferentemente a una finalidad protectora, con la que los cooperantes intentan resolver conflictos personales a través de su labor; o por último, la cooperación

que tiene como función primordial el crecimiento y la mejora profesional (Ver tabla 3) (Baron & Byrne, 2005).

Tabla 1.

Actores del sistema de cooperación internacional

Actores públicos	Actores privados
-Organismos multilaterales: vinculados al sistema de NNUU, de carácter financiero, UE	- ONGD (Asociaciones y Fundaciones)
-Estados: Ministerios, Agencias de Cooperación, otros	- Empresas
-Administración autonómica y local	- Sindicatos y otros colectivos sociales
-Universidades y otras entidades	

Fuente: Boni Aristizábal, 2010, p. 10

Tabla 2.

Instrumentos del sistema de cooperación internacional

Instrumento	Descripción
Preferencias comerciales	Permiten que los países industrializados eliminen total o parcialmente las barreras comerciales – aranceles, cuotas y contingentes- a una parte de o a la totalidad de las exportaciones de los países en desarrollo.
Cooperación económica	Consiste en acciones de cooperación que se dirigen a fortalecer el sector productivo de los países que han alcanzado un cierto nivel de desarrollo y va dirigido a sectores productivos con un potencial de crecimiento económico.
Ayuda financiera	Incluye distintas modalidades de transferencia y acceso al capital. Por ejemplo, el apoyo al presupuesto del Estado del país receptor para financiar el gasto corriente o la inversión pública en actividades que se consideren prioritarias para el desarrollo de los colectivos más desfavorecidos (inversión en sectores como educación, salud, vivienda, saneamiento, etc.). Otra modalidad la constituyen los microcréditos destinados a fomentar el desarrollo productivo de determinados sectores que no tienen acceso al crédito en los mecanismos convencionales del país. Comúnmente reciben el nombre de proyectos o programas de desarrollo. Otro ámbito de actuación de este instrumento lo constituye la transferencia de fondos para apoyar la balanza de pagos y fortalecer las reservas del país beneficiario.
Asistencia técnica	Su objetivo es proporcionar conocimientos y habilidades técnicas y de gestión cualificando a los recursos humanos del país receptor.
Cooperación científico-tecnológica	Pretende apoyar la creación y el fortalecimiento de las capacidades tecnológicas del país receptor; suele llevarse a cabo por las universidades, centros de investigación, laboratorios, etc. a través de la formación universitaria, las becas, etc.

Ayuda alimentaria	Consiste en la donación directa de alimentos o el acceso a líneas de crédito concesional o a ayudas no reembolsables para la adquisición de productos alimenticios. Puede darse ante situaciones de emergencia o crisis humanitarias prolongadas o bien en los supuestos de países que no han conseguido asegurar la seguridad alimentaria de su población.
Ayuda humanitaria y de emergencia	Ante situaciones de emergencia debidas a conflictos bélicos y desastres naturales, la comunidad internacional responde con envíos de materiales de primera necesidad (como ropas, alimentos, medicinas, etc.) y de técnicos y expertos (personal médico y equipos de rescate, etc.). Los beneficiarios de la ayuda humanitaria y de emergencia son las poblaciones locales que se encuentran en la zona o bien son refugiados o desplazados internos.
Educación para el desarrollo, sensibilización e investigación	La Educación para el Desarrollo (ED) es un proceso educativo constante que favorece la comprensión sobre las interrelaciones económicas, políticas, sociales y culturales entre países desarrollados y en desarrollo, a través de la promoción de valores y actitudes relacionados con la solidaridad, la justicia social y busca vías de acción para alcanzar un desarrollo humano sostenible. Sin embargo, la ED va más allá y pretende fomentar habilidades y valores en los destinatarios de sus acciones. Por eso, mientras que las acciones de sensibilización son de carácter más generalista, se dirigen a un público mayoritario y a los medios de comunicación, y a corto plazo, las acciones de ED se dirigen a colectivos específicos y su impacto es a más largo plazo. Relacionada con los dos instrumentos anteriores está la investigación sobre los distintos aspectos de la problemática del desarrollo; se trabaja sobre el análisis de las desigualdades internacionales, los actores de la cooperación internacional, el impacto de sus acciones, etc.
Incidencia y presión política	Tienen como objetivos influir en las decisiones, en las políticas, y en las estructuras y relaciones económicas de poder que afectan a la situación de los países y pueblos en desarrollo, en la situación de los colectivos más vulnerables de todo el mundo, defendiendo sus intereses.
Comercio justo	Consiste en la reivindicación de unas reglas comerciales más justas y se plasma en la distribución en una serie de tiendas de la solidaridad, normalmente propiedad de entidades no lucrativas, de productos alimentarios o artesanías producidos por cooperativas con una serie de condiciones: salario digno de los trabajadores, sin discriminación de género y explotación laboral infantil, que cuentan con estructuras democráticas y participativas y respetan el medio ambiente, etc.
Ahorro ético	Complementadas con estudios en los que se denuncia la implicación de la Banca en la deuda externa y en la financiación de empresas que explotan a los países empobrecidos, se fomentan prácticas de ahorro conocidas como el ahorro ético, que consiste en destinar parte o la totalidad de los ahorros a organismos alternativos (puede tratarse de organismos especialmente creados para esta función o bien programas de financiación alternativa creados desde los bancos) para financiar proyectos de desarrollo que cumplan con los criterios del desarrollo humano sostenible. Otra modalidad la constituyen los fondos de inversión solidarios destinados a ofrecer apoyo financiero a cooperativas de producción y consumo de países que lo necesitan

Fuente: Boni Aristizábal, 2010, pp. 11-13.

Tabla 3.

Funciones que mueven a los cooperantes

Función	Definición	Ítem muestra
Valores	Expresar o actuar según valores importantes. Por ejemplo: humanitarismo	“Siento que es importante ayudar a otros”
Comprensión	Aprender más acerca del mundo o realizar actividades que no suelen realizarse	“Ofrecerme como voluntario me permite aprender practicando directamente”
Crecimiento	Desarrollarse psicológica y emocionalmente por las actividades voluntarias	“Ser voluntario me hace conocerme mejor emocionalmente”
Profesión	Obtener experiencia con una profesión	“Ser cooperante me ayuda a conocer como realizan las técnicas otros profesionales”
Social	Fortalecer las relaciones sociales	“Las personas que me rodean también comparten mi gusto por cooperar”
Protectora	Disminuir sentimientos negativos o tratar de resolver problemas personales	“Cooperar me sirve para escapar de mis problemas personales”

Fuente: Baron & Byrne, 2005, p. 426.

1.3.2. Qué entendemos por “situaciones críticas”

Al hablar constantemente de situaciones críticas debemos aclarar a lo que nos referimos exactamente con este término. En este contexto consideramos como situación crítica cualquier situación compleja que repercute de forma grave sobre la vida y los bienes de la persona, desde las situaciones traumáticas para los profesionales sociosanitarios hasta los desastres naturales o los producidos por el hombre (Miranda Paéz, 2011).

Una situación traumática supone un estrés físico y/o psicológico en los sanitarios cooperantes, los cuales se enfrentan a demandas extraordinarias de tiempo, de esfuerzo físico, al cansancio, a la precariedad del lugar de trabajo y al resto de condiciones especiales que facilitan una mezcla de emociones en el trabajo de los profesionales (Cruz, Gutiérrez, & Chaile, 2011). Situaciones, en definitiva, donde simultáneamente se comparten nociones como catástrofe, desastre o emergencia, con la necesidad de

asistencia, donde no se descartan amenazas para la vida de las personas que deben recibir un tratamiento rápido en inmediato (Miranda Paéz, 2011).

Se hace imprescindible también definir la noción de desastres naturales. Este término se refiere a la interacción entre los seres humanos y los procesos naturales. Tiene como resultado un daño considerable en la propiedad, heridas o pérdidas de vidas (terremotos, volcanes, inundaciones, huracanes, tsunamis, plagas, epidemias, contaminación del agua...) (Díaz Sánchez, 2010). Pero los desastres no solo son naturales y menos teniendo en cuenta la sociedad en la que nos encontramos. Por lo que consideramos desastre como: un acontecimiento o una serie de sucesos de gran magnitud que afectan, gravemente, las estructuras básicas y el funcionamiento normal de una sociedad, comunidad o territorio. Ocasionan víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales a la infraestructura y a los servicios esenciales o medios de sustentos, más allá de la capacidad normal de las comunidades o instituciones afectadas, para enfrentarlas sin ayuda. Entrarían así mismo dentro del concepto de desastres todos los ataques terroristas, las guerras y diferentes tipos de sucesos que alteren lo anteriormente mencionado (León Román, 2008).

Por otro lado se puede añadir aquí otro concepto, el de catástrofes, referido este a lo que podría considerarse como un desastre masivo que requiere un gasto considerable de tiempo y dinero para la recuperación (Díaz Sánchez, 2010).

Además de esta serie de riesgos tradicionales como son las catástrofes naturales, las epidemias y las guerras, actualmente están apareciendo nuevos riesgos característicos de la época postmoderna en la que nos encontramos. La extendida hipótesis de Beck se basa en tres observaciones principales: (a) la sociedad occidental posmoderna se basa en la progresiva debilitación y desaparición de los vínculos tradicionales de relación, fomentando el individualismo; (b) directamente se debilitan las solidaridades colectivas; c) la ciencia y la tecnología, que parecían ser soluciones ante los riesgos tradicionales, se están convirtiendo en precursoras de riesgos (Moussaoui & Casas, 2007).

1.3.3. Explorando el universo del “choque cultural”

1.3.3.1. La cultura y su lugar en el mundo de los cuidados

Actualmente, parece estar terminando la época en la que las culturas, anteriormente distribuidas en regiones geográficas delimitadas, han dado paso al fenómeno de la multiculturalidad e interculturalidad. Pero, en primer lugar, tratemos de ofrecer una noción de cultura que sea válida a los efectos de esta investigación. La cultura ha tenido y tiene innumerables definiciones, todas ellas tienen en común seguramente la idea de un conjunto de procesos sociales de significación. Un mismo objeto puede transformarse según el uso y la apropiación de los diferentes sistemas culturales, de ahí, la importancia de relacionarnos unos y otros, aprendiendo a ser interculturales (García Canclini, 2006)

Para los profesionales de la salud la cultura debe ser un elemento indivisible del cuidado. Tal como afirmaba el antropólogo Geertz (1989), las ideas que poseemos, los principios que valoramos, nuestras acciones e incluso nuestras emociones se consideran, de manera análoga a nuestro sistema nervioso, como creaciones culturales. Estas creaciones son productos culturales que se elaboran a partir de nuestras predisposiciones innatas, habilidades y disposiciones con las que nacemos, aunque siguen siendo productos trabajados y desarrollados. Ciertamente, la cultura influye en nuestro desarrollo, ya sea biológico, psicológico, social y cultural, afectando al desarrollo de los cuidados (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Entre las personas pioneras del concepto cultura se encuentra Tylor, quien aportó su definición en el año 1871 donde afirmaba: “La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridas por el hombre en cuanto miembro de una sociedad” (Lévi-Strauss, 1992, p. 368).

Siguiendo un orden cronológico destacamos a R. Benedict en 1934, quien introdujo términos como el rasgo cultural, es decir, unidades que en su conjunto conforman las pautas culturales, las cuales estarían en el centro de las culturas (Gómez Pellón, 2010).

En esta corriente un autor como C. Kluckhohn (2017), distingue entre “pautas evidentes”, que son normas específicas de comportamiento, y “configuraciones”, como

principios ocultos que manejan la cultura. La afirmación sobre la cultura compartida por A. Kroeber (1939) sostiene que esta se compone de patrones de comportamiento, tanto explícitos como implícitos, que son adquiridos y transmitidos mediante símbolos. Estos patrones representan los logros distintivos de los grupos humanos, manifestándose incluso en objetos y herramientas. Según Kroeber (1939), el núcleo esencial de la cultura se encuentra en ideas tradicionales, históricamente obtenidas y seleccionadas, y en especial, en los valores asociados a estas ideas. Además, destaca que estas configuraciones culturales operan de manera subconsciente, influyendo significativamente en nuestra conducta diaria. El autor sugiere que las experiencias interculturales son beneficiosas porque nos obligan a reconocer estas configuraciones arraigadas en nuestro subconsciente, permitiéndonos comprender mejor aspectos de nuestra propia cultura. En resumen, la interacción con otras culturas puede ser reveladora al poner de manifiesto aspectos de nuestro propio bagaje cultural que de otra manera podríamos pasar por alto (Iglesias Casal, 2003).

Por otro lado, encontramos la vertiente mentalista de Goodenough (1957, p.167), quien afirma “En mi opinión la cultura de una sociedad consiste en lo que las personas (miembros de esta sociedad) necesitan saber o creer para poder operar en una forma aceptable para sus miembros... La cultura se refiere a lo que las personas tienen que aprender y difiere de su herencia biológica. Con esta definición debemos reconocer que la cultura no es un fenómeno material. Se refiere a los modelos que las personas usan para percibir, relacionar e interpretar todas estas cosas. Como tal, lo que dicen y hacen las personas, su organización social, sus eventos: todos son producto o resultado de su cultura en la medida que la aplican a la tarea de percibir y responder a sus circunstancias”.

Dentro de este cuadro mentalista del concepto de cultura, el sociólogo James Vander Zanden identifica a esta con la herencia social de la gente, una forma aprendida de pensar, sentir y actuar que caracteriza a una sociedad. Para el psicólogo Robert Feldman es una configuración de la conducta aprendida y de los resultados de la conducta cuyos elementos comparten y transmiten los miembros de una sociedad. Y para el sociólogo Bruce J. Cohen la cultura se refiere al modo de vida que aprenden, comparten y transmiten a través de las generaciones los miembros de una sociedad. Así, para las personas que investigan siguiendo esta dirección mentalista, la cultura es un sistema compartido de ideas, una especie de código conceptual que las personas utilizan para

conocerse, para conocer al mundo y para actuar, no incluye herramientas, actos ni instituciones, solamente pensamientos (Iglesias Casal, 2003).

Desde una perspectiva antropológica tradicional, la cultura se relaciona con las distintas formas de pensar, sentir y actuar, es decir, con esa programación colectiva de la mente que distingue a las personas de un grupo de las de otro u otros (Tarapuez, 2016). De manera general, esta concepción de la cultura engloba las prácticas materiales y de significación junto con las estructuras de transformación de estas, a través de las que se organiza la acción humana (Vera Noriega, Rodríguez Carvajal & Grubits, 2009).

Vívelo (1978, p.17) propone una definición “totalista” de la cultura, entendida como un “mecanismo de adaptación donde se encuentran la totalidad de herramientas, actos, pensamientos e instituciones por medio de las cuales una población se mantiene”.

En cambio, en su vertiente mentalista define la cultura como un sistema conceptual, o sea, un sistema de conocimientos y creencias compartidas con el que las personas organizan sus percepciones y experiencias, toman decisiones y actúan. La cultura se configura así en una herramienta que las personas utilizan para conocerse, conocer el mundo y actuar (Iglesias Casal, 2003).

Antropólogos contemporáneos como Durham (1991) afirman que la cultura depende exclusivamente de ideas mentales como valores, ideas o creencias. Sin embargo, Harris (2000) sostiene que las ideaciones mentales están asociadas a comportamientos. Defiende la existencia de una relación entre creencias y prácticas que se influyen mutuamente. Esta idea se encuentra en concordancia con la nombrada anteriormente por Geertz (1989).

Desde la perspectiva de la psicología cultural, la cultura y la psicología se encuentran invariablemente asociadas y son inseparables. En general la psicología cultural trata de comprender la conducta humana a través de su naturaleza social, histórica y cultural combinada con su herencia biológica. Para Wundt (1897), conocido por fundar el laboratorio de psicología en Leipzig en 1879, las emociones y las percepciones serían procesos superiores a los que la psicología experimental no podría aplicar nada por ser colectivos, no individuales. Así, para adentrarse en ellos debería analizarse la historia de los productos culturales. A esta psicología se le conocía como la psicología de los pueblos. Ya al final de su vida, Wundt, citado por Esteban et al. (2010, p.122), afirmaba

que “el lenguaje, los mitos y las costumbres constituyen materias relacionadas que deben ser consideradas como las más importantes para una psicología general ya que el carácter relativamente permanente de estos fenómenos colectivos hace que sea relativamente fácil de reconocer claramente a través de ellos ciertos procesos psicológicos, y llevar a cabo a través de ellos ciertos análisis psicológicos”

También encontramos en la vertiente de psicología cultural el modelo de Bronfenbrenner (1989). La teoría de sistemas y la ecología llegaron a desarrollar un cuerpo teórico que asume a la cultura como un conjunto de sistemas concéntricos o satelitales, formando un conjunto de relaciones que son interdependientes entre sí y se encuentran en un escenario de transiciones. Existe un micro-sistema con vínculos a través de los contextos o mesosistemas e interactúa con ecosistemas distales y macrosistemas vistos a través del tiempo histórico (crono-sistema). En este modelo la cultura es definida como valores y costumbres sociales y se encuentran entre las propiedades distales del exosistema (Vera Noriega, Rodríguez Carvajal & Grubits, 2009). Así, Bronfenbrenner indica que es imposible entender la mente humana si no se comprenden dos procesos interrelacionados que la conforman: el desarrollo a lo largo de la vida (ontogénesis) y el desarrollo que se produce por el impacto del entorno sociohistórico (cultura). De este modo, la cultura representa un conjunto de sistemas interrelacionados con una gran vinculación con la formación psicológica de las personas (Esteban & Ratner, 2010). Debemos incluir asimismo a Shweder (1990, p.1), quien propuso una definición de la psicología cultural como “el estudio de la manera en que las tradiciones culturales y las prácticas sociales regulan, expresan y transforman la mente humana”.

Así pues, se pueden distinguir finalmente tres perspectivas de la psicología cultural contemporánea: la teoría de la actividad, aproximación micro-cultural y la psicología macro-cultural. La primera, la teoría de la actividad hace referencia a la actividad social organizada como principal influencia psicológica, la segunda enfatiza con el nivel individual y la interacción interpersonal como base de la cultura y la psicología. Por último, la psicología macro-cultural sostiene que el desarrollo psicológico se organiza por factores “macro”, es decir, factores diseñados y mantenidos por líderes sociales o grupos con influencia social, ya sean partidos políticos, movimientos sociales o élites económicas (Esteban & Ratner, 2010).

Todavía en esta dimensión de la psicología social, Hofstede (1980) defiende la programación colectiva de la mente, como la transmisión de una generación a otra y su modificación de manera progresiva y continua. Hofstede incluye un sistema de valores como la base de la cultura y considera que la mayoría de personas pertenecen a varios niveles culturales, por lo que poseen diferentes programaciones mentales (Iglesias Casal, 2003). Dicho autor encontró diferencias en cuatro dimensiones culturales: disparidad del poder, aceptación a la incertidumbre, individualismo-colectivismo, masculinidad-feminidad y otros que han mostrado influencias importantes de la cultura en la cognición, emoción, motivación y conducta social (Vera Noriega, Rodríguez Carvajal & Grubits, 2009).

Por otro lado, la UNESCO en el año 2001 definía la cultura como “El conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias” (Tarapuez Chamorro, 2016, p. 62).

Parece evidente la relación entre el mundo de los cuidados, o más concretamente de la enfermería, con el concepto de cultura tan comúnmente estudiado por la antropología. Según Moreno Preciado (2018), enfermero y antropólogo, existiría una dualidad entre la observación enfermera y la observación participante de la antropología. Por lo que, tras explorar diversas definiciones y examinar brevemente la evolución del concepto cultural en distintos campos, es relevante agregar una perspectiva pionera proveniente del ámbito de la enfermería transcultural, aportada por Leininger (2006) en su teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural. Leininger considera que su enfoque es el más holístico y multidimensional al reconocer la naturaleza específica y multifacética del cuidado cultural, fundamentado en significados y prácticas. Desde la perspectiva de Leininger, el concepto de cultura se aborda desde la antropología como el conjunto de creencias, valores y estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo designado o particular, transmitidos generalmente de generación en generación, y que influyen en nuestras formas de pensar y actuar (Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007). En su teoría, Leininger identifica tres áreas clave:

a) *Cuidado Culturalmente Congruente*: Se refiere a la adaptación y diseño de los cuidados de enfermería para que sean coherentes con las creencias y prácticas culturales del paciente.

b) *Diversidad de Cuidados*: Reconoce la diversidad de prácticas de cuidados de salud en diferentes culturas y subculturas, y cómo estas influyen en la atención de enfermería.

c) *Universalidad de Cuidados Culturales*: Destaca aspectos compartidos de cuidados culturales que son aplicables a todas las culturas.

Desde el ámbito de la enfermería también encontramos autores como Purnell y Paulanka (2003, p. 376) que definen la cultura como “la totalidad de patrones de comportamiento, artes, creencias, valores, costumbres, estilos de vida y otros productos del trabajo y pensamientos humanos socialmente transmitidos, característicos de una población de personas, que guían su visión del mundo y su toma de decisiones”.

En resumen, se puede afirmar que la cultura es creada por los seres humanos y, al mismo tiempo, ejerce influencia en sus creencias y prácticas. Dentro de la cultura, las creencias guían (aunque no siempre condicionan de manera absoluta) las prácticas, y estas acciones, a su vez, pueden modificar las creencias. En este sentido, la cultura actúa como una fuerza que dirige y moldea la convivencia grupal humana. Por lo tanto, al proporcionar cuidados de salud, es prudente tener en cuenta la cultura en la que la persona o grupo poblacional está inmerso. Esto se debe a que cada cultura implica un conjunto único de creencias y prácticas en el cuidado de la salud, las cuales deben ser respetadas y consideradas para lograr el objetivo terapéutico del cuidado (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Diversos autores han dedicado esfuerzos al estudio de la competencia cultural, proponiendo modelos para su desarrollo. Bacote-Campinha, citado por Vásquez (2002), sostiene que no es suficiente tener conocimientos generales sobre el cuidado, sino que es fundamental también luchar por adquirir la habilidad de trabajar efectivamente en diversos contextos culturales. Bacote-Campinha ha desarrollado un modelo que define la competencia cultural como el proceso mediante el cual el proveedor de salud se esfuerza continuamente por alcanzar la habilidad de trabajar de manera efectiva dentro del contexto cultural de un cliente, una familia o una comunidad. Los constructos que este modelo destaca para la competencia cultural son: la conciencia cultural, el

conocimiento cultural, la habilidad cultural, el deseo cultural y los encuentros culturales (Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007).

Según Purnell (2002) la competencia cultural sería la adaptación del cuidado de la salud consistente con la cultura del paciente es un proceso concienzudo y no lineal y propone en su modelo, 12 dominios o ámbitos para desarrollar la competencia cultural: Observación general-herencia, comunicación, papeles de la familia y su organización, hechos de la fuerza laboral, ecología bio-cultural, comportamiento riesgoso, nutrición, preñez y prácticas para dar a luz, rituales para la muerte, espiritualidad, prácticas de salud y practicantes de la salud (Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007).

Dentro de la enfermería transcultural se han desarrollado varios modelos de “competencia cultural” que buscan identificar los aspectos de la cultura que influyen en el cuidado y la relación que existe entre ellos, así como las características de los cuidadores de salud “culturalmente competentes”. Entre estos se encuentra el *modelo de valoración transcultural* desarrollado por Giger y Davidhizar (1999, p.608); el modelo de Purnell (2002) de competencia cultural; el proceso de competencia cultural en los servicios de cuidado de la salud, desarrollado por Campinha-Bacote (2002), y la perspectiva cultural trabajada por Juliene Lipson (2002), entre otros.

Por otro lado, encontramos a Marie Francoise Collière (1930-2005), quien propuso la corriente antropobiológica que abogaba por la aplicación de la antropología a las situaciones de cuidado. Según Collière, cualquier situación de cuidado es, en esencia, una situación antropológica. En este contexto, hombres y mujeres son el enfoque central, con sus respectivos estilos de vida, creencias, vínculos afectivos y recursos financieros y sociales, ya sea en un entorno hospitalario o en el hogar. A pesar de las dificultades asociadas, Collière destacó la importancia de alejarse del modelo biomédico predominante en el cuidado de la salud (Elena, 2018)

Por último, remarcar que Leininger, citada por Muñoz de Rodríguez et al. (2007, p.101), también consideró la creación del término enfermería transcultural como “Un área formal de estudio y práctica de enfermería enfocada en el cuidado cultural holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible, y culturalmente competente a las personas de culturas diversas”.

Es por tal que queremos definir brevemente los conceptos que componen, según dicha referente, la cultura.

a) Creencias

En la psicología social las creencias se definirían como “representaciones sociales”, siendo estas descritas por Moscovici, citado por Melguizo Herrera et al. (2008, p.116), como un “conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales (...). Constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común”

Son imágenes o ideas que codifican y categorizan la realidad atribuyéndole un significado. Jodelet sostiene esta teoría y le añade tres componentes a las creencias; la información, el campo de representación y la actitud, aunque no reconocen una relación lineal sencilla entre las creencias y las prácticas (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Para el sociólogo Castro (1995) las creencias son formas alternativas de interpretar el mundo y que generalmente son llamadas supersticiones; matiza y sostiene que las creencias son lógicas y coherentes, y que ahí se encuentra su fuerza. Así los individuos las evalúan y se adhieren en mayor o menor grado a ellas.

Otra teoría importante sería considerar las creencias como conductas humanas. Dougher, en 1995, afirma que las creencias desde su punto de vista cognoscitivo son entidades no observables pero que surgen de relaciones observables entre eventos del ambiente y conductuales (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

En la enfermería transcultural, Purnell y Paulanka (2003) definen la creencia como algo aceptado como verdad, un principio o conjunto de principios aceptado por un grupo etnocultural. Pudiendo ser creencias restrictivas, prescriptivas o tabúes. Se originaron de la interacción social común, adquiriendo una manera particular de interpretar el mundo a través de lo colectivo.

b) Valores

Los valores se encuentran dentro de la esfera del comportamiento selectivo. Se podrían definir como una creencia permanente que guía la conducta de las personas en una situación en particular. Con componentes cognitivos, afectivos y conductuales, los valores son un tipo de creencias prescriptivas que permiten juzgar las acciones. Como estándares que guían las conductas de las personas, justifican o explican creencias, actitudes y acciones. Por esa razón, nos ayudan en la resolución de conflictos y toma de decisiones (Iglesias Casal, 2003).

Schwartz (1992) define los valores individuales como metas amplias de importancia variable, que subyacen y guían las actitudes y el comportamiento, organizándose según prioridades. Para este autor, existen diez valores, organizados en cuatro bipolaridades, con una relación dinámica entre ellos que conlleva unas acciones con consecuencias psicológicas, prácticas y sociales que pueden ser incompatibles con otros valores. Los valores desde la perspectiva cultural para Schwartz reflejan las diferentes estrategias de regulación de la actividad humana establecida por una sociedad, instaurando lo correcto y aceptable dentro de una comunidad y motivando las acciones individuales y colectivas. Son aprendidos en la infancia primaria pero no obligatoriamente se corresponden con los valores individuales, mediados por la experiencia única y personal (Gutiérrez-Carmona y Urzúa, 2019).

c) Prácticas

Según la teoría de Harris (2000) se encontraría una relación directa entre las prácticas y las creencias. En este sentido, los cuidados representan unas prácticas que se llevan a cabo según un modelo establecido y aprendido de vida; se reconoce así la relación recíproca entre prácticas y creencias (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Afirmaba Aristóteles que la práctica implica la noción del bien, y es una actividad que se origina y tiene significado dentro de la cultura de un grupo social específico. Para Benner (1996) “la práctica por sí misma es una fuente de innovación”, se encuentra culturalmente creada y encaja socialmente. Resulta interesante también la teoría de MacIntyre quien define la práctica como “una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados”. En este ámbito también se encuentran Purnell y

Paulanka (2003) quienes advierten que existen prácticas restrictivas, prescriptivas y tabú, ligadas a los diferentes tipos de creencias y adquiriendo un significado diferente según la cultura (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

1.3.3.2. El choque cultural

Queremos ahora proponer como centro del estudio un concepto que es imprescindible poner en relación con los profesionales desplazados para cooperar internacionalmente en este tipo de situaciones críticas: el choque cultural.

Dicho concepto ha sido definido por diferentes autores. Comenzamos con Kalvero Oberg (1960), creador del término y quién lo definía como el proceso de adaptación inicial a un entorno no familiar, incluyendo dentro de este todos los aspectos emocionales, conductuales, cognitivos e incluso fisiológicos que conlleva dicho cambio cultural. Oberg se refería al choque cultural como una nueva patología, tratándola como una enfermedad profesional que podía ser curada.

Así, afirmaba Oberg (1960) que el choque cultural es causado por la ansiedad que resulta de la pérdida de todo signo, símbolo o señal que conocemos para llevar a cabo la interacción social. Estos signos, símbolos y señales incluyen las múltiples formas en las que nos orientamos en las situaciones de la vida diaria: cuándo debemos estrechar la mano y qué debemos decir al saludar a las personas, cuándo y cómo dar la propina (...) cuándo aceptar y cuándo rechazar una invitación, cuándo debemos bromear y cuándo debemos hablar en forma seria. Estas señales pueden ser palabras o gestos expresivos adquiridos durante el periodo de nuestra socialización. Son parte de nuestra cultura, como lo es nuestro lenguaje y creencias. También enuncia dicho autor que los síntomas característicos del choque cultural son la tensión ocasionada por tratar de entender el nuevo ambiente; el clima de rechazo caracterizado por la duda, ansiedad o miedo; desorientación por la diferencia de costumbres, expectativas de rol o los valores; sensación de pérdida, sentimientos de sorpresa y sentimientos de impotencia por su dificultad para actuar de manera eficaz en un nuevo entorno. Aunque la definición clásica de Oberg que considera el choque cultural como una enfermedad ha sido

mayoritariamente rechazada, aun siguen considerándose las etapas del choque cultural descritas por él mismo.

Otros investigadores como Pedersen (1995), Smalley (1963) y Eckermann (2006) han planteado diversas etapas del proceso -en línea todavía con el modelo original de Oberg- de acuerdo al siguiente esquema (Iglesias Casal, 2003; Muecke, Lenthall & Lindeman, 2011):

- Luna de miel: primer encuentro intercultural, relaciones interpersonales superficiales y emociones manejadas por el entusiasmo, euforia y curiosidad. Aquí es donde el individuo siente una sensación de euforia, excitación y entusiasmo. Los conflictos o problemas que surgen de la falta de señales culturales y de malentendidos culturales se consideran menores o divertidos, y como parte de la “aventura” general.
- Crisis: En esta etapa surge la disminución de la autoestima, cuando individuos se enfrentan a diferentes lenguajes, ideologías, valores y comportamientos que no se alinean con su entorno. Este fenómeno se manifiesta como el *shock cultural*, una fase en la que las barreras del idioma y la falta de comprensión de las señales culturales generan conflictos para el visitante. Durante este período, es común que surjan problemas, llevando al visitante a desarrollar una actitud hostil y agresiva. El choque cultural puede hacer que la experiencia sea desconcertante, confusa, deprimente, angustiada, humillante y, en general, estresante. En este contexto, los individuos tienden a recordar su cultura natal, volviéndose críticos y recurriendo a estereotipos. Algunas personas optan por regresar a su cultura de origen en esta etapa, sin superar completamente el choque cultural.
- Recuperación: En la tercera fase, se ha delineado como un período de ajuste, recuperación, afrontamiento o inicio de resolución. Durante esta etapa, el visitante empieza a crear una perspectiva más equilibrada y receptiva hacia la otra cultura. Aunque aún pueden enfrentar desafíos en algunos casos, comienzan a comprender y abordar muchas situaciones cotidianas que antes les resultaban difíciles y a establecer relaciones con personas de la cultura anfitriona.

- Adaptación: La fase final según Oberg es aquella en la que el individuo se adapta plenamente a la otra cultura, siendo denominada como la etapa de biculturalismo, aculturación o funcionamiento efectivo. En este punto, se alcanza la meta o el estado ideal para un visitante inmerso en otra cultura. Aunque de manera ocasional puedan surgir pequeñas perturbaciones relacionadas con diferencias culturales, la persona es capaz de funcionar tan efectiva y productivamente como lo hacía en su propia cultura o en su entorno cercano. En esta etapa, las creencias y valores de la otra cultura son aceptados como formas de vida válidas y aceptables. Si la persona llega a desarrollar dicha etapa, según Oberg, conseguirá disfrutar las experiencias que vive. Realizándose plenamente, con creatividad y sin dificultades.

Lysgaard (1955) se basó en la mencionada teoría de etapas de Oberg en 1955 para inventar una idea de *curva en U*. La forma de *U* delimitará el proceso que se produce en el fenómeno del choque cultural, desde la inicial etapa más álgida de luna de miel, hasta la decadente etapa de rechazo y finalmente regresando a la etapa inicial de funcionamiento efectivo. Esta *curva en U* fue ampliada a una curva en *W* por Gullahorn y Gullahorn en 1963, al añadir el proceso que un individuo experimenta cuando regresa a su cultura de origen. Esta teoría sugiere que los cooperantes experimentarán un choque cultural inverso cuando regresan a su país de origen, ya que han aprendido a adaptarse a la nueva cultura anfitriona.

Otros autores como Brislin (1981) definen el choque cultural como las tensiones y los sentimientos de malestar que resultan de tener que satisfacer las necesidades cotidianas como son alimentarse, cuidar de la salud y mantener relaciones interpersonales de manera distinta a la que cada persona está acostumbrada; se obvia hacer frente a los “*grandes aspectos*” (ideología, religión o valores sociales) al centrarse principalmente en el cambio de forma de realizar las acciones (Moussaoui & Casas, 2007).

Algo parecido ha sido mencionado por la antropología desde sus inicios: la necesidad de entrelazar los cuidados y la cultura. Volvemos a destacar de nuevo, sin duda, el papel de Madeleine Leininger en los años 50 con el concepto de Enfermería Transcultural y su *Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados*. Las enfermeras no solo nos dedicamos a proporcionar todo tipo de cuidados en nuestro país, en muchas ocasiones ejercemos nuestra profesión en diferentes países con diferentes culturas, como es el caso

de la cooperación internacional que realizan una parte de nuestros profesionales (Castrillón Chamadoira, 2015).

Leininger fue la primera en percatarse de la universalidad y diversidad del cuidado, teniendo cada grupo o subgrupo sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. Por lo que no es posible homogeneizar el cuidado y pensar que serán válidos entre unas culturas y otras (Muñoz de Rodríguez y Vasquez, 2007). Así, Leininger enunciaba que las personas esperaban, por parte de sus enfermeras una comprensión y respeto hacia sus valores culturales y creencias para ayudarles, así, de manera significativa. Por lo que afirmaba que el propósito de la enfermería transcultural era continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo el objetivo de la enfermería transcultural proporcionar cuidados culturalmente apropiados (Leininger, 1999).

Por otro lado, las explicaciones más contemporáneas tratan de describir el choque cultural como una experiencia de aprendizaje que puede tener resultados positivos en las personas que lo experimentan. El más reconocido es el autor Peter Adler (1975) con su teoría *Experiencia transicional* de la cultura (Muecke, Lenthall & Lindeman, 2011).

Centrándonos en el análisis de los problemas que se derivan de una “estancia temporal” encontramos obstáculos que surgen y se relacionan directamente con alteraciones en las identidades de los sujetos. Este concepto se conoce como *self-shock* y se podría definir como choque consigo mismo. Cuenta con tres dimensiones: (a) pérdida de competencias para comunicar del modo habitual; (b) concepción desfigurada de las críticas de la respuesta de otros; (c) percibir como desafío las conductas relacionadas con el cambio que supone pasar de la cultura anterior a la actual (Moussaoui & Casas, 2007).

Actualmente, comienza a usarse el término de *adaptación cultural* para poner de relieve los posibles efectos positivos que resultan de un choque cultural correctamente gestionado, tales como el crecimiento personal y desarrollo (Muecke, Lenthall y Lindeman, 2011). El proceso de adaptación a una cultura implica tres pasos: Adaptación psicológica, aprendizaje cultural y realización de las conductas adecuadas. Bochner ha propuesto un modelo de contacto cultural denominado ABC, donde A significa afectividad y representa la adaptación psicológica. Y B y C se corresponden con la adaptación sociocultural, con aspectos cognitivos y conductuales. También encontramos

el modelo de Ward y Kennedy (1999) quienes hallaron una estructura dual formada por factor cognitivo y factor conductual. La cognitiva se relacionaría con “Empatía Cultural y Relacionalidad” y la conductual lo haría con “Esfuerzos y Riesgos Impersonales”. Por lo que una parte de la adaptación cultural se asociaría bidimensionalmente con el “Aprendizaje cultural y comunicación” en su vertiente cognitiva y “manejo de la distancia social” en la vertiente conductual (De Luca y Telletxea, 2017).

El aprendizaje cultural se puede definir como un conjunto de situaciones intensas por las que el individuo llega a ser consciente de sí mismo y de otras personas, de tal manera que alcanza nuevos niveles de conciencia y de comprensión. En este proceso el individuo llega a experimentar diferentes valores, formas de actuar o percibir la realidad. Según Martin (1989) existen cualidades que favorecen dicho aprendizaje cultural: (a) la flexibilidad cultural (sustituir actividades de la cultura propia por las de la anfitriona); (b) orientación social (capacidad para establecer nuevas relaciones sociales); (c) la disposición para comunicarse (disposición para hablar la lengua anfitriona sin miedo a errar); (d) capacidad para la resolución; (e) paciencia (poder suspender el juicio); (f) sensibilidad intercultural (disposición a buscar posibles diferencias culturales que podrían explicar el comportamiento que no se entiende); (g) tolerancia por las diferencias (sentir curiosidad por la diferencia entre personas); (h) el sentido del humor (poder reírse cuando las cosas salen mal) (Iglesias Casal, 2003).

Según Adrian Furnham (2012) el choque cultural se concibe, en ocasiones, como una reacción afectiva grave y aguda y, a veces, crónica a un nuevo entorno. Sin embargo existen otras “experiencias chocantes” que se encuentran muy cercanas a este, y entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Choque invasivo: cuando los turistas invaden en gran cantidad, abrumando a los lugareños. En este sentido sufren un choque cultural sin desplazarse a ninguna parte.
- Choque cultural inverso: el choque cultural se produce al volver a la cultura de origen. Se trata de reaccionar y reasimilar la cultura inicial del cooperante.
- Choque de negocios: se produce en prácticas sutiles que varían de una cultura a otra.
- Choque cultural racial: se produce el choque en una minoría racial dentro de un mismo país.

Furnham (2012) también mencionó que pueden conmocionar a quienes no los esperan. Existirían para aquel cuatro maneras principales de comportarnos cuando nos sumergimos en una nueva cultura:

- “Passing”: consiste en el rechazo de la cultura de origen y abrirse por completo a la nueva cultura. Puede ser frecuente en los inmigrantes que buscan empleo y proviene de países en guerra o en situaciones complejas, buscando una nueva vida
- “Chauvinism”: Consiste en el rechazo de la nueva cultura y aferrarse de manera exagerada a la cultura de origen. Esta opción podría llevar a los individuos a un nacionalismo excesivo, pudiendo llevarlos al racismo y causando problemas.
- “Marginal”: entre las dos culturas sin tener claro quién es. Pero se perciben como incompatibles las normas culturales de unas y otras, creando confusión en los individuos.
- “Mediating”: Es la mentalidad idónea, dado que ambas culturas conviven en armonía en el individuo.

En definitiva, tomar conciencia y aceptación de las diferencias culturales con los valores propios es un ejercicio que requiere compromiso, pues supone huir de los estereotipos y eliminar los prejuicios con el fin de establecer una relación efectiva, y más esfuerzo supone aún en los profesionales desplazados a países donde las situaciones son críticas y el margen de aceptación cultural debe ser breve (Castrillón Chamadoira, 2015).

Los enfoques teóricos, según Furnham (2012), han ido modificándose a lo largo de los años a pesar de la brevedad histórica del concepto cultural. Los enfoques tradicionales (ver tabla 4) se han focalizado más en las diferentes versiones aplicadas por las variadas ramas científicas que lo han estudiado.

Tabla 4.

Enfoques teóricos tradicionales del choque cultural

Teoría	Origen epistemológico	Definición conceptual
Dolor y duelo	Psicoanálisis	Considera la migración como una experiencia de adaptación a la pérdida
Locus de control	Psicología social aplicada	El control (interno/externo) predice la adaptación a la migración
Migración selectiva	Sociobiología	La aptitud individual y la motivación predicen la adaptación
Expectativas	Psicología social aplicada	Las expectativas se relacionan con las razones para migrar y su adaptación
Eventos de vida negativos	Psicología clínica	La migración conlleva muchos cambios de vida estresantes
Apoyo social	Psicología clínica	El apoyo social y emocional ofrece un efecto amortiguador
Diferencia en valores	Psicología social	Las diferencias de valores implícitas y explícitas conducen a una mala adaptación
Habilidades sociales y aprendizaje cultural	Psicología social	La falta de habilidades sociales puede causar problemas de comunicación constantes

Fuente: (Furnham, 2012, p. 12)

Mientras, los enfoques contemporáneos se han focalizado más en clasificar el choque cultural según los efectos producidos en los que los sufren, es decir, a nivel cognitivo, conductual o afectivo (ver tabla 5).

Algunos investigadores han desarrollado y testado modelos para predecir quién tiene mayor probabilidad de sufrir un choque cultural. El más congruente parece ser el desarrollado por Zhou, Jondal-Snape, Topping y Todman en 2008. Tiene en cuenta las tres teorías contemporáneas principales en el área del choque cultural. Proponen la existencia de variables a nivel individual (factores personales y situacionales) y niveles a nivel social (sociedad de origen y sociedad de asentamiento) que determinan el estrés y el déficit de habilidades, influyendo de manera determinante en el afrontamiento de estrés y la adquisición de habilidades. Seguidamente, observaron cómo las diferencias culturales en prácticas y procesos de aprendizaje pueden llegar a producir desajustes o malentendidos cuando los estudiantes se encuentran en el extranjero. Existen pocas maneras psicométricas de medir el choque cultural. En 1998, Mumford creó una breve herramienta de medida con 12 elementos básicos y de estrés interpersonal. Y Rudmin

en 2009 examinó maneras cuantitativas para medir la aculturación y el estrés aculturativo (Furnham, 2012).

Tabla 5.

Teorías contemporáneas del contacto intercultural

Teoría	Marco conceptual	Premisa teórica	Factores implicados	Pautas al intervenir
Estrés y afrontamiento (Emoción)	Los viajeros interculturales necesitan desarrollar estrategias especiales para manejar el estrés de la migración	Los cambios de vida son constantes pero inherentemente estresantes	Factores personales (demográficos, personalidad, valores) o situacionales (apoyo social)	Entrenar a las personas para que desarrollen un buen afrontamiento del estrés y habilidades de manejo de este.
Aprendizaje cultural (Conductual)	Los viajeros interculturales necesitan aprender habilidades socialmente relevantes para comunicarse en sus nuevos entornos	La interacción social es una habilidad de rendimiento que debe ser aprendida y practicada	Variables culturales específicas: conocimiento sobre la nueva cultura, lenguaje /comunicación, inteligencia social, distancia cultural.	Preparación, orientación y aprendizaje cultural, especialmente la formación de habilidades sociales basadas en el comportamiento, así como la inteligencia social y emocional
Identificación social (Cognición social)	La transición intercultural tiene que adaptarse a los cambios en la identidad cultural y en las interrelaciones	La sensación de identidad personal y de grupo es un asunto fundamental para todos los viajeros	Variables cognitivas relacionadas con la cultura anfitriona(historia, religión, etiqueta), creencias/actitudes entre anfitriones y viajeros, similitud cultural, identidad cultural	Mejorar autoestima, superar las barreras para una armonía intergrupal, enfatizar las similitudes intergrupales y de identidad

(Furnham, 2012, p. 13)

Actualmente comienza a usarse el término de “adaptación cultural” para poner de relieve los posibles efectos positivos que resultan de un choque cultural correctamente gestionado, tales como el crecimiento personal y desarrollo (Muecke, Lenthall, y Lindeman, 2011).

Un estudio, que merece ser mencionado en este trabajo de investigación es el llevado a cabo en 64 países por Geert Hofstede en 1980. Dicho autor afirma la existencia de un individualismo en países como Estados Unidos y Australia, el cual lleva a su población a cuidar únicamente de ellos y sus familiares cercanos, preocupándose principalmente por sus logros personales. En cambio, países como China o los latinoamericanos poseen

una mayor cohesión de grupo y con una gran extensión de los lazos familiares, siendo dichos países colectivistas. Finalmente, Hofstede llegó a la conclusión de que cuanto más lejos se encuentra un país de otro en la escala creada por él, mayor será el choque cultural experimentado (Muecke, Lenthall y Lindeman, 2011). En el modelo de Hofstede, aparte de compararse el individualismo y colectivismo, se comparan ciertos aspectos que pueden considerarse importantes en el estudio a realizar como son:

- Desigualdad de poder: grado en el que la desigualdad social es aceptada tanto por los seguidores como por los líderes. Enumera el estudio de Hofstede una serie de características que se relacionan con dicho factor como pueden ser el respeto y miedo a las personas mayores, la presencia de corrupción, la distribución de ingresos, o la presencia de una religión basada en sus creyentes o, al contrario, en sus predicadores. Al comprender 76 países el estudio determina que el poder de la desigualdad social es mayor en países de Europa del este, África y Asia y menor en países germánicos y de habla inglesa (Hofstede, 2011).
- Evitar la incertidumbre: se relaciona con la tolerancia de una sociedad a la ambigüedad, con ciertos programas desestructurados y mediante la constatación de su comodidad o incomodidad. Este factor de su estudio es muy determinante en el choque cultural; ya que nos explica que las culturas donde no se evita un cierto grado de incertidumbre son más tolerantes con diferentes opiniones, y se caracterizan por su baja imposición de reglas, tanto en su psicología como en la religión. Se encuentran dentro de este tipo países como los de habla inglesa, nórdicos o con culturas chinas. En el lado opuesto se sitúan países como los del este y centro de Europa, Japón, países germánicos y latinoamericanos (Hofstede, 2011).
- La masculinidad frente a la feminidad: se trata de forma colectiva y se refiere a la distribución de valores en los diferentes géneros. Los estudios muestran que los valores de las mujeres difieren menos entre las diferentes sociedades que los de los hombres, lo que aplicado a la producción del choque cultural indica que quizás podrían verse menos afectadas mujeres que hombres al tratar con personas de su mismo sexo. Así, se comparan valores como: quien decide el tamaño familiar, la importancia del trabajo en comparación con la importancia de la familia, la intervención política de las mujeres, las bases de la religión o la

comparación de los sentimientos de ambos géneros. Tras la investigación en 2010 llevada a cabo por Hofstede en 76 países se muestra que la masculinidad es alta en Japón, países germánicos, países latinos como Italia o México, y moderadamente alta en países occidentales de habla inglesa. En cambio es baja en los Países Bajos y nórdicos; por último, es ligeramente positiva en países asiáticos y latinos como Francia, España, Portugal, Chile, Corea y Tailandia (Hofstede, 2011).

- Orientación a corto plazo frente a largo plazo: referido dicho término a sociedades que viven pensando en el presente y a corto plazo, frente a sociedades que viven más instaladas en el futuro. Este concepto, medido en sociedades que viven a largo plazo, implica valores como la adaptación a las circunstancias, las adaptaciones culturales, el tratar de aprender de otras culturas, lo que afecta ciertamente sobre la predisposición de que se produzca el choque cultural. Los países que se relacionan en este grupo se localizan en el este asiático y los del este y centro de Europa; los que poseen una orientación a medio plazo son los países del norte y sur de Europa y los del sur asiático; y por último, los orientados a corto plazo serían EEUU, Australia, Latinoamérica, África y países musulmanes (Hofstede, 2011).
- Indulgencia y restricción: una nueva dimensión reciente que se basa en la “investigación de la felicidad”. Refiriéndose la indulgencia a una gratificación relativamente libre de los deseos humanos básicos y naturales y la restricción a cómo la sociedad controla la satisfacción y nos regula a través de estrictas normas sociales. Este estudio pudo realizarse en 93 países por parte del autor ya mencionado anteriormente, descubriendo que la indulgencia predominaba en zonas del norte y sur de América, el oeste de Europa y África subsahariana. En cambio la restricción predominaba en zonas del este de Europa, Asia y los países musulmanes. Encontrándose en una posición media la Europa mediterránea (Hofstede, 2011).

La importancia de los valores culturales en el bienestar subjetivo sería un tema interesante a tratar. Tal y como afirman Basabe y Páez (2017), los valores culturales afectan a la forma en la que se afrontan los cambios vitales y sociales y con el bienestar. Se considera que los contextos con valores individualistas presentan mayor intensidad y expresión de sus emociones, mayor búsqueda de apoyo social y mayor capacidad

reflexiva con sus emociones, tratando de regularlas. Como resultado positivo de dichas culturas encontramos la capacidad de experimentar con mayor intensidad las emociones positivas y, en su contra, el mayor desgaste psicológico por el impacto de las emociones negativas derivadas de las relaciones sociales. En cambio, en las sociedades con culturas colectivistas se suelen utilizar con mayor frecuencia el autocontrol y la supresión como afrontamiento; tienden a buscar el humor y el apoyo social, ya que las expresiones negativas no están bien vistas en estos contextos culturales. Por lo que destaca un afrontamiento con menor intensidad y mayor autocontrol, un estilo estoico con mayor autocontrol en diferentes situaciones sociales

Lo más complicado según lo anterior, y lo ya mencionado por Leininger, es asumir que existe la necesidad de obtener un conocimiento documentado sobre las culturas para poder usarse como base en la planificación de los cuidados que vamos a aplicar sobre los pacientes de otros países. Sin olvidar que cada persona tendrá cierta cultura incluso en una misma sociedad, por lo que no atendemos culturas sino personas. Podemos aplicar esto a los mismos profesionales, cuyo choque cultural dependerá de la persona. En esto radica seguramente la importancia del estudio cualitativo (Castrillón Chamadoira, 2015).

1.3.4. Explorando el universo de las emociones

1.3.4.1. La historia de las emociones y su relación con la cooperación internacional

En el transcurso de los años no son pocas las teorías que han tratado de hablar, o de evitar, el ámbito de las emociones. Separándolas de la razón para poder diferenciarnos del resto de seres vivos.

Ajenos a dichos enfrentamientos entre las diferentes ramas de la ciencia, las personas reconocemos las emociones como parte inseparable de nuestra vida diaria. Así, a pesar de la dificultad para encontrar un término que defina el concepto de emoción, a efectos del estudio consideraremos las emociones como el reflejo de los estados afectivos personales y colectivos, que influyen en las relaciones interpersonales y grupales. También expresan nuestras reacciones ante los valores, costumbres y normas sociales

que surgen de las diferencias culturales (Guedes Gondim y Álvaro Estramiana, 2010). Brevemente, trataremos de hacer un repaso sobre su recorrido a lo largo de la historia.

Ya sobre el año 1649, filósofos como Renè Descartes planteaba la existencia de las seis emociones primitivas: la admiración, el amor, el odio, el deseo, la alegría y la tristeza. Poco más tarde, en 1677, Baruch Spinoza, mencionado por Díaz et al. (2001), hablaba también sobre las quince pasiones básicas: la codicia, la envidia, los celos, el orgullo, la humildad, la ambición, la venganza, la avaricia, el trabajo, la pereza, el deseo, el amor pasional, el paternal y el filial y, finalmente, el odio.

Un par de siglos después, en 1896, Wilhelm Wundt, uno de los pioneros de la psicología experimental, planteó un sistema afectivo de tres dimensiones o ejes formados por aspectos primarios y polares de la vida afectiva: un eje excitación-calma, otro de placer-dolor y el tercero de tensión-alivio (Díaz & Flores, 2001).

La amígdala cerebral y su relación con las emociones comienza a ser estudiada en 1937 con Kluver y Bucy, siendo retomados dos décadas después por Weiskrantz. La amígdala ejerce un papel fundamental procesando y almacenando las diferentes reacciones emocionales, en especial ante las situaciones de miedo. Existen evidencias de que las emociones interfieren y modifican la memoria en sus fases de codificación, consolidación y en la reconstrucción subjetiva del recuerdo. Así favorece la perpetuación de la especie debido a las emociones más importantes. Además la cognición también puede interferir en dicho entramado, es decir, en la interpretación de las diferentes manifestaciones sobre las emociones. Es decir, en la creación de nuestras diferentes reacciones emocionales pueden interferir la biología (neurofisiología cerebral), la psicología social (procesos mentales) y la cultura (Guedes Gondmin & Álvaro Estramiana, 2010).

En el año 1949, Ryle planteaba la idea de que no hay una correspondencia directa entre las palabras y los estados emocionales que intentan expresar. Sostenía que las metáforas también cumplen la función de resaltar y ejemplificar los sentimientos, prescindiendo así de un lenguaje descriptivo y definitorio. Un ejemplo claro sería el uso de expresiones verbales como “enloquecer de celos”, “morir de amor” o “paralizarse de miedo”, entre otras. Al utilizar estas metáforas, buscamos comunicar el significado de lo que se siente sin necesidad de una definición explícita (Guedes Gondmin & Álvaro Estramiana, 2010).

A partir de 1972, ganó aceptación la idea de que existen emociones fundamentales o primarias, y varios estudiosos coinciden en identificar seis de ellas: la alegría, la tristeza, el miedo, el disgusto, la sorpresa y la ira. A diferencia de los investigadores anteriores, estos cuentan con respaldo empírico basado en las expresiones faciales de seres humanos y algunos animales. En otras palabras, las expresiones faciales asociadas a cada una de las emociones humanas básicas son fácilmente distinguibles, se manifiestan en respuesta a estímulos similares y son reconocibles en todas las culturas (Díaz & Flores, 2001).

En 1984, Fehr y Russell, ya indicaban que todos saben lo que es una emoción sin conseguir definirla, ya que es mucho más fácil ejemplificarla. Esta dificultad para hallar los términos adecuados y definir nuestras emociones existe por la falta de precisión sobre lo que se siente y por las diferencias culturales asociadas al lenguaje. Autores como Levy, en 1984, establecen una importante distinción entre los conceptos de *hypercognized* e *hypocognized* para destacar que la importancia de las emociones, tanto positivas como negativas en una cultura dada, se relaciona con el número de palabras disponibles para referirnos a las mismas. Si están muy valoradas, el repertorio encontrado es muy rico (*hypercognized*), caso contrario, es restrictivo (*hypocognized*). Así, mientras el inglés dispone de 2.000 palabras para referirse a estados emocionales, el chino solo posee alrededor de 750. Estas observaciones nos dan una idea de la importancia del lenguaje en la construcción social y cultural de las emociones (Guedes Gondmin y Álvaro Estramiana, 2010).

Heller, en 1980, propuso una ordenación de los sentimientos en impulsivos (como los instintos), orientativos (los intencionales), emociones cognitivo-situacionales (dependientes de las circunstancias), afectos (sexual, miedo, vergüenza, alegría, tristeza), el talante, las pasiones, los sentimientos del carácter o la personalidad y las predisposiciones emocionales. Con una cantidad de propuestas en un mapa sin criterios ni herramientas para clasificar las diferentes emociones. Por otro lado, en el mismo año, Plutchik (1980), elaboró un modelo taxonómico de las emociones que, a pesar de sus debilidades, fueron los cimientos de la nueva organización del sistema afectivo. Colocó ocho emociones primarias en un círculo, de tal manera que las menos similares se encuentren en directa oposición, con lo cual obtiene los siguientes cuatro ejes: alegría-tristeza, disgusto-aceptación, ira-miedo, sorpresa-anticipación. Según Plutchik, la mezcla de dos emociones primarias origina sensaciones secundarias, como aceptación

+ miedo = sumisión; ira + disgusto = desprecio; alegría + aceptación = amor (Díaz y Flores, 2001).

Siguiendo con la idea de las emociones ligadas a las expresiones faciales iniciada en los años 70 tenemos a Dore y Kirouak, quienes encontraron que hay una correlación significativa entre la descripción verbal de una situación y su valor para producir las seis emociones primarias. Posteriormente, en 1986 mostraron fotos de las seis expresiones faciales básicas a 100 estudiantes de ambos sexos, y les pidieron que las identificaran con categorías etológicas de conducta (afiliación, atención, evasión, solicitud de ayuda, ataque y rechazo). La correlación fue correcta en un nivel muy superior al azar, lo cual afirmaba que los gestos realmente se relacionan con ciertas voluntades para la acción (Díaz y Flores, 2001).

Los teóricos culturalistas, como Lutz (1988) y Mesquita et al. (2007), se centran en la construcción simbólica de las emociones a través del lenguaje y sus significados en distintos contextos sociales. Estos teóricos han resaltado que se ha logrado ofrecer respuestas satisfactorias a las diferencias culturales en la expresión, interpretación y atribución de significado a las emociones. Esto contrasta con los teóricos evolucionistas, como Ekman (1992), quienes han proporcionado evidencia de la existencia de emociones básicas universalmente compartidas, consideradas esenciales para la perpetuación de la especie humana (Guedes Gondmin y Álvaro Estramiana, 2010).

Tras el mencionado Plutchik (1980), autores como Watson y Tellegen (1985) y Bowne (1992) crearon una estructura circular de las emociones, compuesta por ejes bipolares. Dicha estructura se basa en la iniciada por Plutchik pero estructurando los ejes de manera más precisa, en el eje vertical los términos agradables los colocan en el semicírculo superior y los desagradables en el inferior, en el segundo eje horizontal colocaron las emociones relacionadas con la relajación a la izquierda y los relacionados con la excitación a la derecha. El uso del eje excitación- relajación se debe a la teoría creada por el fisiólogo Hess, donde asocia las respuestas del organismo con el sistema ergotrópico (sistema simpático) y el sistema trofotrópico (sistema parasimpático) (Díaz y Flores, 2001).

En 2006, surgieron varios modelos clasificatorios sobre las emociones que resultan complementarios. Por un lado, se encuentra el modelo de Holodyski y Friedlmeier (2006), que propone cuatro perspectivas para el estudio de las emociones:

estructuralismo, funcionalismo, teorías sistémicas y enfoques socioculturales. Por otro lado, la clasificación de Niedenthal, Krauth-Gruber y Ric (2006) destaca tres perspectivas teóricas en los estudios de las emociones: la evolucionista, la de la evaluación cognitiva y, finalmente, la de los construccionistas sociales (ver tabla 6). Estos modelos proporcionan marcos conceptuales distintos que enriquecen la comprensión de las emociones desde diversas perspectivas.

Tabla 6

Modelos clasificatorios de las emociones contemporáneos

Holodyski y Friedlmeier (2006)	Niedenthal, Krauth-Gruber y Ric (2006)
Teoría estructuralista: las emociones son estados fisiológicos que responden a estímulos internos y externos. Se encuentran orientados en el análisis de la externalización de las emociones (expresiones faciales, gestos, postura...)	Teoría evolucionista: surge de la unión de los funcionalistas y ciertos estructuralistas, defendiendo la relación entre las emociones y los diferentes procesos adaptativos.
Teoría funcionalista: analizan los eventos y los desencadenantes de la reacción. Los enemigos de dicha teoría la consideran muy cognitivista, no considera los conocimientos derivados de los procesos de aprendizaje social y los contextos sociales, influyendo todo en la manera de reaccionar ante determinadas situaciones.	Teoría de la evaluación cognitiva: estudia las diferentes respuestas emocionales de los individuos según sus evaluaciones de las situaciones. Una misma situación según como la evalúe el individuo puede generar diferentes emociones.
Teoría de los sistemas dinámicos: consideran las emociones el producto de una operación multimodal. Sistemas de procesamiento bottom-up (activación de áreas como la amígdala, reconocen e interpretan estímulos) y sistemas de procesamiento top-down (activación de la búsqueda en la memoria para desencadenar respuesta emocional dado que no existen asociaciones ya creadas) se coordinan para dar respuesta a sistemas nuevos emergentes a partir de sistemas previamente existentes. Esta teoría respeta mucho la asociación cultural de las emociones, considerando la nueva construcción influenciada por los diferentes contextos culturales. Las emociones servirán para la adaptación de la especie (función biológica) y para la adaptación externa a un medio cultural.	Teoría de las construcciones sociales: integran la antropología, sociología, filosofía y la psicología social. Niegan que las emociones sean algo innato y afirman que surgen de las relaciones sociales. A pesar de reconocer el estado interno de las emociones, consideran que nadie puede experimentarla hasta que la interpreta según los patrones morales, sociales y culturales

Fuente: (Guedes Gondmin y Álvaro Estramiana, 2010, pp. 40-41)

Como hemos podido comprobar existen diferentes vertientes para definir y organizar las emociones, incluso existen vertientes que disciernen sobre la posibilidad de definirlas o no. Por un lado encontramos a los seguidores de la teoría creada en 1896 por Wundt como Rusell o Plutchik. Encontramos también a los que tratan de definir las emociones desde la lingüística y las expresiones verbales como Fehr y Russell, Ekman o Ryle. Los

seguidores de la segunda vertiente no chocan con la posibilidad de que existan dos ejes ortogonales pero habría que unirlos a las listas de emociones primarias encontradas. Es decir, según autores como Izard (1992), es necesario encontrar la manera de aunar ambas vertientes para obtener un modelo acabado de las emociones (Díaz y Flores, 2001).

El problema reside en la ambigüedad de las emociones, conocer cuantas y cuales son parece un “artículo de fé” según afirman algunos empíricos como Ortony y Turner (1990). Aquí comienza la siguiente discusión sobre si es posible o no definir las emociones. Filósofos como Rorty y Hansberg parecen tener claro que la definición de las emociones no es posible. En cambio, Johnson-Laird y Oatley, afirman que si es posible encontrar rasgos comunes en las expresiones faciales de las diferentes emociones. Las emociones son híbridos que surgen de diferentes procesos internos, el sujeto realiza una valoración de la información y lo lleva a diferentes conductas (gestos faciales o pautas fisiológicas), asociando dicha secuencia a diferentes palabras que definen las emociones (Díaz y Flores, 2001). Otros autores recalcan que es necesario analizar las emociones no solo desde sus aspectos psicobiológicos sino incluyendo también aspectos sociológicos en el estudio de ellas (Guedes Gondmin y Álvaro Estramiana, 2010).

Rompiendo con la clasificación universal de las emociones nos encontramos con varios detractores. En primer lugar tenemos a Prinz (2004) es un filósofo y psicólogo cuyo éxito vino de la mano de la publicación de *Gut Reactions: A Perceptual Theory of Emotion*. En su libro argumenta el origen de nuestras emociones ligado fuertemente a nuestras percepciones, investigando su conexión. También tenemos a Griffiths (2008) quien nos indica la complejidad de obtener una categoría para la emoción que sea productiva para los investigadores que la abordan (Zaragoza Bernal, 2021). Sumándose a la ruptura con la tradicional clasificación de las emociones, tenemos a la psicóloga Feldman Barrett (2017) quien nos habla a lo largo de diferentes trabajos y en su libro sobre el estudio realizado en el siglo XX de las emociones y su falta de evidencias suficientes para indicar que existan emociones universales (Feldman Barret, 2017). Dicha autora defiende la teoría de la emoción construida, creada a lo largo de los últimos quince años y en la cual defiende que las emociones son reales pero que no son monolíticas ni universales ni provocadas sino que son básicas, dependientes de la

cultura y creadas por nosotros. Es decir, son reales pero como el dinero, son producto de los humanos.

En el contexto de la exploración de la intersección entre el reino de las emociones y el fenómeno de la cooperación, se observa que varios autores han destacado la trascendental relevancia de estas en las dinámicas de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, autores como Goleman (1999) han subrayado la influencia de las emociones en la inteligencia emocional y su impacto en la capacidad de las personas para cooperar efectivamente en diversas situaciones. A pesar de que su aportación ha sido fundamental, nuestro enfoque no se centra en la inteligencia emocional sino en las emociones como tal, sobre todo aquellas que se experimentan en un contexto de catástrofe o crisis humanitaria. Es por ello por lo que recurrimos autoras como Nussbaum (2001) que ha llevado a cabo una indagación más profunda al analizar la importancia de las emociones en el marco de la ética y la toma de decisiones morales, dejando ver la gran influencia de las emociones en la configuración de los juicios éticos y en la orientación de las elecciones morales. Estas perspectivas pueden ser integradas para comprender mejor el papel fundamental de las emociones en la promoción de la cooperación en contextos sociales y colaborativos.

También realiza una aportación relevante Haidt (2012) quién ha investigado cómo la moralidad y las emociones pueden variar culturalmente. Su trabajo ha colaborado a comprender cómo las diferencias en la percepción de la moralidad y las emociones pueden influir en la cooperación y la comprensión entre diferentes grupos de personas.

Finnemore (2003) reflexiona acerca de la manera en la que las emociones intervienen en la disposición de los actores internacionales a cumplir con acuerdos internacionales. Pueden afectar a su percepción de lo correcto o justo, es decir, las emociones influyen en la creación de normas y en la toma de decisiones, influyendo en la dinámica de la cooperación internacional. Otro destacado autor que habla de la importancia de las emociones en las relaciones internacionales sería el teórico Alexander Wendt (1999) aunque enfoca su importancia, como Finnemore, desde un ámbito más político.

Desde la sociología recurrimos al trabajo de autores como Hochschild (1983) que desarrolla el concepto de “cultura emocional”, y que desarrollamos más adelante, o Thomas Scheff (1990) quien destaca la gran relación existente entre la sociedad y las

emociones, abordando de manera indirecta esa interacción emocional en contextos de cooperación a través de su concepto de microsociología. Jonathan Turner (1978) también ha sido pionero en estudiar las emociones desde la sociología, con su teoría del intercambio social estudiando importantes aspectos a relacionar en el mundo de la cooperación y las emociones como son la reciprocidad o el intercambio de recursos.

1.3.4.2. Enfoques teóricos sobre la cultura emocional en el ámbito de las ciencias de la salud.

La cultura emocional que existe en el ámbito sanitario se centra principalmente en la gestión de las emociones de los pacientes y los profesionales de cara a la atención asistencial que se proporciona. Los enfoques teóricos más relevantes serían los siguientes:

a) La Teoría de la Socialización Emocional. Tratada por autores como Hochschild (1983) con su teoría del *Trabajo emocional* donde explora cómo los profesionales de la salud gestionan y muestran sus emociones en sus interacciones con los pacientes. Este enfoque defiende que las emociones son socialmente construidas y en el ámbito sociosanitario los profesionales también aprenden a expresar ciertas emociones de manera más aceptable, como la empatía, mientras que se les puede enseñar a reprimir emociones negativas.

b) La Teoría de la Gestión Emocional: Este enfoque se centra en cómo las personas regulan sus emociones en situaciones profesionales. En el ámbito de las ciencias de la salud, los profesionales pueden aprender estrategias para gestionar sus propias emociones y las de los pacientes. Mencionamos autores como Goleman (1999) en su trabajo sobre la inteligencia emocional, que aborda la importancia de la regulación emocional en contextos profesionales, incluido el ámbito sanitario. También encontramos a Christina Maslach quien ha investigado ampliamente el agotamiento emocional en profesionales de la salud y ha desarrollado el concepto de *burnout* (Leiter, Bakker y Maslach, 2014).

c) Teoría de la Atención Centrada en el Paciente: Este enfoque se basa en la idea de que la atención médica debe centrarse en las necesidades y preferencias del paciente. La cultura emocional en este contexto implica entender y respetar las emociones de los pacientes, promoviendo una relación abierta y empática. Esto puede mejorar la satisfacción del paciente y los resultados de la atención médica. Autores como Rogers

(1995) quien es considerado uno de los pioneros de la psicoterapia centrada en el cliente, que enfatiza la empatía y la comprensión en la relación terapéutica.

d) Teoría de la Resiliencia en el Ámbito Sanitario: Masten (2015), por ejemplo, es una destacada investigadora en el campo de la resiliencia y ha explorado, aunque no se centre en este aspecto su teoría, cómo los profesionales de la salud pueden desarrollar habilidades para enfrentar el estrés y el agotamiento. Tedeschi y Lawrence Calhoun han desarrollado la teoría del crecimiento postraumático, conectado con la idea de que las personas pueden sentir un crecimiento sentimental después de eventos traumáticos. Trata sobre la resiliencia emocional, es decir, la capacidad de los profesionales de la salud para manejar el estrés, el agotamiento y las emociones negativas en un entorno de alta presión. Los enfoques teóricos en este campo se centran en identificar las estrategias que ayudan a los profesionales de la salud a mantener su bienestar emocional y prevenir el agotamiento (Tedeschi y Calhoun, 2004).

e) Enfoques Culturales: La cultura emocional en el ámbito sanitario también se ve influenciada por factores culturales. Los enfoques teóricos en este sentido se centran en comprender cómo las diferencias culturales pueden afectar la expresión y la gestión de las emociones en el contexto de la atención médica. En este ámbito destacamos a Hofstede (1980), quien es conocido por su trabajo en la identificación y medición de dimensiones culturales, o Kleinman (1988) quien ha desarrollado la noción de "idiomas de la aflicción", que se refiere a las formas en que diferentes culturas expresan y entienden las emociones y el sufrimiento en el contexto de la atención médica.

1.3.4.3. Enfoques teóricos sobre la cultura emocional en el ámbito de la sociología y ciencias afines

La cultura emocional es un concepto importante en las ciencias sociales que se refiere a cómo las emociones son experimentadas, expresadas y reguladas en una sociedad o grupo cultural específico. A continuación, se presentan algunos de los enfoques teóricos más relevantes:

a) Teoría de la construcción social de las emociones: Este enfoque sostiene, como hemos mencionado anteriormente en el enfoque sanitario, que las emociones son construcciones sociales y culturales. Y que las normas culturales y sociales influyen en cómo las personas experimentan y expresan sus emociones. Cabe en este sentido mencionar a Hochschild (1983) o Feldman Barrett (2017), cuyas investigaciones han

contribuido a la comprensión de cómo las emociones son construcciones sociales y están moldeadas por la cultura.

b) Teoría de la emocionalidad colectiva: Esta perspectiva se centra en cómo las emociones se propagan y se experimentan en grupos sociales o colectivos. Se analiza cómo las emociones colectivas pueden influir en los comportamientos y las dinámicas de grupo, como la expresión de simpatía en un funeral o la alegría en una celebración. Destacando a Collins (2004), autor de "Interaction Ritual Chains" y pionero en la teoría de la emocionalidad colectiva, explorando cómo las emociones se propagan en situaciones sociales.

c) Teoría del emocionalismo: Esta teoría sostiene que las emociones desempeñan un papel fundamental en la sociedad y que las instituciones sociales y políticas utilizan las emociones para influir en la conducta y las actitudes de las personas. Destacan autoras como Gould (2004), que ha estudiado cómo las emociones se utilizan en la política y de qué manera las instituciones sociales influyen en las emociones de las personas; y Dixon (2008), autor de "From Passions to Emotions" y experto en la historia y la evolución de la comprensión de las emociones en la sociedad.

e) Teoría de la regulación emocional: en esta teoría destaca a Ryff (1995), investigadora conocida por su trabajo sobre la regulación emocional y el bienestar psicológico en contextos culturales, y Kleres (2011), quien ha explorado cómo se enseñan y aprenden las estrategias de regulación emocional en diferentes contextos culturales. Ambos hablan de este enfoque que se centra en cómo las normas y prácticas culturales influyen en la regulación emocional de las personas. Explora cómo las estrategias de regulación emocional son enseñadas y aprendidas a través de procesos culturales.

f) Teoría de la expresión emocional: Este enfoque se centra en cómo las normas culturales influyen en la expresión de emociones, incluyendo qué emociones son socialmente aceptables o inaceptables en una cultura determinada. También explora cómo las expresiones emocionales pueden variar en diferentes contextos culturales. Destacamos también a Goffman (2016), conocido por su trabajo sobre la representación y la expresión de emociones en la interacción social y a Lutz (1988), quien ha investigado la expresión de emociones en diferentes culturas y cómo las normas culturales influyen en dicha expresión.

Por otro lado, Bericat (2012, p.3), con su *sociología de las emociones*, sostiene que "Las emociones forman parte de un proceso vivo y pueden sufrir múltiples y enigmáticas transmutaciones, voluntarias e involuntarias, conscientes e inconscientes.

La vergüenza se puede convertir en rabia, la alegría en llanto o el dolor en placer. Represión, negación, desplazamiento, proyección, sublimación o atribución son algunos de los mecanismos de defensa que pueden alterar las emociones”

Dicho autor afirma que existen dos dimensiones en la sociabilidad de las emociones, la dimensión simbólica o intercomunicación y la dimensión energética o interactiva. Las emociones forman así parte de la dimensión intercomunicativa de la sociabilidad pero su naturaleza energética les genera un matiz individual. Bericat afirma (2012, p.8) que “El miedo y la ira son las emociones clave de la dimensión interactiva de la sociabilidad (poder), mientras que la vergüenza y el orgullo son las emociones clave de la dimensión intercomunicativa (estatus)”.

En los siguientes apartados, llevaremos a cabo una revisión teórica de las emociones fundamentales abordadas en este estudio. Realizaremos un análisis conciso y conceptual de las emociones clave que han sido discutidas por destacados autores a lo largo de la historia y que guardan relación con la labor desarrollada en este trabajo.

1.3.4.4. La ira

En un breve repaso de los autores que han abordado el tema de la ira, Izard (1992, 2007) la define como una emoción primaria que surge cuando un organismo se ve obstaculizado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad. Izard (1992), Danesh (1977), y Berkowitz y Harmon-Jones (2004) la describen como la respuesta del organismo ante la percepción de una amenaza, manifestándose ya sea como un impulso de ataque, característico de la ira, o como un impulso de huida, más relacionado con el miedo y la ansiedad.

Según Rothenburg (1971), la ira se manifiesta en contextos de relaciones significativas y posee un significado comunicacional. Averill (1983) la conceptualiza como una respuesta emocional determinada por roles sociales, que desempeña una función específica en el sistema social. La ira, de acuerdo con Averill, surge como respuesta a la frustración provocada por acciones de otras personas, percibidas como injustificadas o al menos evitables por la persona afectada.

Buss (1961) amplía la definición de la ira al incluir factores faciales-esqueléticos y autonómicos. Feshbach (1964) la describe como un estado indiferenciado de activación o arousal emocional.

Berkowitz y Harmon-Jones (2004) destacan la activación del sistema simpático como un componente clave de la ira, lo que genera un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca y una importante tensión muscular. Aunque estos síntomas son compartidos con el miedo, Berkowitz sostiene que la ira se experimenta típicamente como un sentimiento "caliente", mientras que el miedo se percibe como una experiencia más fría.

Novaco (1975) enfatiza principalmente los factores fisiológicos y cognitivos al definir la ira como “un estado emocional subjetivo que conlleva la presencia de activación fisiológica y cogniciones de adversidad o contrariedad”. Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) la describen como un estado emocional caracterizado por sentimientos de enojo o enfado, con una intensidad variable, y la sitúan dentro del continuo “ira-hostilidad-agresividad”. En esta perspectiva, la hostilidad se refiere a una actitud persistente de valoración negativa hacia los demás, mientras que la agresividad se entiende como una conducta dirigida a causar daño en personas o cosas. Las propuestas posteriores de Spielberger (Spielberger, Krasner y Solomon, 1988) simplifican la ira como un concepto más básico que la hostilidad y la agresión.

Magai y Nusbaum (1996) definen la ira como una emoción desencadenada por obstáculos en la consecución de metas y resultados frustrantes, que genera efectos tanto en la persona afectada como en sus relaciones con los demás. La hostilidad, en cambio, la conceptualiza como un rasgo de personalidad en el cual las personas tienden a ser irritables, sensibles a los desaires, cínicas y a interpretar negativamente las intenciones ajenas.

Johnson (1990) describe la ira como un estado emocional que abarca sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia, acompañado de una alta activación del sistema nervioso autónomo, del sistema endocrino y de la tensión muscular.

Clore, Ortony, Dienes y Fujita (1993) retoman la distinción entre frustración e ira, propuesta previamente por Ortony, Clore y Collins (1988). En este sentido, la frustración se define como un sentimiento de disgusto hacia un hecho indeseable, mientras que la ira implica una desaprobación específica hacia quienes son responsables de la acción, junto con el disgusto por el resultado indeseable. La reacción afectiva en la frustración se centra en el resultado del hecho, mientras que en la ira, se dirige tanto al resultado indeseable como a la acción que lo provocó.

Scherer (1997) señala que la ira surge ante eventos valorados como obstáculos en la consecución de metas, inmorales y muy injustos, causados por otros.

Para Schieman (2006, p 496) la ira es el nodo de una extensa familia emocional que va desde el simple enfado hasta la furia, pasando por la rabia o la indignación. Sus estímulos más comunes implican el insulto real o percibido, la injusticia, la traición, la falta de equidad, los obstáculos al logro, las acciones incompetentes o las agresiones físicas de los demás.

Según la American Psychological Association (APA, 2018a), la ira es una emoción caracterizada por la tensión y la hostilidad que resultan de la frustración, daño real o imaginario causado por otro, o injusticia percibida. Puede manifestarse en conductas destinadas a eliminar el objeto de la ira o simplemente expresar la emoción, pero aunque está relacionada con la agresión, no es necesaria ni suficiente para que esta ocurra (APA, 2021).

1.3.4.5. El miedo

Darwin, en su libro “La Expresión de las Emociones en los Animales y en el Hombre”, indica que la palabra “miedo” parece derivar de aquello que es repentino y peligroso (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Para Öhman, Flykt y Lundqvist (2000) el miedo es un estado emocional negativo o aversivo con una activación muy elevada que incita la evitación y el escape de las situaciones que amenazan la supervivencia o el bienestar del organismo. Öhman et al. indican que la ansiedad es a menudo un “preestímulo” (anticipatoria, más o menos real, de un estímulo amenazante), mientras que el miedo es un “postestímulo” (elicitado por un estímulo concreto que provoca miedo) (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Para Fernández-Abascal (1997) el miedo es una señal emocional de advertencia de que se aproxima un daño físico o psicológico. El miedo también implica una inseguridad respecto de la propia capacidad para soportar o mantener una situación de amenaza. La intensidad de la respuesta emocional de miedo depende de la incertidumbre sobre los resultados (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Otros autores como Epstein, en 1972, afirman que el miedo es el motor de la evitación. Si no hay resistencia, externa o interna, el miedo apoya la acción de escape. La ansiedad puede ser definida como un miedo no resuelto, o, alternativamente como un estado de activación sin dirección específica posterior a la percepción de amenaza (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010). O autores como Bauman, en 2007, que enuncian en relación al miedo que se teme aquello que escapa de nuestro control, denominando incompreensión. Cuando hablamos de comprensión, para dicho autor, nos referimos al conocimiento técnico para abordar la situación. Para él, miedo es el nombre que damos a nuestra incertidumbre e indefensión (López, 2015).

Para Delumeau, en 2002, el miedo es un estado de alarma que genera una serie de reacciones, liberando una energía inhabitual y difundiéndola en el organismo, descarga que es en sí misma una reacción utilitaria de legítima defensa. Korstanje, en 2011, afirma que el miedo tiene como función principal darle al organismo (animal o humano) una rápida respuesta frente a un peligro dado (López, 2015).

Por otro lado encontramos la definición de APA (2018b), describiendo el miedo como una emoción básica e intensa que despierta la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata que moviliza al organismo desencadenando una serie de cambios fisiológicos. Estos incluyen latidos cardíacos rápidos, redireccionamiento del flujo sanguíneo desde la periferia hacia el intestino, tensión de los músculos y una movilización general del organismo para actuar. El miedo se diferencia de la ansiedad en que el primero se considera una respuesta a corto plazo a una amenaza presente claramente identificable, mientras que el segundo es una respuesta a largo plazo orientada al futuro y centrada en una amenaza difusa. Algunos teóricos caracterizan esta distinción de manera más particular, proponiendo que el miedo se experimenta al evitar o escapar de un estímulo aversivo y que la ansiedad se experimenta al entrar en una situación potencialmente peligrosa (por ejemplo, un animal buscando comida en un campo donde podría haber un depredador). Sin embargo, cualesquiera que sean sus diferencias precisas de significado, los términos a menudo se usan indistintamente en el lenguaje común.

1.3.4.6. La tristeza

Para definir la tristeza encontramos a autores como Vallés y Vallés (2000), quienes la definen a nivel cognitivo, cuando se produce una falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias y se vislumbra la realidad desde un ángulo negativo. Indican que sólo se ve lo malo de las situaciones o cuando, a nivel conductual, la persona suele restringir las actividades físicas haciendo muy poco o nada, presentando modificaciones en las facciones faciales y en la postura.

Según Sroufe (2000), la tristeza se define como una reacción subjetiva a un evento significativo, abarcando componentes cognitivos, conductuales, afectivos y fisiológicos. Esta perspectiva implica que la tristeza surge en relación con un acontecimiento específico y que dicho evento puede provocar diversas respuestas emocionales en diferentes individuos o incluso en la misma persona en momentos distintos de su vida.

Para Goleman (1996) y Villanueva, Clemente y Adrián (2000), la tristeza se clasifica como una emoción primaria junto con la ira, el temor, la felicidad, el enfado, la sorpresa y el disgusto, siendo considerada una emoción negativa.

Desde la perspectiva de Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Choliz (2001), la tristeza cumple una función adaptativa al responder a eventos negativos, así como una función social al facilitar la búsqueda de apoyo y ayuda. Estos autores sostienen que la tristeza está vinculada a la pérdida o al fracaso, ya sea actual o potencial, de una meta valiosa, entendida como un objeto o una persona. La tristeza puede manifestarse frente al recuerdo de una pérdida pasada, ante una pérdida presente o ante la perspectiva de una pérdida futura.

Para otros autores como Bowlby (1969, 1980); Corbella (1994); Lazarus y Lazarus (2000), Greenberg y Paivio (1999); Páez y Vergara (1992), la tristeza es provocada por la vivencia de la separación o la pérdida de vínculos afectivos, el fracaso en alcanzar metas importantes o la pérdida de autoestima, las guerras o los atentados, entre otras causas (Cuervo Martínez & Izzedin Bouquet, 2007).

Por otro lado, para Lyubomirsky y Tucker (1998) Lazarus y Lazarus (2000): No son los acontecimientos en sí mismos ni la cantidad de acontecimientos lo que influye en los sentimientos de tristeza sino la interpretación que las personas hacen de éstos (Cuervo Martínez & Izzedin Bouquet, 2007).

1.3.4.7. El asco

Darwin (1872/1965) definió el asco como la sensación que se refiere, en primer lugar, a algo que repugna al sentido del gusto, algo percibido en ese momento o imaginado con viveza. Y, en segundo lugar, a algo que produce una sensación parecida en el sentido del olfato, del tacto, o incluso de la vista (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Para Angyal (1941) el asco se considera una revulsión o evitación de una incorporación oral de una sustancia. El principal estímulo elicitor del asco son los desechos (basuras) del cuerpo. Y para autores como Rozin y Fallon (1987) consiste en la revulsión frente a la posibilidad de ingerir una sustancia ofensiva. Objetos o sustancias ofensivas son aquellos que tienen propiedades contaminantes. En la misma línea encontramos a Martín Díaz, en 2010, quien define la emoción del asco como una marcada aversión producida por algo fuertemente desagradable o repugnante (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

En línea con las definiciones anteriores, Nussbaum (2004) considera que el asco es una emoción especialmente visceral. Implica fuertes reacciones corporales a los estímulos que a menudo tienen características corporales marcadas. Su expresión clásica es el vómito; Sus estimulantes clásicos son los malos olores y otros objetos cuya apariencia parece repugnante (Fonseca Díaz, 2019).

Para Rozin y Fallon (1987) el asco aparece como una repulsión ante la perspectiva de la incorporación (oral) de un objeto ofensivo. Los objetos ofensivos son contaminantes; es decir, si incluso contactan brevemente un alimento aceptable, tienden a hacer que ese alimento sea inaceptable (Fonseca Díaz, 2019).

1.3.4.8. La sorpresa

Para Darwin (1872,1965) la sorpresa se produce siempre ante algo inesperado o desconocido. Una sensación causada por algún acontecimiento repentino e imprevisto.

Para Meyer, Niepel, Rudolph y Schützwohl (1991) consistía en una reacción a un evento o suceso discrepante del plan o esquema del sujeto. Y para Izard (1992) la sorpresa pasa rápidamente, a menudo con sensaciones ligeramente placenteras, elicida

por eventos repentinos o inesperados. La mente se queda en blanco “como si los procesos de pensamiento ordinarios fueran momentáneamente detenidos” (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Para Martín Díaz, en 2010, la sorpresa se define como algo imprevisto, novedoso o extraño. Es la emoción más breve de todas las primarias. Se trata de una reacción emocional neutra, no cabe clasificarla como positiva o negativa, agradable o desagradable (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Según APA (2018e), la tristeza es una emoción que normalmente resulta de la violación de una expectativa o la detección de una novedad en el entorno. Algunos teóricos la consideran una de las emociones que tienen un patrón universal de expresión facial. La respuesta fisiológica incluye levantar o arquear las cejas, abrir los ojos de par en par, abrir la boca de par en par en forma ovalada y jadear .

1.3.4.9. La frustración

Para Cloward y Ohlin (1960), Cohen (1955) y Merton (1938,1968) la frustración es el resultado de la discrepancia entre los objetivos definidos culturalmente y los medios que la sociedad facilita para alcanzarlos (Teijón, 2018).

Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears (1939) la consideraron como un estímulo (una interferencia) entre una secuencia de respuestas que se dirigen hacia una meta. Amsel (1958, 1992), en cambio, la define en función de las respuestas que tiene el organismo ante estímulos que implican un decremento, omisión o interferencias de reforzadores y desarrolla una teoría de la frustración, fundada en mecanismos asociativos. Se define como la respuesta del organismo (conductual, fisiológica y neural) desencadenada cuando un sujeto experimenta una devaluación sorpresiva en la calidad o cantidad de un reforzador apetitivo, en presencia de señales contextuales o temporales previamente asociadas con un reforzador de mayor magnitud. Según Amsel (1992), la omisión o disminución sorpresiva de un reforzador positivo provoca activación o potenciación de cualquier comportamiento que le sigue inmediatamente al evento frustrante, llamado efecto de frustración. Se trata de una reacción incondicionada, aversiva, llamada frustración primaria, que ejerce un efecto motivacional parecido al drive o arousal.

Después de esta primera reacción, se produce un proceso de condicionamiento de las respuestas anticipatorias de la frustración primaria, llamada frustración secundaria o condicionada. Las respuestas que provoca son de conflicto y ansiedad, debido a que los estímulos están asociados con dos tipos de respuestas: apetitivas y aversivas (Mustaca, 2018).

Según APA (2018c), la frustración se define como una serie de impulsos o acciones que impiden a las personas obtener algo que se les ha hecho esperar basándose en experiencias pasadas, como cuando se impide a un animal hambriento obtener comida que pueda ver u oler, o cuando se impide a un niño jugar con un objeto visible (juguete). Las fuerzas internas pueden incluir conflictos e inhibiciones motivacionales. Las fuerzas externas pueden incluir las acciones de otros individuos, las advertencias de los padres u otras personas y las reglas de la sociedad.

Encontramos términos relacionados estrechamente con la frustración como pueden ser la vergüenza. Para Lewis (2000) la vergüenza es un sentimiento que surge cuando se da una evaluación negativa del yo de carácter global. La experiencia fenomenológica de la persona que experimenta vergüenza es el deseo de esconderse, de desaparecer (“tierra trágame”). Es un estado muy desagradable, que provoca la interrupción de la acción, una cierta confusión mental y cierta dificultad, cierta torpeza, para hablar. En la medida en que supone un ataque global al yo que resulta muy doloroso, la persona va a intentar librarse de este estado emocional. Pero ello no resulta tan fácil como reparar una acción concreta, y a menudo la persona, a fin de librarse de la vergüenza, acaba recurriendo a mecanismos tales como la reinterpretación de los eventos, la disociación del yo, el olvido (represión) de la situación. Pascual et al. (2003) definen la vergüenza moral, indicando que presenta claros rasgos de la vergüenza (mayor influencia del juicio ajeno, percepción de un acto como menos controlable, mayor tendencia a la huida), además de algunos rasgos en común con la culpa, en particular la tendencia a la reparación, pero también el hecho de que el acto que la provoca es percibido por la persona no simplemente como un comportamiento no deseable, sino malo ética/moralmente, tal como ocurre en el caso de la “culpa interpersonal”, el tipo de culpa más frecuente (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Otro término que relacionamos con la frustración es la culpa. Para Etxebarria, Conejero, Martínez, Muñoz y Pérez (2003) existen dos tipos de culpa claramente diferenciados. La culpa “freudiana”, una culpa que hunde sus raíces en la ansiedad asociada a la transgresión y que incluye asimismo fuertes dosis de agresividad dirigida básicamente hacia el propio individuo, pero también para el exterior. Se compone de rabia, ansiedad y enfado con uno mismo. Por otro lado, tenemos la culpa empática, una culpa que surge cuando la persona siente empáticamente el dolor ajeno y se percibe como el agente causal de dicho dolor. Fuertemente asociados con la culpa freudiana y más débilmente con la culpa empática encontramos factores como son el miedo, asco, vergüenza y baja autoestima (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

1.3.4.10. La alegría

Encontramos a autores como Seligman (2017) quien aborda el término de alegría como un componente de la felicidad, siendo una parte integral de la experiencia humana positiva. Según Morales y Cuenca (2003) la alegría consiste en el cumplimiento de nuestras expectativas, deseos y proyectos, lo que provoca un sentimiento positivo, acompañado de un sentimiento de ligereza y de ensanchamiento del ánimo.

Ekman (2017) define la alegría como un sentimiento positivo que surge como consecuencia de un evento favorable que nos afecta directa o indirectamente, ya sea por lograr una meta deseada o experimentar la disminución de un malestar. Por su parte, Fernández-Abascal y Martín (2009) caracterizan la alegría como una emoción que se manifiesta a través de un sentimiento positivo en respuesta a la consecución de metas u objetivos deseados, o cuando se experimenta una reducción en un estado de malestar.

Según Ortony, Clore y Collins (1988), la alegría se origina a partir de la evaluación positiva de las consecuencias de un evento, en términos de su impacto en las metas de una persona. Cuando estas consecuencias son valoradas como deseables y contribuyen a alcanzar objetivos, se experimenta la emoción de la alegría. Lazarus (1991) agrega que la alegría surge como resultado de la valoración que realiza un individuo sobre la consecución de un bien deseado (Sevilla Moreno, 2015). En conjunto, estas perspectivas destacan la naturaleza positiva de la alegría y su vinculación estrecha con la consecución de metas y la experiencia de bienestar.

Según APA (2018d) la felicidad se considera una emoción de alegría, satisfacción y bienestar.

1.3.4.11. Cómo analizar las emociones : El Modelo FEI

Las emociones son un fenómeno complejo, tradicionalmente estudiado desde la neurociencia y la psicología. Según las líneas anteriores, las Ciencias Sociales y Sociosanitarias han abordado el estudio de las mismas, pero no han podido copiar los métodos de otras disciplinas que han realizado una introspección al cerebro humano y a las reacciones fisiológicas que se provocan en el proceso de generación emocional.

Cuando estudiamos las emociones en un contexto de cooperación internacional se hace desde una perspectiva diferente. Existen técnicas de análisis de las emociones que las ciencias sociales ponen a disposición de los investigadores y son:

a) La entrevista en profundidad: Por entrevistas cualitativas en profundidad podemos entender los reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas (Taylor y Bogdan, 2008).

b) La encuesta: la encuesta cualitativa es el estudio de la diversidad (no de la distribución) en una población. Algunos autores como Fink (2003) mencionan en su manual *The Survey Handbook* el uso de la encuesta cualitativa para la exploración de significados y experiencias (Jansen, 2013). Además, a través de la encuesta se puede recoger información sobre el estado emocional o anímico del entrevistado con respecto a un fenómeno social o una situación. Por ejemplo, El Centro de Investigaciones Sociológicas, preguntó a la población española si sintió miedo a salir a la calle y contagiarse en una situación de confinamiento (Sotomayor, 2022).

c) Análisis epistolar: El método biográfico o epistolar comenzó a utilizarse y conocerse como una técnica en las ciencias sociales, fundamentalmente desde 1900 y 1920 con la obra de Thomas y Znaniecki (2006) sobre los campesinos polacos. Las cartas, de una manera no intencionada por parte de los escribientes, expresan emociones explícitamente o relatan situaciones intensamente emocionales que suelen mostrar una

riqueza extraordinaria para la investigación de la cooperación internacional y otras situaciones de crisis humanitaria. No obstante, entendemos que forman parte del pasado y que dan paso a lo que muestran las redes sociales. Particularmente, en una situación de crisis humanitaria, las redes sociales reproducen de manera exponencial el sentir de los afectados y el posicionamiento emocional de la sociedad. También ha sido muy comúnmente utilizada la técnica de la historia de vida, que designaba tanto la historia recogida por el investigador, complementando los documentos y entrevistas sobre esa vida con el trabajo elaborado a partir de ella. Las principales características de las historias de vida son: (a) se centran en las vidas de los individuos; (b) tienen un carácter más personal que otros tipos de investigación cualitativa; (c) tienen una orientación práctica y de cambio; (d) testimonios que recogen la subjetividad. En cuanto a las fuentes de recogida de la información, las más utilizadas en esta metodología son los diarios, los documentos personales, las autobiografías, las cartas, las observaciones, las entrevistas, los libros y los artículos, entre otros (Ramírez, 2011; Pujadas, 2000).

Lamentablemente existe poca literatura científica que ofrezca indicaciones desde un enfoque holístico sobre los métodos que se deben utilizar en el proceso de análisis de las emociones desde las ciencias sociales.

Recientemente, el modelo analítico FEI (Felt, Expressed and Identified emotions) (Ver tabla 7), desarrollado por Sotomayor (2023a), aporta una herramienta metodológica para entender las emociones desde una perspectiva de las Ciencias Sociales con una aplicación interesante al ámbito de la cooperación internacional. A pesar de que la sociología ha integrado el estudio de las emociones de manera relativamente reciente, en esta investigación Sotomayor propone tres dimensiones analíticas cruciales para la comprensión de las emociones humanas. Estas dimensiones se han clasificado considerando el papel del tejido social en la experiencia, manifestación y reconocimiento de las emociones, así como la responsabilidad interpretativa del investigador. El Modelo FEI se ofrece como un marco fundamental para estructurar el análisis y dirigir la investigación hacia descubrimientos en diversos estratos de la realidad social, el comportamiento y la manifestación emocional humana (Ver tabla 7).

Aplicando el modelo FEI (Ver tabla 6) al contexto de la cooperación internacional, se desagrega la observación de las emociones en tres campos o ámbitos de análisis: el ámbito de las emociones que son sentidas, el segundo ámbito de las emociones que son expresadas y el tercero aquellas emociones identificadas. Parte de la teoría de que el

contexto social de la persona tiene una gran influencia en la generación, expresión e identificación de las emociones. Las emociones se crean según las predicciones que se hagan del acontecimiento que nos sucede y según nuestro aprendizaje y socialización.

Por este motivo, el cerebro no solo identifica las emociones por los signos corporales, o gestos faciales, sino que realiza una interpretación en base a las experiencias pasadas. Por tanto, y tomando como referencia los estudios y descubrimientos de Feldman Barret (2017), en un contexto de investigación social, la interpretación de las emociones no puede desligarse de estas interpretaciones y del contexto cultural.

Tabla 7.

El modelo analítico FEI (Felt, Expressed and Identified emotions)

Acceso a las emociones	Sentidas	Expresadas	Identificadas
Naturaleza	Emociones implícitas	Emociones explícitas	Emociones implícitas
Cuerpo en el que operan	Individuo	Individuo/social	Social
Responsabilidad en la interpretación	Investigador	Individuo sintiente	Investigador
Intención de comunicar la emoción	No	Si	No
Indicador	Arousal; Neurotransmisores hormonales; Expresión Facial; Cambios Psicológicos. Testimonios orales o escritos en los que existan emociones implícitas	Lenguaje oral y escrito	Visualización, canales auditivos, expresiones verbales
Rutas de transmisión	Expresión verbal, lenguaje escrito (testimonios, discurso), comunicación digital.	Expresión verbal, lenguaje escrito (testimonios, discurso), comunicación digital	Acciones humanas individuales y colectivas (pintura, música, arte urbano, acciones)
Momento	Diacrónico/temporal (pasado/presente)	Sincrónico	Diacrónico/atemporal
Técnicas de recolección de datos	FMRI (resonancia magnética funcional). Análisis documental, análisis epistolar. Análisis del discurso; Entrevistas en profundidad; Historias de vida; Grupos de discusión; Entrevistas conjuntas; Trabajo de memoria. Método experimental	Encuesta de emociones Método de muestreo por experiencia Rueda de emociones de Ginebra (GEW) Rueda de emociones de Plutchick	Observación y registro documental. Técnicas visuales. Análisis de los medios de comunicación. Análisis de un texto legislativo. Fotoelicitación

Canales	Bases de datos Redes sociales Cartas Expresión oral	Expresión verbal o escrita de una emoción	Textos legislativos Arquitectura urbana: Artes Costumbres; Iconos
----------------	--	---	--

Fuente: Sotomayor, 2023a; Ruiz-Rico Ruiz, Sotomayor y Amezcua, 2023

Sotomayor (2023b) ha ejemplificado en un contexto migratorio el modelo FEI, en el cual, las emociones de los migrantes son aprendidas y se basan en sus experiencias y sus predicciones. Mucho más que en un contexto homogéneo, en un entorno transcultural el investigador deberá manejar información adicional para interpretarlas. En el mismo sentido, a través de la aplicación del modelo FEI al contexto de cooperación internacional, y desde la hermenéutica y la interpretación de los discursos de los actores sociales implicados en un contexto de cooperación internacional, podemos acceder a las emociones sentidas. Sus discursos, el relato de los hechos, la interpretación de las situaciones de crisis humanitaria, constituyen una herramienta de enorme riqueza para el investigador. Ahora bien, el esfuerzo deberá centrarse en interpretar esas expresiones y conceptualizarlas como emociones. De ahí que necesita un estudio pormenorizado del contexto, del ámbito cultural y de los significados emocionales de una y otra cultura. El peso y la responsabilidad de esas emociones “sentidas”, según el Modelo FEI, recae en la personas o personas que las interpretan y que con facilidad pueden caer en errores de interpretación según la idea predefinida que tienen de la propia cultura. Con las emociones expresadas explícitamente por los actores sociales implicados se produce otra circunstancia, ya que a través de preguntas explícitas sobre el estado emocional, el peso recae en el respondiente. Por ejemplo, preguntar si se ha sentido miedo, o se ha sentido repugnancia. El peso interpretativo en este caso, recae en el entrevistado; aunque el rigor metodológico, en este caso, recae en la forma y la técnica de realizar las preguntas o indagar sobre el estado emocional. Finalmente, el modelo tiene en cuenta aquellas emociones identificables en un contexto en el que se puede ubicar la cooperación internacional. Como la migración, la pobreza, las crisis humanitarias o las situaciones en las cuales existe un riesgo de pérdida de vidas humanas. Son las emociones recogidas en las acciones humanas individuales y colectivas, como el arte, las banderas, la organización social en momentos de catástrofe, las canciones, la música, etc. En esta tercera vía de análisis de las emociones, se emplean la observación y el registro documental, la responsabilidad de interpretación vuelve a caer en el investigador, que de nuevo debe tener en cuenta los significados de

las emociones según los códigos culturales propios de cada cultura que intervienen en el contexto de cooperación.

Esta clasificación se ha realizado según la forma de captar una emoción con una connotación científico social. Es la clasificación analítica que nos organiza metodológicamente el acceso al conocimiento de las emociones y las vías para su análisis.

1.3.5. Gestión y afrontamiento

En el ámbito de la investigación, se destaca la relevancia del impacto del choque cultural en profesionales sanitarios desplazados en situaciones críticas. En varias ocasiones, se ha subrayado la necesidad de una formación estratégica para que estos profesionales puedan enfrentar o prevenir dicho choque cultural. Miranda Páez (2011) aboga por la instrucción mediante diversas técnicas de gestión del choque cultural y el afrontamiento emocional en situaciones críticas.

Otros expertos, como Egenes (2012), defienden la participación de estudiantes sanitarios, especialmente enfermeras, en programas educativos internacionales. Estos programas buscan que los alumnos se adapten completamente a un entorno diferente, en un país distinto, y analicen sus propios mecanismos de gestión del choque cultural. El estudio de este mecanismo ha sido abordado por Ruddock et al. (2007), quienes resaltan la importancia de que las nuevas generaciones de profesionales sanitarios participen en programas extranjeros, ya que esto incrementa su sensibilidad cultural, promueve su desarrollo personal y profesional, y fortalece la aceptación de diversas creencias sobre salud y enfermedad.

Además, Kilstoff et al. (2014) respaldan los programas en el extranjero para futuros profesionales sanitarios, argumentando que esta experiencia expone a los alumnos a diferentes sistemas sanitarios y pacientes, contribuyendo así a la gestión del choque cultural en los profesionales desplazados. Sin embargo, el pionero en este mecanismo fue Frisch en 1990, al estudiar el impacto de las experiencias internacionales de atención a la salud en enfermeras. Sus hallazgos demostraron un mayor desarrollo cognitivo en los estudiantes desplazados en comparación con aquellos que practicaban a nivel local. Esta investigación resalta la importancia de exponer a los alumnos a

diversas culturas, mejorando los sistemas de salud. No obstante, es crucial considerar que, durante momentos críticos de transición en la educación o carrera de las enfermeras, como señalan Jenkins, Balneaves y Lust (2011), los estudiantes pueden experimentar dificultades para adaptarse a la nueva cultura, lo que potencia su falta de preparación y apoyo.

Según mencionaba Bochner (2003), existen diferentes redes sociales que establecen los viajeros. Una red primaria, monocultural que consiste en amistades cercanas con otros compatriotas que se quedan en estancia. La función principal de la red nacional es proporcionar un entorno en el que se puedan ensayar y expresar valores étnicos y culturales. Una red secundaria bicultural, que consiste en vínculos entre los viajeros e importantes anfitriones autóctonos como académicos, estudiantes, asesores y funcionarios gubernamentales. La función principal de esta red es facilitar instrumentalmente las aspiraciones académicas y profesionales del viajero. Una tercera red multicultural de amigos y conocidos. La función principal de esta red es proporcionar compañía para actividades recreativas, “no culturales” y no orientada a tareas (Furnham, 2012).

Pantelidou y Craig (2006) descubrieron que la calidad del apoyo social tenía un impacto significativo en la reducción del choque cultural experimentado por estudiantes inmigrantes griegos. Por otro lado, existe la posibilidad de que la importancia del apoyo recibido radique más en la fuente y las funciones específicas que cumple el apoyo social. En este sentido, la ayuda proporcionada por una red nacional de acogida es esencial, ya que a través de ella, los estudiantes extranjeros pueden aprender las habilidades sociales de la cultura anfitriona. Además, esta red nacional de apoyo es fundamental para que los estudiantes extranjeros puedan mantener y preservar su propia cultura de origen. Según la teoría, el bienestar de los estudiantes extranjeros depende de su acceso a ambas formas de redes de apoyo. Sin embargo, la evidencia indica que la mayoría de los estudiantes extranjeros carecen de pertenencia a una red nacional de acogida válida, como señala Furnham (2012). Esto sugiere que, a pesar de la teoría que aboga por el acceso a ambas redes, la realidad es que muchos estudiantes extranjeros enfrentan limitaciones en este aspecto, lo que puede influir en su bienestar y adaptación.

Un componente preventivo adicional se aborda en el estudio llevado a cabo por Schulte (2007), que propone programas de mejora de calidad como medida preventiva. Estos

programas buscan influir en las actitudes colectivas, valores y experiencias, y se estructuran en cinco etapas diseñadas para adaptarse y prepararse gradualmente para un cambio, aplicándolo específicamente a nuestro contexto. Nos referimos a la preparación para un cambio cultural. Estas cinco etapas, mencionadas por Prochaska y DiClemente (1983), son las siguientes: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Este enfoque implica la implementación gradual de un mecanismo que busca modificar las actitudes colectivas de los profesionales que están por desplazarse, asegurando que estén debidamente preparados y dispuestos para enfrentar y gestionar el choque cultural que puedan experimentar en situaciones críticas.

Según Furnham (2012), se pueden identificar diversas implicaciones con miras a asistir a estudiantes que se desplazan al extranjero en relación con las emociones perjudiciales que puedan experimentar. En primera instancia, se sugiere que el asesoramiento adopte un enfoque proactivo en lugar de reactivo, orientándose hacia estudiantes internacionales que puedan encontrarse en situaciones de vulnerabilidad. En segundo lugar, se propone que los servicios de orientación sean continuos y completos, extendiéndose más allá de sesiones iniciales poco después de la llegada del estudiante al país de destino. En tercer lugar, se aboga por la disponibilidad de un enfoque menos estigmatizado y más alternativo, accesible a través de contactos menos formales y clínicos, como grupos de interés o amistad. En cuarto lugar, se promueve la participación activa de los estudiantes en su propio proceso de adaptación, así como en el proceso educativo en su totalidad. Quinto, se sugiere la implementación de la noción del sistema de amigos, similar al utilizado en el ámbito militar estadounidense. En sexto lugar, se plantea la posibilidad de fomentar un sentido de empoderamiento entre los estudiantes mediante talleres de comunicación diseñados específicamente para ellos. Séptimo, se enfatiza la importancia de que los consejeros sean sensibles y estén capacitados en cuanto a las diferencias culturales, especialmente en lo que respecta a la manifestación de problemas psicológicos.

1.3.5.1. Modelos de afrontamiento

Por otro lado, frente a dichas situaciones estresantes de miedo y angustia existen diferentes mecanismos de gestión y afrontamiento. Una de las principales teorías sería la mencionada por Lazarus y Folkman (1984) con su *Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento*, donde consideran la importancia de la evaluación cognitiva en el

proceso de afrontamiento. A continuación mostramos la clasificación del afrontamiento presentada por Lazarus y Folkman (1984):

- Afrontamiento Centrado en el Problema:

a) Acción Directa: Implica abordar activamente el problema que está causando estrés. La persona se concentra en encontrar soluciones y toma medidas para cambiar la situación.

b) Planificación: Implica la formulación de un plan de acción para abordar el problema estresante.

c) Búsqueda de Apoyo Instrumental: Incluye buscar ayuda práctica o asesoramiento para resolver el problema.

- Afrontamiento Centrado en la Emoción:

a) Expresión Emocional: Implica la expresión de las emociones asociadas con el estrés, ya sea a través de la escritura, el habla o actividades artísticas.

b) Aceptación de la realidad: Implica aceptar la realidad de la situación estresante y adaptarse emocionalmente a ella.

c) Retiro Social: Incluye alejarse de la fuente de estrés y buscar distracciones o actividades que proporcionen alivio emocional.

Además de esta clasificación, también hay otras perspectivas que consideran factores como la adaptabilidad, la focalización cognitiva y la búsqueda de apoyo social como dimensiones importantes del afrontamiento. Algunas personas utilizan estrategias de afrontamiento mixtas, combinando enfoques centrados en el problema y en la emoción según la naturaleza del estrés. Las estrategias centradas en el problema se relacionan con resultados positivos en relación al manejo del estrés, mientras que las centradas en la emoción se relacionan con la inadaptación. Así Zeitlin (1980) propuso la clasificación de las estrategias como adaptativas o desadaptativas.

Tobin et al. (1989), reclasificaron las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes de Lazarus y Folkman según diferentes escalas:

a) Primarias: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica.

b) Secundarias: manejo adecuado centrado en el problema (resolución de problemas, reestructuración cognitiva), manejo adecuado centrado en la emoción (apoyo social, expresión emocional), manejo inadecuado centrado en el problema (evitación de problemas, pensamiento desiderativo), manejo inadecuado centrado en la emoción (retirada social, autocrítica).

c) Terciarias: manejo adecuado (manejo adecuado centrado en el problema, manejo adecuado centrado en la emoción), manejo inadecuado (Manejo inadecuado centrado en el problema, manejo inadecuado centrado en la emoción).

Otra clasificación de afrontamiento de situaciones estresantes sería la centrada en los mecanismos de la personalidad que actúan con el objetivo de que dicha situación no nos provoque ningún daño. Gómez-Mascaraque Pérez et al. (2009) mencionan algunos de los mecanismos principales:

a) Compensación: silenciar el sentimiento de inseguridad.

b) Intelectualización: buscar un lenguaje muy sofisticado para marcar la diferencia con el resto de la gente.

c) Represión: bloqueo de sensaciones y recuerdos, como forma de olvido.

d) Negación: mecanismo más frecuente, basado en negarse a reconocer las experiencias desagradables.

e) Aislamiento: se separan los recuerdos de los sentimientos.

f) Proyección: los sentimientos o ideas estresantes se dirigen hacia otras personas.

g) Introyección: introducir en uno mismo elementos de la personalidad de otros.

h) Regresión: volver a etapas anteriores en el nivel de desarrollo.

i) Formación reactiva: detiene la aparición del sentimiento doloroso sustituyéndolo por uno más agradable.

j) Condensación: unión de elementos del inconsciente en una sola imagen.

k) Sublimación: el impulso se canaliza a una forma más aceptable.

l) Racionalización: sustituir la razón real por otra que se considere más aceptable.

Añadimos a lo anterior la información aportada por el estudio realizado por la Comunidad Autónoma Vasca (Páez, Arroyo y Fernández, 1995), el cual confirmaba alguna de las formas de afrontamiento más utilizadas por las personas ante una catástrofe natural. Encontraremos:

- “Afrontamiento activo”, basado en la lucha ante el problema desarrollando un plan de actuación.
- “Afrontamiento focal racional”, centrado en el problema y la actuación en el momento adecuado, esperándolo.
- “Afrontamiento expresivo”, como una búsqueda de apoyo social, caracterizado por hablar con personas con un problema similar y mostrar así la rabia o sensaciones por lo que ha sufrido.
- Resignación.
- Evitación.

En cambio, un estudio llevado a cabo por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (ODHAG, 1998) sobre el afrontamiento de catástrofes humanitarias ha revelado ciertos afrontamientos positivos, que pueden ser llevados a cabo por las personas y comunidades afectadas por la violencia, destacando en las tres primeras su carácter colectivo:

- Afrontamiento directo y autocontrol: conjunto de mecanismos desarrollados para convivir en medio de la violencia. Reuniendo este tipo de afrontamiento el no hablar, conductas de solidaridad, resignación, resistencia directa, búsqueda de información, autocontrol y contención.
- Afrontamiento colectivo o comunitario de huida colectiva: asociado al desplazamiento, el retorno y la reconstrucción de lazos familiares.
- Afrontamiento instrumental colectivo: consiste en la precaución y vigilancia de manera colectiva, asociándose también al exilio colectivo.

- Afrontamiento emocional adaptativo: se basa en hablar y buscar consuelo, muy relacionado con la resistencia en situaciones límite, estresantes y traumáticas.
- Afrontamiento cognitivo e ideológico: se centra en el compromiso sociopolítico y la reinterpretación positiva de los hechos, es decir, comprometiéndose para modificar la realidad.

Otra clasificación para las estrategias de gestión y afrontamiento en situaciones de emergencia sería el presentado en el trabajo de Gómez-Mascaraque Pérez & Corral Torres (2009) (ver tabla 8), donde divide los afrontamientos en cognitivo-evitativo, conductual evitativo, cognitivo atencional y conductual atencional.

Tabla 8.

Afrontamientos en situaciones de emergencia

Cognitivo-Evitativo	Ignorar la sensación de dolor Negar el dolor
Conductual-Evitativo	Relajarse Tomar medicamentos Distraerse con actividades de ocio Disminuir la actividad física Mantenerse ocupado con la actividad laboral Aislarse de la gente
Cognitivo-Atencional	Rezar para que ocurra un “ <i>milagro</i> ” Auto diálogo calmante: “ <i>ya pasará</i> ”, “ <i>vendrán tiempos mejores</i> ” ... Racionalizar: intentar dar un significado a la experiencia Catastrofizar: pensar en lo peor. Imaginería: visualizar circunstancias agradables que aminoren la situación.
Conductual- Atencional	Buscar información sobre lo que ocurre Buscar apoyo social Expresión emocional de los sentimientos Realizar ejercicio físico

Fuente: Gómez-Mascaraque Pérez & Corral Torres (2009)

Existen diversas herramientas y enfoques para evaluar las estrategias utilizadas para hacer frente al estrés, mayormente derivados de la teoría propuesta por Lázarus y Folkman en 1984. Entre las más reconocidas se encuentran el cuestionario Modos de Afrontamiento (conocido en inglés como Ways of Coping instrument, WCI) desarrollado por Lázarus y Folkman en 1984; el COPE creado por Carver, Scheier y Weintraub en 1989; y el indicador de estrategias de afrontamiento (denominado en inglés The Coping Strategy Indicator, CSI) diseñado por Amirkhan en 1994 (Molina y Chinchilla, 2011).

El cuestionario Modos de Afrontamiento (WCI) de Lázarus y Folkman (1984) fue desarrollado con el propósito de evaluar las estrategias utilizadas para hacer frente al estrés, solicitando a las personas que reconstruyeran situaciones estresantes recientes y describieran sus pensamientos, emociones y acciones en esos momentos. Incluye cuatro formas fundamentales de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información, y una categoría más compleja denominada afrontamiento intrapsíquico o cognitivo (Lázarus & Folkman, 1986).

Por otro lado, Carver, Scheier y Weintraub (1989) desarrollaron el cuestionario multifactorial de afrontamiento COPE con el fin de evaluar diversos estilos con los cuales las personas responden al estrés. Este cuestionario fue aplicado a estudiantes universitarios que enfrentaban un episodio estresante específico. El COPE consta de cinco escalas que miden estrategias de afrontamiento centradas en el problema (como afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, afrontamiento restringido y búsqueda de apoyo social instrumental), otras cinco escalas enfocadas en el afrontamiento orientado a la emoción (como búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación y refugio en la religión), y tres escalas para evaluar las respuestas de afrontamiento (centradas en la ventilación de emociones, desenganche comportamental y desenganche mental).

Tras analizar las diferentes escalas existentes sobre el afrontamiento Londoño et al. (2006) desarrollaron en Colombia la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) que incluye catorce estrategias de afrontamiento: (a) búsqueda de alternativas, (b) conformismo, (c) control emocional, (d) evitación emocional, (e) evitación comportamental, (f) evitación cognitiva, (g) reacción agresiva, (h) expresión emocional abierta, (i) reevaluación positiva, (j) búsqueda de apoyo social, (k) búsqueda de apoyo profesional, (l) religión, (m) refrenar el afrontamiento y (n) la presente investigación consiste en la elaboración de un diagnóstico para identificar las estrategias de afrontamiento (positivas o negativas) de los técnicos de emergencias médicas utilizados posterior a las emergencias atendidas. Todo lo anterior se encuentra seguido por el diseño y aplicación de un programa que atienda las necesidades descubiertas en la fase diagnóstica, con el objetivo de cooperar con la promoción y el mantenimiento de una adecuada salud biopsicosocial y que esto se traduzca en una mejor atención para la sociedad que demanda sus servicios (Molina y Chinchilla, 2011).

1.3.5.2. La conducta prosocial

Es necesario destacar ahora el interés en investigar la influencia de la conducta prosocial en situaciones de emergencia. La conducta prosocial se define como acciones altruistas que benefician a otros sin obtener beneficios directos, incluso asumiendo riesgos en ocasiones. Se diferencia del altruismo, que implica una preocupación desinteresada por el bienestar de los demás (Baron & Byrne, 2005). El altruismo se caracteriza por anteponer las necesidades de los demás a las propias, buscando exclusivamente el beneficio del receptor y no del actor (Howard & Piliavin, 2000).

López (1994) distingue entre altruismo, como disposición orientada al bien de los demás, y conducta altruista, como acciones voluntarias con la intención de ayudar, con objeto de generar efectos positivos, sin buscar recompensas y con más costos que beneficios externos. Batson y Powell (2003) discuten la naturaleza del altruismo, y analizan si beneficiar al otro es un objetivo a mediano plazo en un camino egoísta o un acto desinteresado. Argumentan que los beneficios obtenidos, como recompensas materiales o sociales, no desacreditan la posibilidad de motivaciones altruistas genuinas. Cialdini et al (1987) proponen motivos egoístas, como mejorar la imagen pública o aliviar el estado de ánimo negativo, para explicar la mayoría de los comportamientos prosociales. Solomon, Greenberg y Pyszczynski (1991) resaltan que ayudar a los necesitados puede cumplir con estándares de valor y brindar un sentimiento de autoestima. Salovey, Mayer y Rosenham (1991) sugieren que el comportamiento de ayuda beneficia a quienes lo realizan a corto y largo plazo. Desde otra perspectiva, algunos investigadores sostienen que la conducta prosocial está vinculada a la necesidad fundamental de pertenencia, fortaleciendo la sensación de comunidad y satisfaciendo el deseo de ser valorado y apreciado por un grupo social (Baumeister & Leary, 1995).

En contraste con lo anterior, los defensores del altruismo argumentan que los beneficios derivados de ayudar no niegan la posibilidad de una motivación inicial altruista. Para Batson y Powell (2003), lo crucial para considerar una acción como altruista es la motivación inicial, más allá de los beneficios secundarios que puedan surgir. Desde este enfoque, se argumenta que no hay una conexión directa entre el comportamiento prosocial y el altruismo, en el sentido de que la primera no requiere estar impulsada por el altruismo. Bajo esta perspectiva, cualquier comportamiento altruista puede ser

etiquetado como prosocial, pero no todo comportamiento prosocial necesariamente implica altruismo (González Portal, 2000; López, 1994).

Los comportamientos prosociales son los intentos de satisfacer la necesidad de apoyo físico y emocional de otra persona (Benson, Scales, Hamilton, y Sesma, 2006; Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2004). Son conductas voluntarias (Eisenberg & Fabes, 1998) que se adoptan para cuidar, asistir, confortar y ayudar a otros (Caprara, Steca, Zelli, & Capanna, 2005). En el dominio de la ayuda se incluyen comportamientos de rescate, donación, asistencia, voluntariado y apoyo social (Pearce & Amato, 1980) y cada una de estas categorías incluye una amplia gama de comportamientos específicos (Besser, Amir, & Barkan, 2004).

Existen diferentes perspectivas entre autores respecto al concepto de conducta prosocial. Por ejemplo, Olivar (1998) limita esta conducta a comportamientos que benefician a otras personas, grupos o metas sociales, incrementando la probabilidad de generar reciprocidad positiva en las relaciones interpersonales o sociales subsiguientes. Además, destaca la importancia de preservar la identidad, creatividad e iniciativa de las personas o grupos involucrados. Por otro lado, autores como González Portal (2000) adoptan una definición más amplia, considerando como conducta prosocial cualquier comportamiento social positivo, ya sea o no motivado por altruismo. En esta perspectiva, se enfatiza la acción en sí misma, relegando el análisis de la motivación a un segundo plano. González Portal (2000) justifica esta elección argumentando que los intentos de determinar si existe o no un móvil altruista por parte del benefactor a menudo conducen a un callejón sin salida.

Según Baron et al. (2005) existen varias explicaciones a esta conducta prosocial. En primer lugar la explicación menos egoísta, según Batson (1981) se trata de la hipótesis de la empatía-altruismo, que indica que la alta empatía conduce a la acción prosocial y hace sentirse bien. Existe en ocasiones la evitación de la empatía cuando no podemos afrontar la situación y cuestionando la moralidad del altruismo selectivo. En segundo lugar, la conducta prosocial se puede explicar cómo el alivio de un estado negativo, esto es, una actividad de autoayuda. En tercer lugar, desde la teoría de la alegría empática, es decir, la persona ayuda porque desea sentirse mejor consiguiendo algo en la víctima, debiendo existir retroalimentación para que se produzca. Por último, y como explicación a la conducta prosocial desligada de la esfera afectiva, el modelo del

determinismo genético sostiene que no hay un gen que determine la conducta prosocial; si bien entre animales y personas se constatan habilidades basadas genéticamente para expresar emociones y formar vínculos emocionales.

González Portal (2000) propone una detallada taxonomía al contrastar diversos tipos de conductas prosociales. A continuación, se presenta en detalle esta categorización, que también constituye una revisión de los tipos de conducta prosocial definidos en la literatura hasta ese momento:

a) Conducta prosocial de ayuda directa versus conducta prosocial de ayuda indirecta: En la ayuda directa, el observador interviene personalmente en la situación. En cambio, la ayuda indirecta implica buscar la colaboración de otra persona que interviene directamente.

b) Conducta prosocial solicitada versus conducta prosocial no solicitada: Si la conducta se realiza en respuesta a un pedido específico, se clasifica como prosocial solicitada. En cambio, si se realiza de forma espontánea, se clasifica como no solicitada.

c) Conducta prosocial de ayuda identificable versus conducta prosocial de ayuda no identificable: Este criterio aborda la posibilidad de identificar al benefactor, o si el acto de ayuda permanece anónimo. Criterios personales, situacionales y temporales determinan el grado en que la conducta prosocial realizada es identificable.

d) Conducta prosocial de ayuda en situación de emergencia versus conducta prosocial de ayuda en situación de no emergencia: La ayuda en situación de emergencia ocurre en situaciones que implican una amenaza o daño real, con peligro que puede aumentar con el tiempo. La ayuda en situación de no emergencia está relacionada con sucesos ordinarios, previsibles y no ambiguos.

e) Conducta prosocial en situación de emergencia versus conducta prosocial institucionalizada: La conducta prosocial institucionalizada o conducta de rol se decide en un contexto tranquilo, impulsada por motivación intrínseca. En cambio, las situaciones de emergencia ocurren de manera repentina, y el factor temporal es crucial en la decisión de ayudar.

f) Conducta prosocial espontánea (no planificada) versus conducta prosocial no espontánea (planificada): En la conducta prosocial espontánea, la ayuda es simple y

constituye un hecho aislado, con contacto breve con un desconocido y sin interacción futura. En la conducta prosocial no espontánea o planificada, hay interacciones repetidas; el benefactor busca ayudar, e implica un mayor costo de tiempo. Ejemplos incluyen el trabajo voluntario sistemático, la contribución regular de dinero a instituciones de beneficencia y la asistencia en el marco de roles profesionales.

Enfoques más contemporáneos tienden a simplificar la clasificación de conductas prosociales, adoptando categorías más amplias y generales. Por ejemplo, Warneken y Tomasello (2009) proponen una distinción entre confortar, compartir, informar y ayuda instrumental. Por otro lado, Hay y Cook (2007) dividen la conducta prosocial en tres categorías principales: Sentimientos por el otro, Trabajar con otro y Atender a otro. Es notable que en estas categorizaciones más recientes se incluya el propio sentimiento (Empatía, Ser Empático, Sentimientos por el otro) como una forma de conducta prosocial. Esto refleja una tendencia a reconocer la importancia de los aspectos emocionales y empáticos en la evaluación de comportamientos prosociales.

Ciertamente, ciertos rasgos individuales, como la agradabilidad, desempeñan un papel crucial en la determinación de la conducta prosocial. La disposición a sacrificar los propios intereses en favor de los demás, la respuesta constructiva a conflictos interpersonales, la cooperación en tareas grupales, la demostración de autocontrol y la percepción positiva de los demás son elementos asociados a la agradabilidad (Caprara, Allesandri, Di Giunta, Panerai, & Eisenberg, 2010; Graziano, Habashi, Sheese, & Tobin, 2007).

Además, tanto la capacidad empática como las creencias de autoeficacia empática, se han identificado también en numerosos estudios como variables predictoras y moduladoras de la conducta prosocial (Caprara, Alessandri, & Eisenberg, 2012; Mestre, Samper, & Frías, 2002; Twenge, Baumeister, De Wall, Ciarocco, & Bartels, 2007). La capacidad empática generalmente facilita la conducta prosocial, pero se reconoce la importancia de que aquel que muestra empatía también posea habilidades para responder de manera efectiva al sufrimiento ajeno, entendido de manera amplia como malestar o niveles de bienestar inferiores a los deseables (Batson, Van Lange, Ahmad, & Lishner, 2007). La empatía, la creencia en un mundo justo, la aceptación de la responsabilidad social, el locus de control interno y el bajo egocentrismo se consideran los principales componentes de la personalidad altruista (Baron & Byrne, 2005).

Nos centraremos en la anteriormente mencionada clasificación de la conducta prosocial en situaciones de emergencia. Existen cinco pasos esenciales que conforman la decisión de ayudar o no en una emergencia o incluso a la hora de realizar una cooperación internacional. Según Baron y Byrne (2005), el primer paso consiste en percatarse de la emergencia, influyendo factores como la preocupación en factores personales o la carencia de tiempo que lo dificultan. El segundo paso consiste en interpretar una emergencia como tal; en este paso toma fuerza la ignorancia pluralista, definida como la tendencia a no hacer nada por guiarse por el ejemplo de los demás, debido al miedo a interpretar erróneamente en un grupo de extraños. Alterándose lo anteriormente explicado por factores como actuar en presencia de amigos o bajo el efecto del alcohol. El tercer paso consiste en asumir la responsabilidad. Este aspecto quedará relegado a la responsabilidad profesional de cada uno o en ocasiones, donde existe una sola persona se suprime la responsabilidad compartida y está comprobado que la persona llevará a cabo una respuesta prosocial más activa. Este paso se encuentra muy relacionado con el cuarto paso, saber qué hacer. Dado que depende de poseer las destrezas y conocimientos para poder ayudar en la mayoría de casos. Por último el quinto paso, tomar la decisión de ayudar, muchas veces obstaculizada la respuesta por el temor a las consecuencias negativas. En general existen factores situacionales que estimulan o inhiben la acción prosocial en las personas. Los estudios realizados sugieren que tendemos a ayudar más a aquellos que nos agradan o a los que no atribuimos la responsabilidad de su victimización. También influyen los modelos prosociales, tanto en el lugar de la emergencia como los transmitidos a lo largo de nuestra vida a través de la sociedad (Baron & Byrne, 2005).

También destacamos el poder de las emociones positivas o negativas en la conducta prosocial. A pesar de creer lo contrario, cuándo nos encontramos en un estado positivo y existe una emergencia tendemos a evitar la emergencia y no considerarla cómo tal, para así evitar la pérdida de nuestra felicidad. Cuando nos encontramos en un estado negativo emocionalmente la probabilidad de ayudar es menor. Exceptuando si el acto de ayudar es interesante y satisfactorio, si la emergencia no es ambigua o los sentimientos negativos no son muy intensos, entonces, aumentan las probabilidades de realizar acciones prosociales (Baron & Byrne, 2005).

1.3.5.3. ¿La resiliencia? ¿La inteligencia emocional?

Al cuestionar en qué podían influir características como la resiliencia de las personas que cooperan o su inteligencia emocional en el afrontamiento del choque cultural descubrimos una parcela muy interesante digna de mención.

Al referirnos al ámbito profesional, se distinguen tres dimensiones de competencias profesionales, particularmente en el contexto de profesionales del sector sociosanitario. En primer lugar, se encuentra la dimensión cognitiva fundamentada en el conocimiento adquirido (saber); en segundo lugar, emerge la dimensión operativa, compuesta por destrezas y habilidades técnicas (saber hacer); finalmente, se identifica la dimensión afectiva conformada por actitudes, valores, emociones y habilidades relacionales (saber ser). Nos enfocaremos en este último ámbito, ya que las conductas orientadas al cuidado no solo se rigen por la lógica, sino que nuestro ámbito afectivo juega un papel inminente, actuando como factores que inhiben o estimulan al otro a continuar. En este sentido, las emociones, su comprensión y su gestión adaptativa son determinantes en las relaciones interpersonales, al tiempo que influyen en cómo las actitudes del profesional evolucionan en las relaciones terapéuticas con los pacientes. En conclusión, es necesario desarrollar nuestra inteligencia emocional, buscando establecer una sinergia entre la razón y las emociones, considerando la naturaleza de nuestra profesión (Conangla, 2014).

Según Goleman (1996), quien popularizó el término, la inteligencia emocional es la conciencia de uno mismo, el manejo de las emociones destructivas y la empatía. Es lo que permite distinguir las personas por encima de su coeficiente intelectual, convirtiendo las comunidades en más sanas y humanas conforme progresa.

Una parte importante de este tipo de inteligencia, calificada como “la otra inteligencia”, es su origen neurobiológico. Existen una serie de “explosiones emocionales” que forman una especie de secuestro neuronal y se encuentran muy ligadas al término de la inteligencia emocional. Según indica la evidencia, en momentos críticos y drásticos un centro del sistema límbico establece un estado de urgencia y desencadena una reacción decisiva antes incluso que el neocórtex (el cerebro pensante).

La amígdala es uno de los centros del cerebro límbico (Goleman, 1996), que desempeña un papel esencial cuando los sentimientos impulsivos desbordan la razón. La

investigación realizada por LeDoux (1996) sobre la comprensión de la vida emocional descubre que los sentimientos más intensos y primitivos siguen su camino directo a la amígdala. Encargada de la impronta emocional de las situaciones estresantes vividas, puede llegar a convertirse en una falsa guía de acción para el momento presente. Es sabido que el inconsciente emocional, una vez que toma consciencia de lo sucedido (el córtex lo registra) es capaz de desprenderse de los estados de ánimo negativos, siendo la consciencia emocional clave en esta parte de la inteligencia emocional (Goleman, 1996).

Por otro lado, en el estudio conductual de la inteligencia emocional hay que tener en cuenta sus características principales: el autocontrol y la empatía. El autocontrol como medio para vehiculizar nuestros impulsos y la empatía como medida para comprender las emociones de los demás, controlando el altruismo (Goleman, 2008) (ver tabla 9). Todas las competencias descritas en la tabla 9 resultan importantes a la hora de considerar la inteligencia emocional de los cooperantes. Siendo estas explicaciones esenciales para explicar cómo en situaciones críticas puede influir nuestra inteligencia emocional en alcanzar un afrontamiento del choque cultural positivo o negativo para los cooperantes.

Tabla 9.
Características conductuales de la inteligencia emocional

COMPETENCIA PERSONAL Competencias que determinan cómo nos comportamos con uno mismo			COMPETENCIA SOCIAL Competencias que determinan cómo nos comportamos con los demás	
Conciencia de uno mismo	Conciencia emocional: Reconocer las propias emociones y sus efectos		Empatía	Comprensión de los demás: capacidad captar sentimientos y puntos de vista de otras personas e interesarnos por las cosas que les preocupan
	Valoración adecuada de uno mismo: reconocer fortalezas y debilidades			Orientación hacia el servicio: anticiparse, reconocer y satisfacer las necesidades de los demás
	Confianza en uno mismo : Seguridad en nuestra propia valoración y capacidades			Aprovechamiento de la diversidad: aprovechar las oportunidades que nos brindan diferentes tipos de personas
				Conciencia política: capacidad de darse cuenta de las corrientes emocionales y las relaciones de poder subyacentes en el grupo

Autorregulación	Autocontrol: Capacidad de manejar adecuadamente emociones e impulsos	Habilidades sociales	Influencia: utilizar tácticas de persuasión eficaces
	Confiabilidad: Fidelidad al criterio de sinceridad e integridad		Comunicación: emitir mensajes claros y convincentes
	Integridad: Asumir la responsabilidad de nuestra actuación personal		Liderazgo: inspirar y dirigir a grupos y personas
	Adaptabilidad: Flexibilidad para afrontar los cambios		Catalización del cambio: iniciar o dirigir los cambios
	Innovación: sentirse cómodo y abierto ante las nuevas ideas, enfoques e información		Resolución de conflictos: capacidad de negociar y resolver conflictos
Motivación	Motivación de logro: Esforzarse por mejorar o satisfacer un criterio de excelencia		Colaboración y cooperación: ser capaces de trabajar con los demás en la consecución de una meta común
	Compromiso: secundar los objetivos de un grupo		Habilidades de equipo: ser capaces de crear la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas
	Iniciativa: prontitud para actuar cuando se presenta la ocasión		
	Optimismo: persistencia en la consecución de los objetivos a pesar de los obstáculos y contratiempos		

Fuente: Goleman, 1999

El modelo de Salovey y Mayer (1990) es uno de los primeros y más influyentes modelos de inteligencia emocional. Este modelo se centra en las habilidades específicas que conforman la inteligencia emocional y ha influido en el desarrollo posterior de teorías y medidas en este campo. El modelo de Salovey y Mayer (1990) identifica cuatro habilidades principales relacionadas con la inteligencia emocional:

- a) Percepción emocional: Esta habilidad implica la capacidad de percibir y reconocer las emociones en uno mismo y en los demás. Incluye la capacidad de identificar expresiones faciales, tonos de voz, gestos y otros signos de emoción.
- b) Facilitación emocional: Se refiere a la capacidad de utilizar las emociones para mejorar el pensamiento y la toma de decisiones. Las emociones, según este modelo, pueden proporcionar información valiosa que puede ser utilizada de manera efectiva en la resolución de problemas y la toma de decisiones.

c) Comprensión emocional: Implica la capacidad de comprender las complejidades de las emociones, incluyendo la capacidad de comprender las transiciones emocionales y las relaciones entre diferentes emociones.

d) Regulación emocional: Esta habilidad se relaciona con la capacidad de manejar y regular las emociones propias y las de los demás. Incluye estrategias para gestionar el estrés, controlar impulsos y adaptarse emocionalmente a diferentes situaciones.

El modelo de Salovey y Mayer (1990) destaca la importancia de estas habilidades para el funcionamiento emocional efectivo y sostiene que la inteligencia emocional puede aprenderse y desarrollarse a lo largo del tiempo. Este modelo ha sido influyente en la conceptualización de la inteligencia emocional y ha proporcionado una base para el desarrollo de herramientas de medición, como la Escala de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT), que evalúa las habilidades emocionales de una persona según este enfoque. La investigación y desarrollo en el campo de la inteligencia emocional han evolucionado desde la presentación de este modelo, pero sigue siendo una referencia importante en la literatura sobre este tema.

Bar-on (1997) describe la inteligencia emocional como el conocimiento y un conjunto de habilidades emocionales y sociales que influyen en nuestra capacidad para hacer frente con eficacia a las demandas de nuestro entorno. Define esta habilidad basada en la capacidad del individuo de entender de manera efectiva. Sumándose a esto su capacidad de controlar, expresar y manejar sus emociones. Bar-on (2006) desarrolló un modelo integral de inteligencia emocional conocido como el "Modelo de Inteligencia Emocional de Bar-On" o "EQ-i" (Inventario de Inteligencia Emocional). Su modelo clasifica las capacidades emocionales en dos tipos; el primero se centra en las capacidades básicas y el segundo se refiere a la capacidad de facilitar. Ambos se dividen en cinco áreas principales (Shmueli Gabel, Dolan, & Luc Cerdin, 2005):

- Habilidades intrapersonales: consisten en una evaluación general de la autoidentificación del individuo. Esta habilidad consiste en ser consciente, comprender y relacionarse con los demás a través de nuestra autoconciencia emocional, asertividad, autorrealización y la independencia emocional.
- Habilidades interpersonales, que incluyen la empatía, la responsabilidad social y las relaciones sociales, así como la capacidad de gestionar emociones fuertes y las unidades de control personal.

- Capacidad de adaptación o también llamada la capacidad que posee el individuo para evaluar correctamente el mundo que lo rodea y de manera eficiente adaptarse a las nuevas situaciones, junto con la capacidad de crear soluciones adecuadas a los problemas cotidianos. Incluye las nociones de prueba de realidad, la flexibilidad y habilidades para resolución de problemas o, en general, la capacidad de adaptarse a los cambios y resolver problemas de índole personal y social.
- El manejo del estrés, entendido como la capacidad tanto de tolerar el estrés como de mantener unidades personales bajo control.
- Estado general de la mente, la capacidad de mantener y transmitir una visión de la vida positiva y optimista. Este componente se proyecta en dos dimensiones: el optimismo y la felicidad.

Además, la capacidad de enfrentarse a ciertas situaciones críticas va a depender en gran medida de la estrategia predominante en el enfrentamiento de problemas, que a su vez viene determinada, en la mayoría de casos, por su inteligencia emocional. El estilo pasivo favorece la huida o la no-acción, como sensación de estar perdido, o pérdida del control. El estilo agresivo, donde la ira se convierte en una conducta agresiva hacia los que nos rodean en una situación de crisis. Y el estilo asertivo, el más complicado, pero a la vez el más sano emocionalmente, que nos conecta con la realidad, pero sin perder la capacidad de lucha. De este modo, las personas deberían encontrarse en un continuo proceso de mejora y desarrollo personal, sobre todo en lo que refiere a competencias emocionales; solo así podrán ser de ayuda en este tipo de situaciones críticas, donde el choque cultural anteriormente mencionado también ejerce su presión, a parte de la gravedad objetiva de la situación crítica (Conangla, 2014).

Según lo expuesto, cobra relevancia la adquisición de competencias en inteligencia emocional. La inteligencia emocional no está predeterminada genéticamente ni se halla exclusivamente desarrollada en la infancia. Su desarrollo es un proceso gradual a lo largo de toda la vida, permitiendo asimilar lecciones valiosas de las experiencias individuales (Goleman, 1999).

En el ámbito de la empatía, un tercio de su manifestación afectiva se atribuye a factores genéticos, según investigaciones realizadas por Davis, Luce y Kraus en 1994, quienes estudiaron 800 pares de gemelos y mellizos. Contrariamente, la totalidad de la empatía

cognitiva y dos tercios de la empatía afectiva se vinculan a factores ambientales. Así, aunque todos poseemos una predisposición biológica y cognitiva hacia la empatía, nuestras experiencias predominantes pueden inhibir o potenciar este aspecto. En cierto sentido, tanto las experiencias como las variaciones genéticas sugieren que las mujeres tienden a exhibir una mayor capacidad empática. La afinidad empática también se intensifica cuando las características de la persona que recibe la ayuda se asemejan a las nuestras, compartimos vivencias traumáticas similares, o existe una afinidad ideológica (Goleman, 1999). No obstante, ante catástrofes de magnitud significativa, como el atentado a las Torres Gemelas el 11 de septiembre de 2001, estos factores se vuelven irrelevantes, dado el impacto emocional generado (Baron & Byrne, 2005).

En el ámbito de la atención sociosanitaria, los profesionales pueden experimentar una sobrecarga emocional que rebasa sus propios recursos de afrontamiento. En este contexto, la resiliencia emerge como una capacidad fundamental, definida como la habilidad de un individuo para resistir y enfrentar de manera efectiva las crisis y adversidades, incluyendo el choque cultural inmediato. Este fenómeno ha llevado a considerar la evaluación de la resiliencia en los profesionales de emergencias como un área de estudio pertinente (Miranda Paéz, 2011).

El modelo de resiliencia de Seligman (2018) se basa en la idea central de la psicología positiva, que busca entender y promover aspectos positivos de la experiencia humana, como la felicidad, el optimismo y la resiliencia. Seligman propuso el modelo PERMA, que representa cinco elementos clave para lograr una vida plena y satisfactoria:

- a) Positive Emotion (Emoción Positiva): Este componente se refiere a la capacidad de experimentar y cultivar emociones positivas, como la alegría, el amor y la gratitud. La presencia de emociones positivas contribuye significativamente al bienestar emocional y a la resiliencia.
- b) Engagement (Compromiso): Se refiere a la participación activa y completa en las actividades y experiencias de la vida. El compromiso implica estar inmerso en tareas que desafían y estimulan, lo que conduce a un estado de flujo, una sensación de absorción total en la actividad.
- c) Relationships (Relaciones): La calidad de las relaciones interpersonales es crucial para la resiliencia. La conexión social y las relaciones positivas con otras personas

desempeñan un papel fundamental en el bienestar emocional y en la capacidad de superar desafíos.

d) Meaning (Sentido): La búsqueda y el establecimiento de un propósito y significado en la vida son esenciales para la resiliencia. Tener un sentido claro de los valores y metas personales proporciona una base sólida para enfrentar dificultades.

e) Accomplishment (Logro): Este elemento se refiere al logro y al sentido de competencia. La capacidad de establecer metas, perseguirlas y experimentar logros contribuye a una sensación de autoeficacia y resiliencia.

El modelo PERMA resalta la necesidad de estos cinco elementos en la construcción de una vida completa y resiliente. A través de la promoción de emociones positivas, el compromiso activo, las relaciones significativas, el sentido de la vida y los logros personales, Seligman (2018) propone un enfoque integral para mejorar la calidad de vida y fortalecer la resiliencia emocional. Este modelo ha influido significativamente en la psicología positiva y en los esfuerzos para comprender y fomentar la resiliencia en diferentes contextos.

Autores como Reivich y Shatté (2002) proponen un enfoque basado en habilidades para mejorar la resiliencia emocional. En su libro *“The Resilience Factor”* identifican siete habilidades específicas que pueden ser cultivadas para fortalecer la capacidad de afrontar desafíos y superar adversidades. Estas habilidades son conocidas como las siete habilidades de la resiliencia:

a) Optimismo Realista: Esta habilidad implica mantener una perspectiva positiva pero realista sobre la vida. No se trata simplemente de ser optimista sin fundamento, sino de evaluar situaciones de manera objetiva y encontrar formas constructivas de abordar los desafíos.

b) Conciencia Emocional: Desarrollar la capacidad de reconocer y comprender las propias emociones y las de los demás. La conciencia emocional permite una respuesta más efectiva a las situaciones difíciles y facilita la regulación emocional.

c) Control de Impulsos: Esta habilidad implica la capacidad de resistir impulsos inmediatos en favor de metas a más largo plazo. El control de impulsos es esencial para tomar decisiones informadas y evitar respuestas reactivas ante el estrés.

d) **Análisis Causal:** Consiste en entender las causas subyacentes de los eventos y situaciones. Al comprender las razones detrás de los desafíos, se pueden identificar estrategias efectivas para abordarlos y superarlos.

e) **Empatía:** Desarrollar la empatía implica comprender y conectarse emocionalmente con las experiencias de los demás. La empatía fortalece las relaciones interpersonales y facilita el apoyo mutuo durante momentos difíciles.

f) **Autoeficacia:** La autoeficacia se refiere a la creencia en la propia capacidad para enfrentar desafíos y lograr metas. Desarrollar una sólida autoeficacia contribuye a la resiliencia al proporcionar la confianza necesaria para superar obstáculos.

g) **Buscar Apoyo:** Esta habilidad implica la disposición y la capacidad para buscar apoyo social cuando es necesario. Conectarse con otras personas y compartir experiencias puede proporcionar una red de apoyo valiosa durante momentos difíciles.

Estas siete habilidades son consideradas fundamentales para el desarrollo de la resiliencia emocional. Reivich y Shatté (2002) argumentan que al cultivar estas habilidades, las personas pueden mejorar su capacidad para adaptarse a situaciones difíciles, aprender de las experiencias y mantener un bienestar emocional a largo plazo.

Autores más actuales como Feldman Barret (2017) han revolucionado el mundo de las emociones y la concepción de la inteligencia emocional.

De este modo, la resiliencia, entendida como la capacidad de recuperarse y adaptarse frente a la adversidad, se presenta como un factor clave para afrontar los retos del choque cultural. En un mundo en constante cambio, la capacidad de recuperarse de experiencias difíciles y aprender de ellas es fundamental para el desarrollo personal y profesional.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar las afectaciones del choque cultural en los profesionales sociosanitarios desplazados en proyectos de cooperación internacional y los diferentes mecanismos de gestión y afrontamiento ante situaciones críticas.

2.2. Objetivos específicos

- Constatar la existencia de choque cultural en profesionales sanitarios desplazados en cooperación internacional en situaciones críticas.
- Identificar las situaciones en que se produce este choque cultural y sus expresiones.
- Analizar el efecto que produce el choque cultural en el estado emocional del cooperante y las afectaciones sobre su actividad profesional.
- Conocer los mecanismos de afrontamiento que utiliza el cooperante para minimizar los efectos del choque cultural.
- Analizar la instrucción previa recibida por los cooperantes sobre técnicas que fomenten la inteligencia emocional o la gestión y afrontamiento de situaciones difíciles.

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Al comenzar el estudio con el proyecto de investigación, pretendemos seguir las recomendaciones de Contandriopoulos y sus colaboradores, adaptando su modelo de preparación de proyectos al estudio que deseábamos llevar a cabo (Contandriopoulos et al, 1991). En la fase de conceptualización del problema, intentamos abordarlo desde la perspectiva vivida por los autores del estudio. La elección de la estrategia de investigación y la planificación de la investigación se basaron en la experiencia de los directores de tesis en el campo de la investigación cualitativa, quienes desempeñaron un papel fundamental en la orientación del proyecto (Amezcu y Palacios Ramirez, 2015). Finalmente determinamos la realización de un estudio cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico; la investigación cualitativa se centra en la exploración profunda de las experiencias y percepciones individuales. En el contexto de los cooperantes internacionales, este enfoque permite capturar las emociones, los pensamientos y las reacciones personales ante las diferentes situaciones críticas y sus correspondientes choques culturales. Estas experiencias suelen ser subjetivas y complejas, y la investigación cualitativa ofrece la flexibilidad necesaria para desentrañarlas. La investigación cualitativa permite una comprensión contextualizada y holística de las interacciones culturales. Cuando los cooperantes se desplazan a países del tercer mundo, están inmersos en una red compleja de factores culturales, sociales y políticos. La investigación cualitativa permite examinar cómo estos factores se entrelazan y afectan las experiencias de los cooperantes. Se pueden identificar patrones emergentes y matices que serían difíciles de capturar con métodos cuantitativos más rígidos (Velasco y Diaz de Rada, 1997; Amezcu y Palacios Ramirez, 2015). Como entrevistadores, la investigación cualitativa fomenta la empatía y la comprensión. Al utilizar entrevistas en

profundidad los investigadores hemos podido acercarnos a los cooperantes con sensibilidad y escuchar sus historias de manera significativa, enriqueciendo la investigación (Taylor y Bogdan, 2010). Elegimos dicha metodología porque lo que nos interesaba era conocer cómo experimentan el choque cultural los cooperantes y cómo lo gestionan una vez se produce, es decir, conocer en fenómeno “desde dentro” y a partir de ahí conceptualizarlo (Amezcuza y Palacios Ramirez, 2015).

Para asegurarnos de la idoneidad del tipo de estudio elegido, realizamos una prueba piloto con una primera muestra que constaba de seis entrevistas. Tras un análisis inicial de los datos, pudimos comenzar a identificar las categorías principales y orientar teóricamente el resto del estudio. Esto nos permitió ajustar el guión de la entrevista semiestructurada, demostrando así que el diseño de estudio seleccionado era apropiado para la investigación que estábamos llevando a cabo.

3.2. Población del estudio

La población del estudio son cooperantes internacionales sociosanitarios. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Personas tituladas en: enfermería, medicina, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), psicología y trabajo social.
- Que hayan realizado su desplazamiento internacional en los últimos veinte años previos al inicio del estudio.

La población entrevistada ha sido seleccionada a través de un muestreo por conveniencia, utilizando la técnica de la bola de nieve dada la facilidad de los investigadores, por sus condiciones laborales, para encontrar participantes con las características más representativas para el estudio. En los estudios cualitativos la selección de los participantes no depende de la aleatoriedad sino en su grado de adecuación al estudio a realizar. La selección se detuvo tras 27 entrevistas, cuando la información era redundante y era evidente que habíamos alcanzado la saturación de los datos.

En un primer momento propusimos obtener cooperantes que hubiesen realizado sus tareas de cooperación en los últimos diez años, pero dada la cantidad de catástrofes y fenómenos que sucedieron en la década anterior y la posibilidad de acceder a

profesionales que habían vivido experiencias que podían enriquecer encarecidamente el estudio, ampliamos a veinte años dicho criterio de inclusión. En cuanto a las características sociodemográficas (ver anexo j), participaron cooperantes entre los 22 y los 62 años, siendo la edad media de los participantes de 40 años aproximadamente. La mayoría fueron mujeres (81,5%) siendo, en general, mucho más abiertas y accesibles a la hora de hablar de sus emociones. Algo más de la mitad de las personas entrevistadas fueron enfermeras y enfermeros (55,5%) y en menor proporción, médicos y médicas (22,2%), matronas (7,4%), una técnica de cuidados auxiliares de enfermería (3,7%), una psicóloga (3,7%) y dos trabajadoras sociales (7,4%). Encontramos pequeñas diferencias en torno a cómo se producía ese impacto cultural según las profesiones aunque todas las personas entrevistadas lo expresaron a través de sus emociones, en diferentes formas y niveles. Otro factor sociodemográfico que observamos fue el de la duración de la estancia. La mayoría de las personas entrevistadas (81,5%) realizaron estancias cortas, menores de un año, y el resto superiores al año de duración. Pudimos observar diferencias significativas en las personas que cooperan de manera prolongada en el tiempo, expresando emociones asociadas al distanciamiento constante de su lugar de origen y a menor choque cultural en experiencias cotidianas. Aunque sí han expresado dicho choque en cuestiones culturales más específicas una vez adaptadas al lugar donde se encuentran.

Entre los diferentes destinos donde han realizado cooperaciones las personas entrevistadas se encuentran 35 países (Ver tabla 10): Zaire, Mozambique, Guatemala, Bolivia, Nicaragua, Túnez, Kenia, Chile, Sahara, Ecuador, Haití, Costa de Marfil, Honduras, Costa Rica, India, Gambia, Sudáfrica, Guinea-Bissau, Etiopía, República Dominicana, Camerún, Paraguay, Turquía, Tanzania, Indonesia, Burundi, Palestina, Perú, Guinea Ecuatorial, Madagascar, Grecia, Santo Domingo, Uganda, Filipinas y Mauritania.

Han cooperado con 38 entidades gubernamentales y no gubernamentales como (Ver tabla 10): Misión Católica del Zaire, Siervas de San José, Médicos Sin Fronteras (MSF), Quesada Solidaria, IFMSA-SPAIN, Colegio de Enfermería de Cantabria, Enfermeras para el Mundo, ALOUDA, Fundación AYMY, Solidaridad Educación Desarrollo (SED), Universidad de Málaga, Acoes, Universidad de Córdoba, Fundación Madre Teresa de Calcuta, SETEM Córdoba, Solidaridad Médica España, Zerca y Lejos, ONG Denok Osasunarem Alde Doa / Todos Por La Salud, Hijas de la Caridad, Fundación

Semillas de Esperanza, Universidad de Granada, Programa de Voluntariado de la Diputación de Huelva (Ingeniería Sin Fronteras), Asociación de Investigación y Especialización Sobre Temas Iberoamericanos (AIETI), Kuwonku ONG, Santa Rosa de Copán, Agencia Española de Cooperación Internacional dentro del Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta en Emergencias (equipo STAR), Universidad de Jaén, Semillas de Esperanza (Guatemala), Médicos del Mundo, Amigos del Sahara libre de Linares, Universidad de Jaén, Semillas de Esperanza, Se Puede Hacer ONG, Misiones Diocesanas de Córdoba, Fundación La Arruzafa, Bomberos Unidos Sin Fronteras, Bomberos en Acción y World Project ONG.

Tabla 10. Características sociodemográficas de las personas entrevistadas						
INFORMANTE	SEXO	EDAD	PROFESIÓN	DURACIÓN	DESTINO	ORGANIZACIÓN
Quetzal	Mujer	59	Médica	Larga	Zaire, Mozambique, Guatemala y Bolivia.	Misión Católica del Zaire, Siervas de San José y Médicos Sin Fronteras (MSF)
Guardabarranco	Mujer	22	Enfermera	Corta	San Rafael del Norte (Nicaragua)	Quesada Solidaria
Rinoceronte Blanco	Hombre	29	Médico	Corta	Túnez, Kenia y Chile	IFMSA-SPAIN
Antílope Blanco	Mujer	27	Enfermera	Corta	Sahara	Colegio de Enfermería de Cantabria
Kanson Wouj	Mujer	40	Enfermera	Corta	Bolivia, Ecuador, Sahara y Haití	Enfermeras para el Mundo, ALOUDA y Fundación AYM.
Manatí	Mujer	37	Enfermera y fisioterapeuta	Corta	Haití y Sahara	Colegio de Enfermería de Cantabria
Hipopótamo Pigmeo	Mujer	60	Enfermera Gestora de Casos	Corta	Costa de Marfil	Solidaridad Educación Desarrollo (SED)
Colibrí Esmeralda	Mujer	29	Trabajadora Social	Corta	Comayagüela (Honduras)	Universidad de Málaga y Acoes

Lobo etiope	Mujer	35	Médica (Pediatra)	Larga	San José (Costa Rica), Calcuta (la India), Nicaragua, Gambia, Sudáfrica, Manhiça (Mozambique) , Guinea-Bissau y Etiopía	Universidad de Córdoba, Fundación Madre Teresa de Calcuta, SETEM Córdoba y Médicos Sin Fronteras (MSF).
Panthera onca	Mujer	29	Matrona	Corta	Río Ichoa (Comunidades Indígenas Cochabamba, Bolivia)	Solidaridad Médica España
Jucumari	Mujer	26	Psicóloga	Corta	Río Ichoa (Comunidades Indígenas Cochabamba, Bolivia)	Solidaridad Médica España
Tapir de Nicaragua	Hombre	62	Enfermero	Corta	Guatemala, Nicaragua, República Dominicana, Camerún (África) y Bolivia	Quesada Solidaria, Zerca y Lejos, ONG Denok Osasunarem Alde Doa / Todos Por La Salud.
<i>Rana de Mozart</i>	Mujer	59	Enfermera y monja	Larga	Haití y República Dominicana	Hijas de la Caridad
<i>Guacamaya roja</i>	Mujer	29	Enfermera	Corta	Guatemala	Quesada Solidaria
<i>Kudu mayor</i>	Mujer	30	Enfermera	Corta	Mozambique y Guatemala	Fundación Semillas de Esperanza y Máster Cooperación Internacional Granada
Pájaro Campana	Mujer	38	Trabajadora Social	Larga	República Dominicana y Paraguay	Programa de Voluntariado de la Diputación de Huelva (Ingeniería Sin Fronteras) y Asociación de Investigación y Especialización Sobre Temas Iberoamericanos (AIETI)
Sitatunga	Mujer	30	Matrona	Corta	Kuwonku (Gambia)	Kuwonku ONG

Camello Árabeto	Mujer	58	Enfermera	Corta	Honduras, Etiopía, Sahara, Guatemala y Turquía	Santa Rosa de Copán, Agencia Española de Cooperación, Universidad de Jaén, Semillas de Esperanza (Guatemala), Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta en Emergencias (equipo STAR)
Colobo Rojo	Hombre	60	Médico	Larga	Zanzíbar, Tanzania e Indonesia	Médicos del Mundo
Búho del Sahara	Mujer	56	Enfermera	Corta	Sahara, Guatemala, Nicaragua, Burundi, Palestina y Turquía	Amigos del Sahara libre de Linares, Universidad de Jaén, Quesada Solidaria, Semillas de Esperanza, Se Puede Hacer y el equipo STAR
Chimpancé Bonobo	Hombre	35	Enfermero	Corta	Antigua (Guatemala), San Rafael del Norte (Nicaragua), Mozambique y Guinea Ecuatorial	Quesada Solidaria, equipo STAR
Tunki	Mujer	54	Médica (Pediatra)	Corta	Picota (Perú)	Misiones Diocesanas de Córdoba
Dril	Mujer	28	Enfermera	Corta	Malabo (Guinea Ecuatorial) y Madagascar	Fundación La Arruzafa
Delfín Rosado	Mujer	29	Médica	Corta	Picota (Perú)	Misiones Diocesanas de Córdoba
Halcón Tagarote	Mujer	38	Enfermera	Corta	Grecia, Santo Domingo, Mozambique, Guinea Ecuatorial	Bomberos Unidos Sin Fronteras, AECID (equipo STAR)
Tigre de Bengala	Hombre	43	Enfermero y Profesor de Grado de Enfermería	Corta	India, Uganda, República Dominicana, Filipinas, Mauritania y Turquía	Bomberos Unidos Sin Fronteras, Ministerio de Asuntos Exteriores, Bomberos en Acción, World Project, Madre Teresa de Calcuta

Leopardo de Anatolia	Mujer	40	Técnica Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)	Corta	Turquía	AECID (equipo STAR)
----------------------	-------	----	--	-------	---------	----------------------

3.3. Variables del estudio

Para poder alcanzar una comprensión profunda del objeto de estudio indagamos algunas áreas previamente. Dentro de estas áreas resaltamos:

- Variables sociodemográficas. Se utilizaron para caracterizar a la población incluida en el estudio: sexo, edad con la que cooperó el entrevistado, entidad con la que cooperó, localización de la cooperación, número de semanas/meses/años cooperando, número de veces, fecha de la última cooperación (meses y año) y profesión.

- Variables propias del estudio. Una de las características de los diseños cualitativos es que las categorías emergen de los datos a lo largo de la investigación. Por lo tanto, si existiesen, a priori, algunas variables propias del estudio se eliminarán o mantendrán en la investigación en función de los datos. En este estudio se identificaron las siguientes grandes dimensiones de estudio:

a) Choque cultural: entendida como la conmoción emocional producida por diferencias en valores, creencias o prácticas de base cultural en el cooperante dentro su entorno de cooperación (el lugar al que se desplaza). Las creencias son entendidas como los pensamientos que explican el mundo que nos rodea, los valores como consideraciones sobre lo que está bien o mal en el mundo observable, basados en las creencias, y las prácticas como las acciones realizadas en coherencia con la cultura.

En primer lugar tratamos de clasificar los resultados obtenidos en dicha categoría según las creencias, valores o prácticas asociadas, pero dada la dificultad para discernir entre ellos, acabamos considerando la opción de clasificar los resultados según las emociones expresadas por los cooperantes en las diferentes experiencias asociadas a su choque cultural.

b) Situaciones críticas: escenarios que comprometen la vida de los cooperantes.

c) Mecanismos de gestión y afrontamiento: herramientas cognitivas, emocionales y conductuales que utiliza el cooperante para dar respuesta a una situación estresante o evitar su posible efecto perjudicial.

d) Formación: considerándola desde la información básica sobre el nuevo entorno de cooperación hasta la formación emocional que reciben previa al desplazamiento.

3.4. Técnicas de recogida de datos

En coherencia con el tipo de estudio seleccionado, se han llevado a cabo 27 entrevistas en profundidad, dirigidas a la comprensión de las perspectivas de los cooperantes en relación con el choque cultural en situaciones críticas y sus mecanismos de gestión y afrontamiento. Las entrevistas semiestructuradas tuvieron una duración aproximada entre 20 y 40 minutos, siendo cara a cara, unas presenciales y otras virtuales, y produciéndose de manera individual. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para facilitar su análisis.

Se partió de un primer guión temático (tabla 11) con preguntas abiertas que permitieron a los entrevistados expresarse de manera más genérica, con el que se realizó una prueba piloto con las seis primeras entrevistas. Su análisis permitió precisar el guión definitivo de la entrevista (tabla 12), que se aplicó al resto de informantes.

Las categorías del guión seguían un orden durante las primeras entrevistas y sufrió modificaciones tras la octava entrevista, dado que consideramos que los cooperantes se encontraban más sumergidos en su relato si la formación pasaba a un último lugar en vez de encontrarse en el inicio de la entrevista.

Tabla 11	
<i>1º Guión de entrevista semiestructurada para la prueba piloto</i>	
Categoría	Preguntas
Situaciones críticas	En primer lugar, me gustaría que me contaras tu experiencia en general y lo que te impactó de aquello, si viviste alguna situación donde te sintieses desbordada y tuvieses que actuar con rapidez, alguna situación crítica o que recuerdes con más impresión.
Formación	¿Qué tipo de información previa sobre algún riesgo o prevenciones recibiste? ¿Cómo te formaron en habilidades sociales o algo que os facilitase las dificultades personales que allí te podían dar?
Choque cultural	¿Qué te llamaba la atención o impactaba sobre las diferencias culturales o a la hora del trabajo? ¿Cómo te afectó emocionalmente? ¿Cómo te afectaron en el ámbito profesional?

Gestión y enfrentamiento	¿Cómo trataste de gestionar las emociones más fuertes o chocantes que allí viviste?
-----------------------------	--

Tabla 12 <i>2º Guión definitivo de entrevista semiestructurada</i>	
Categoría	Preguntas
Situaciones críticas	Me interesa conocer tus vivencias en relación con situaciones críticas o escenarios que han podido comprometer de forma grave tu seguridad y que han podido influir en tu labor de cooperación, por ejemplo: - ¿Has vivido situaciones de extrema violencia (confrontación armada...)? (háblame sobre ellas): - ¿Has experimentado situaciones comprometidas en relación con proyectos o actividades que has tratado de emprender en la zona? (háblame sobre ellas): - ¿Has enfrentado factores medioambientales que hayan ocasionado algún riesgo sobre ti, por ejemplo, presencia endémica de enfermedades transmisibles, presencia de animales salvajes, alteraciones climáticas? (háblame sobre ellas) - ¿Qué otras situaciones críticas has vivido? (háblame sobre ellas)

Choque cultural	Cabe pensar que pudiste experimentar algún tipo de choque asociado a las diferencias culturales entre tu mundo y el nuevo entorno de cooperación que te pudo afectar emocionalmente: - ¿Qué situaciones tienen que ver con conflictos en relación con tus creencias? - ¿Qué otras situaciones están en relación con diferencias respecto a tus valores? - ¿Qué prácticas profesionales se vieron afectadas por las diferencias culturales? - Me gustaría conocer el efecto que el choque cultural ha producido en tu estado emocional y cómo ha afectado a tu actividad profesional. De manera específica me interesa conocer cómo has experimentado las siguientes emociones, en caso de que se hayan producido: Ira, miedo, tristeza, asco, sorpresa, frustración, alegría ¿Qué otras emociones has experimentado además de las anteriores?
Gestión y afrontamiento	En torno a lo que te impactó culturalmente en situaciones difíciles, me gustaría conocer qué mecanismos de afrontamiento y gestión utilizaste. - ¿Qué conocimientos te sirvieron para afrontar las situaciones complicadas? - ¿Qué habilidades utilizaste para afrontar el choque cultural producido? - ¿Qué actitudes te sirvieron en esas situaciones complicadas?
Formación	En relación con la formación que recibiste previamente a realizar la cooperación y de manera específica la formación sobre inteligencia emocional y la manera de afrontar situaciones difíciles: - ¿De quién o quienes recibiste esta formación? - ¿Qué tipo de conocimientos o habilidades aprendiste? - ¿Qué tipo de apoyo profesional recibiste? Analizar la formación previa recibida por los cooperantes sobre técnicas que fomenten la inteligencia emocional o la gestión y afrontamiento de situaciones difíciles. Considerando la formación todos los conocimientos sobre información básica del nuevo entorno al que te desplazabas hasta la formación emocional para afrontar determinadas circunstancias. Me gustaría saber: - ¿Qué información básica (indicaciones generales) sobre el destino al que te desplazabas recibiste? ¿Qué información obtuviste en el propio destino que no habías recibido previamente? ¿qué tipo de información? - ¿Qué tipo de conocimientos para tratar de ayudarte a manejar emociones recibiste antes de llegar al destino o en el destino de cooperación?

Cabe mencionar que con respecto a las técnicas utilizadas para la recogida de datos referentes a las emociones utilizamos el mencionado sistema FEI (ver tabla 7) dado que las emociones se crean según las predicciones que se hagan del acontecimiento que nos sucede y según nuestro aprendizaje y socialización. Basándonos en dicho modelo, existen tres formas de abordar las emociones: sentidas, expresadas o identificadas. Al realizar el presente trabajo a través de entrevistas semiestructuradas, en una primera fase de investigación, se realizaron entrevistas con preguntas generales y abiertas (Ver tabla

11), sin preguntar por ninguna emoción en concreto. Por lo tanto, en esta primera etapa analizamos las emociones a través de la vía de *emociones sentidas* para interpretar, es decir, la interpretación de las emociones recayó sobre los investigadores. En segundo lugar, utilizamos una entrevista más concreta (Ver tabla 12) donde preguntamos directamente por las emociones. Por lo tanto, utilizamos la vía de las *emociones expresadas* y los investigadores pasamos a ser un sujeto pasivo y las personas entrevistadas reconocieron sus emociones a través de su discurso. En todo momento la entrevista permitió el acceso a nuevas emociones si así lo deseaban las personas entrevistadas (Sotomayor , 2023a; Ruiz-Rico Ruiz, Sotomayor y Amezcua, 2023)

3.5. Análisis de datos

El proceso de análisis de datos lo realizamos según lo propuesto por Taylor y Bogdan (1992), adaptándolo al estudio, buscando acercarnos a los escenarios y las personas de manera profunda.

En la primera fase de *preparación de los datos* se transcribieron las entrevistas, junto con los valores sociodemográficos y asignamos un identificador a cada persona entrevistada. Se etiquetaron las diferentes notas de campo, teniendo una visión general de las entrevistas y los principales temas abordados en ellas.

En la siguiente fase de *descubrimiento de temas*, leemos los datos reiteradamente, los interrogamos tratando de identificar el mayor número de temáticas que podían relacionarse con las dimensiones del estudio. Principalmente, buscamos temas relacionados con la existencia del choque cultural, las situaciones en que se produce y cómo lo afrontan las personas entrevistadas con la formación emocional que poseen. Una vez agrupadas las diferentes temáticas en categorías principales, desarrollamos conceptos y proposiciones teóricas con los temas encontrados, construyendo una guía del estudio.

En la fase de *codificación*, agrupamos los datos en función de las categorías que habíamos descubierto. Codificamos toda la información y la clasificamos según su categoría correspondiente. Asimismo, surgieron diversas subcategorías dentro de las categorías principales, lo que nos permitió afinar aún más la organización de los datos obtenidos. En todo momento, nos esforzamos por mejorar el análisis, revisando tanto los datos como los elementos no categorizados que teníamos disponibles, con el

objetivo de verificar la coherencia de las categorías que habían emergido. La codificación era llevada a cabo por la doctoranda y revisada de manera constante por ambos directores de tesis, con el propósito de enriquecer las categorías que habíamos seleccionado. Para transformar estas categorías en temas argumentativos que servirían para construir nuestro esquema explicativo, seguimos el enfoque propuesto por Amezcua y Palacios (2015), que consiste en: Concepto + proposición + ilustración + identificación.

En último lugar, en la fase de *relativización* tratamos de interpretar los datos según el contexto en el que fueron recogidos e hicimos una reflexión autocrítica. Seguimos dicha secuencia pero sin olvidar el movimiento circular de este tipo de análisis, tratando de revisar de manera constante los datos, estando abiertos a modificar lo establecido si era necesario tras una nueva lectura. Esta fase nos permitió comprobar los diferentes referentes teóricos utilizados hasta ese momento (Taylor y Bogdan, 2010; Amezcua y Gálvez Toro, 2002).

Intentamos garantizar el rigor de la investigación, y comprobar la fiabilidad y la validez del estudio, como una fase que se produce a lo largo de todo el proceso. En este sentido, adoptamos prevenciones para garantizar dicho rigor, como la saturación, la representatividad, la consistencia, la transferibilidad, la credibilidad y la neutralidad.

La saturación consistió en recolectar más informantes hasta que los nuevos datos obtenidos ya no aportaban información adicional o diversa, es decir, los patrones y temas emergentes se volvieron repetitivos. También obtuvimos la saturación del estudio cuando alcanzamos el nivel de comprensión deseado de los fenómenos que estudiábamos, identificando patrones, temas y relaciones relevantes.

La representatividad se obtuvo a través del muestreo estratégico realizado. La selección de participantes del estudio consistió en un muestreo intencional, buscamos sujetos lo más diversos posible, incluyendo diferentes perspectivas y experiencias relacionadas con el tema a abordar.

La consistencia del estudio se garantizó aplicando de manera coherente y uniforme la metodología fenomenológica en todas las etapas del estudio, desde la recopilación de datos hasta la interpretación. Esto incluye la estandarización de las entrevistas y

observaciones, el análisis que busca comprender la esencia de las experiencias de los participantes, y la aplicación consistente de códigos y categorías.

La transferibilidad de la investigación consistió en proporcionar una descripción rica y detallada sobre los informantes seleccionados y los contextos de los entrevistados. También aseguramos la transferibilidad a través de la transparencia metodológica, tanto en la recopilación como en el análisis de datos, pudiendo ser transferibles y útiles los resultados obtenidos en contextos relacionados.

Por último, la neutralidad del estudio se garantizó a través de la actitud imparcial y sin prejuicios durante la recolección y el análisis de los datos, suspendiendo todo tipo de juicios, escuchando de manera abierta y evitando interpretaciones prematuras, junto con la reflexión constante de la investigadora sobre sus propias influencias y preconcepciones. Todo el proceso metodológico ha sido transparente, documentando las decisiones que han sido tomadas de manera constante.

3.6. Ética

Antes de comenzar el estudio, los investigadores presentaron el proyecto de investigación con el modelo de consentimiento informado escrito al Comité de Ética de la Universidad de Jaén. Previamente a las entrevistas, a los participantes se les informó de manera escrita y de manera oral del objetivo del estudio y de los diferentes mecanismos que se llevarían a cabo en este, con lenguaje adaptado e indicándose la disposición a resolver cualquier duda que les surgiese sobre este. También se les comunicó el carácter voluntario de su participación en el estudio y su posibilidad de retirarse si lo deseaban en cualquier tramo de este.

Con respecto a la grabación de la entrevista, se les informó antes de comenzar a grabar y todos mostraron su consentimiento verbal.

Con respecto a la confidencialidad, se ha asignado a los cooperantes diferentes nombres en clave para conservarla. El nombre asignado ha sido determinado por animales relacionados con los destinos visitados por las personas entrevistadas a lo largo de sus cooperaciones internacionales.

4. RESULTADOS

4.1. Introducción

Se entrevistaron 27 cooperantes, en edades comprendidas entre los 22 y los 62 años, con una media de 39.92 años. La mayoría fueron mujeres (81,5%) y, según su profesión, algo más de la mitad fueron enfermeras (55,5%), y en menor proporción, médicos y médicas (22,2%), matronas (7,4%), un técnico de cuidados auxiliares de enfermería (3,7%), una psicóloga (3,7%) y dos trabajadoras sociales (7,4%). La mayoría de los cooperantes (81,5%) realizaron estancias cortas, menores de un año, y el resto (18,5%) superiores al año de duración (ver Tabla 13).

Tabla 13

Características de los participantes del estudio

Características		M ± SD	
Edad		39.92 ± 13.22	
Género		n	%
	Mujer	22	81.5
	Hombre	5	(18.5%)
Profesión	Médico/a	6	(22.2%)
	Enfermera/o	15	(55.5%)
	Matrona	2	(7.4%)

	Técnico cuidados auxiliares de enfermería	1	(3.7%)
	Psicólogo/a	1	(3.7%)
	Trabajador/a social	2	(7.4%)
Duración de la estancia	Corta estancia (< 1 año)	22	(81.5%)
	Larga estancia (> 1 año)	5	(18.5%)
Total		27	(100%)

4.2. Choque cultural. Un paisaje de emociones.

A efectos de este estudio, consideraremos el choque cultural como la conmoción emocional producida por diferencias en valores, creencias o prácticas de base cultural en el cooperante dentro su entorno de cooperación, el nuevo lugar al que se desplaza. En el discurso los cooperantes mencionan diferencias en las creencias de salud o en las consideraciones asociadas a la raza que poseen los habitantes del entorno de cooperación. Con respecto a las diferencias en valores los cooperantes señalan que las encuentran en torno a expresiones relacionadas con el racismo, la falta de moral política, la inequidad en el trato hacia la población por los sectores privilegiados o el conformismo social. También identificamos diferencias en valores asociados a manifestaciones socioculturales, como, por ejemplo, el trato a personas vulnerables o la temprana maternidad de las mujeres. Por último, los cooperantes encuentran diferencias relacionadas con las prácticas en torno a los mecanismos de acceso al trabajo, las prácticas asociadas a la formación en técnicas complejas y actividades sociosanitarias, por ejemplo, en los roles de los profesionales, los servicios de traslado de urgencias o a nivel de infraestructuras y recursos.

A pesar de encontrar diferencias notables que ocasionan choque cultural en relación a diferentes creencias, valores y prácticas, dada la dificultad para discernir entre ellos, consideramos la clasificación del choque cultural según las emociones expresadas por los cooperantes, entendidas como el reflejo de estados afectivos personales y colectivos (Guedes Gondim y Álvaro Estramiana, 2010). En el estudio hemos encontrado hasta siete emociones claramente identificadas: la ira, el miedo, la tristeza, el asco, la

sorpresa, la frustración y la alegría. Se han encontrado otras emociones de manera aislada, que también mencionamos.

4.2.1. La ira: el león que no alcanza a su presa

Se expresa como el sentimiento de indignación ante la imposibilidad de conseguir una meta o la satisfacción de una necesidad, así como una respuesta a actos considerados inmorales o injustos (Pérez Nieto, Redondo Delgado & León, 2008; Walton, 2016). Los informantes expresan la ira en diferentes supuestos.

a) En relación a las creencias. Cuando encuentran respuestas contradictorias de la población autóctona ante sus propios problemas, influenciadas por el sistema de creencias o por la cultura. Se produce en las siguientes circunstancias:

- Dificultad para prestar ayuda. Cuando los cooperantes sanitarios enfrentan desafíos significativos al tratar a poblaciones desplazadas debido a diferencias culturales, creencias arraigadas en prácticas tradicionales y la necesidad de navegar estas barreras para brindar atención médica efectiva. Por ejemplo, cuando recurren al vudú y la medicina ancestral ante un tumor o la amputación de una pierna, o bien ante la creencia de que la oración puede curar una enfermedad.

“Me llama mucho la atención que en estos países hay mucha tradición de vudú, de religiones así animistas. Me llama la atención que se arruinan, se gastan el dinero en buscar soluciones en estos medios cuando tú ves que realmente es una enfermedad, o sea, que lo ves. Que no es como las enfermedades psicológicas que te puede costar más verlo. Si le han amputado una pierna o tiene un tumor; parece como visual, como más fácil que ellos puedan reconocer que tienen una enfermedad real y aun así siguen recurriendo al vudú” (Manatí).

“Donde yo voy a una tribu, una etnia que se llama los ‘xenufo’ y tienen unas costumbres de su medicina ancestral y creencias de ellos, pues a veces con la gente de allí tienes algún dilema de cómo tratarlos y eso” (Hipopótamo).

“En el tema práctico a mí lo que me molestaba es que eran muy creyentes; entonces muchas cosas la intentaban solucionar con la fé y la fé no va a cambiar que este niño haya nacido en una familia desestructurada y

por rezar mucho va a salir de ahí. Se aferraban mucho a la fe no sé si por miedo o porque era su día a día. Pelo la fe a mí me ha obstaculizado intervenciones” (Colibrí).

“Entonces con las parteras que hablaba me comentaban que cogían ciertas hojas y las machacaban para inducir el parto o que para las náuseas utilizaban agua tibia con ajo machacado. Por ejemplo, yo estaba con diarrea y no pude ir a la última comunidad porque no podía ni andar, deshidratada. Entonces me quedé en la casa de una indígena cuatro días. Ella decía que yo tenía el intestino frío, es decir, el cuerpo frío. Y todas las mañanas calentaba una piedra y la envolvía en una toalla y entonces me decía “Siéntate que esto te va a calentar por dentro el cuerpo” (Panthera).

“Mi problema principal que yo tuve es que la gente cree en ti y ellos creen en la cura que tú le estás haciendo, pero no querían medicarse. Ellos no creían que una pastilla les pudiera curar. Yo intentaba explicarle de muchísimas formas que el tratamiento que yo les decía que no funcionaba si su sangre no llevaba el tratamiento de la pastilla y no creen en eso” (Kudú).

“Como había diferentes evoluciones, había tribus que eran pastores y había una tribu menos avanzada que eran recolectores, iban con arcos y flecos y con eso vivían de la caza. La población según el nivel de desarrollo social tenían más creencia en nuestros medios o menos, o sea, en las poblaciones menos desarrolladas no tenía ni contacto con ellos. Yo los iba a ver como turista. Las tribus más evolucionadas que se dedicaban al tema ganadero si tenía contacto y las más desarrolladas que se dedicaban al tema de la agricultura sí que se adaptaba mucho mejor a la medicina nuestra. De todas formas, ellos tenían sus chamanes y, evidentemente, utilizaban sus medios. Cuando no funcionaban, que nunca funcionaban, se acababa el efecto placebo, nos buscaban” (Colobo).

“ Por ejemplo, en las dos misiones en África el choque cultural con respecto al calado de la medicina tradicional en ellos es brutal. Eso dificulta nuestra labor porque ellos confían muchísimo en sus médicos tradicionales y a veces no es la mejor solución para curar heridas o determinados

tratamientos. Y cuando llegan al hospital están muy deteriorados, en una situación bastante más complicada de la que estarían si hubieran acudido la primera vez a algo más científico, tanto nuestro como suyo” (Chimpancé).

“Pues ellos creen mucho en la fitoterapia y en la medicina que tienen allí de la naturaleza. Nosotros estamos muy poco formados en eso y cuando nos hablaban de infusiones o plantas que tomaban para ciertas dolencias no los entendíamos, no llegábamos a empatizar y tampoco teníamos suficiente conocimiento para apoyar ese tipo de terapia” (Delfín).

- Dificultad para mejorar la situación. Cuando encuentran obstáculos debido al miedo derivado de diversas creencias mágicas:

“Haití hasta día de hoy tiene una mezcla muy grande de religión y otras creencias, como magia. Todo muy mezclado. Ellos culturalmente están muy metidos en la idea de que a una persona por la magia si andan por la calle de noche lo pueden convertir en una vaca o cosas de este tipo. Allí es muy fuerte, piensan que les pueden echar un maleficio. Entonces te cuesta, no puedes entenderlo porque en nuestra mentalidad no cabe. Entonces no intentas entenderlo porque en nuestra mentalidad es imposible. Y te gustaría comunicarles que eso no es así, aunque haya gente que tenga mucha formación, incluso universitaria, creen en esto, lo han mamado. Y aunque intentes darles formación no sirve de nada” (Rana).

- Dificultad para aplicar tratamientos cuya religión no considera éticamente correctos. Cuando encuentran dificultad para realizar transfusiones o ciertas técnicas a las mujeres debido a motivos religiosos:

“También a medida que te ibas introduciendo en el río había comunidades más tímidas e introvertidas y yo que iba responsable del área de la mujer y con citologías, había mucho rechazo en las comunidades más sumergidas. Tenías que introducir algo por la vagina y con la tasa de violencia que tienen y que allí dependen de su marido y solo las toca él... Tiene que ser que el marido quiera y que el marido o el cura del pueblo no le haya

convencido de que así puede entrarle una maldición, como pasaba en algunas comunidades” (Panthera).

“En Mozambique, por el tema de religión, una de las cosas donde podíamos encontrar dificultades era con el tema de las transfusiones sanguíneas, allí no están bien vistas por la población en general. Tenías que mediar mucho cuando necesitabas hacer una transfusión con los familiares, tratar de evitar esas creencias y explicar que no pasa nada si reciben sangre de otro, evidentemente los donantes eran familiares, no podía ser como en España a través del banco de sangre. Allí tenía que ser algún familiar que fuera compatible y abandonan esa resistencia” (Chimpancé).

- Dificultad para encontrar asistencia en días asociados a rituales religiosos. Cuando encuentran más importante su ritual religioso que la asistencia médica que proporcionan los cooperantes.

“Allí lo que vi fue que iban a misa los domingos y eso era imposible faltar. En una comunidad fuimos muy pocos días y muchas familias. Todas tenían que pasar por la consulta. Era domingo y esa mañana no vino nadie, les daba igual que fuese el único día que íbamos a estar allí, la misa no podían perdersela” (Jucumari).

- Dificultad para prevenir muertes evitables. Cuando narran la dificultad para prevenir sepsis en personas o niños porque asocian su muerte a factores espirituales como, por ejemplo, su Dios.

“En Etiopía es bastante parecido pero al ser más religiosos todo para ellos lo ha decidido Alá o el Dios que sea y tienen por ahí su vía de escape. Eso te choca porque la mayoría de casos de muerte en África son prevenibles y te choca mucho que la actitud sea lo que Dios ha querido” (Lobo).

“Estaban intentando analizar porque había una tasa de mortalidad infantil tan alta en el primer año, los bebés nacían bien pero al año siguiente habían fallecido y la hipótesis que más fuerza habían cogido eran: pasaban mucho tiempo con el pañal mojado, los mitos asociados a la lactancia que les hacían dar el biberón de manera precoz y con agua no potable, o por la fiebre. Y

algunas de las madres haciendo el registro me comentaban que su bebé había muerto porque se lo habían llevado los animales del bosque y yo les preguntaba qué animales o qué síntomas. Porque si las cuestionas rompes la relación de confianza y ya no te cuentan nada. Y me comentaban que sus bebés estaban calientes, parecía una sepsis” (Panthera).

“Sobre todo en Uganda, porque son poblaciones muy pobres y tienen el ‘witch doctor’, como brujos. Muchas veces veías a alguien muy malo con fiebre y que necesitaba antibiótico y lo llevaban al ‘witch doctor’. Y cuesta mucho entender que si un niño está deshidratado y sin fiebre va morir si no le ponemos la medicación” (Tigre).

- Dificultad para que acepten la religión del organismo con el que cooperan. Se producen conflictos derivados del organismo religioso con el que cooperan y la población donde se desplazan, debido a que la religión que profesan es diferente y los locales se niegan a acudir a centros médicos de una religión diferente.

“El único conflicto que existía era el religioso porque nosotros cooperamos con la iglesia católica, porque son los curas los que tienen el proyecto allí, pero nosotros intentábamos no ir de parte de ninguna religión. Muchas veces eran los únicos asentamientos que había para poder intervenir médicamente o por parte de enfermería pero a la gente que es protestante no iba a la iglesia porque no se sentían cómodos entonces muchas veces intentábamos pedir sitios más neutros para que viniera toda la población y no solo los católicos” (Delfín).

- Dificultad para comprender las creencias sociales establecidas. Cuando expresan la ira derivada de una situación social que no puede mejorar debido a sus creencias sociales, por ejemplo, cuando les inculcan que existirán conflictos en su siguiente vida si tratan de cambiar de clase social.

“En la India era más a nivel social, hay cuatro castas y las personas de la casta de abajo no tienen derechos ninguno. De hecho, está mal visto, como una deshonra cambiar de casta aunque sea a un nivel superior, te dicen que entonces en otra vida serás perro que eso es algo malísimo para ellos” (Tigre).

b) Rechazan la ayuda. Cuando los locales rechazan o menosprecian la ayuda ofrecida por el cooperante. Se produce en las siguientes circunstancias:

- Falta de asistencia y compromiso. Cuando no ayudan a los cooperantes a transportarse o a transportar el material que van a utilizar por falta de interés en la ayuda prestada, por ejemplo, cuando se encuentran ebrios en alguna celebración y no acuden a recoger a los cooperantes según habían pactado o por tener prioridades más importantes que su salud:

“Bueno, pues una comunidad no vino a recogernos para llevarnos a su aldea, que era la siguiente, porque habían estado celebrando la construcción de una casa y se habían puesto todos los hombres borrachos y no podían venir a por nosotros. Es la única asistencia sanitaria que llega allí que va tres veces al año y una de las veces no va porque no nos recogen porque están todos borrachos” (Panthera).

“La ONG lleva desde 2004 allí y hemos percibido que algunas comunidades no ponen en valor el esfuerzo que hace la ONG de ir allí, piensan que vamos porque tenemos que ir. No nos ayudan a transportarnos ni a las ayudas o bienes médicos que les dejamos. En algunas comunidades percibimos falta de compromiso o colaboración” (Panthera).

“En el caso de la República Dominicana dejamos de ir por falta de interés local, en las personas a las que iba esa ayuda. Y eso fue muy impactante para mí. Va un grupo a realizar intervenciones quirúrgicas, a operar lo que se pueda, porque este grupo de población son muy pobres y no tienen asistencia, no tienen dinero para ir a lo privado... Y se lo toman a “pitorreo”, con una falta de seriedad, se apuntan para operarse y no van ninguno. Las propias personas que nos ayudaban en el proyecto eran así. Uno de ellos era un cura y tenía una actitud totalmente negativa” (Tapir).

“Y por falta de recursos, íbamos a un sitio y no contábamos con pruebas complementarias ni nada, solo contábamos con la entrevista clínica, la medicación y la auscultación. Si veías algo grave teníamos que mandarlo al hospital y muchas veces ellos no entendían la urgencia del asunto, por ejemplo, tú tenías a un paciente con clínica de infarto y le explicabas que tenía que ir al hospital pero para él era más importante ir a trabajar y traer dinero a casa porque tienen muy pocos recursos económicos. Su principal

preocupación es vivir para trabajar y poder comer, era muy difícil trasladar al hospital este tipo de situaciones, ellos tenían otras prioridades” (Delfín).

- Menosprecian la ayuda. Cuando consideran que los cooperantes no sabrán hacer cierto trabajo dada su procedencia europea o cuando, en ocasiones, incluso los locales indican que ya realizan dicha actividad cuando en realidad no la realizan:

“Y además con muy poca autocrítica, tú les explicabas las cosas y te decían: “eso ya lo hacemos”. Y no se hacía nada” (Antílope).

“Las comunidades no ponían problema pero en algunas sí que había mucho desinterés, indiferencia” (Jucumari).

“Sobre todo trabajando con las personas bolivianas que trabajábamos desde el centro de salud. Me molestaba porque nos trataban de tontas, en muchas ocasiones. Como nosotras no estamos educadas en la selva y no sabemos “lo que vale un peine” ahí y nos trataban como niñas europeas que no sabemos hacer nada. Y hombre, yo entiendo que yo no he estado en la selva y no se nada y tengo ganas de aprender y hacer las cosas, no que me las hagan. Y ellos muchas veces nos echaban para atrás de hacer cosas porque daban por hecho que no podíamos hacerlas o más bien, que no querían incluirnos. Eso me generaba mucha ira porque al principio tu te adaptas pero en dos meses así y el cansancio acumulado hay momentos que me generaba mucha ira” (Jucumari).

- c) Situaciones discriminatorias. Cuando hallan maltrato o indiferencia por parte de ciertas clases raciales o sociales del nuevo entorno de cooperación hacia otros autóctonos. Nos referimos ante las siguientes circunstancias:

- Discriminación racial: cuando constatan que cierta población de tez blanca maltrata sutilmente a otra población de tez oscura sin consecuencias.

“En Bolivia el Che Guevara llegó allí y allí murió sí, pero no había habido ningún movimiento salvo los obreros de las minas del Altiplano. La gente era así, como más pasiva, y había mucho racismo ¿sabes? Guatemala y Bolivia son dos países que tienen la gran mayoría de población indígena, pero los ladinos, los medio blancos, en general eran muy racistas y maltrataban de manera muy sutil y muy directa a los inditos, como decían, y

se aprovechaban siempre que podían y entonces eso también me costó más por eso” (Quetzal).

“Yo lo he intentado respetar pero hay momentos que no he podido porque se me “revuelven las tripas”, por ejemplo con el tema de los batwas en burundi están apartados y quitados de la sociedad y yo reclamaba siempre que son personas [...] me da rabia que los batwas tengan que conformarse con los desperdicios del resto del mundo” (Búho).

- Discriminación por su nivel económico/social. Cuando se discrimina a ciertas poblaciones debido a su nivel económico.

“Se notan mucho las diferencias entre ricos y pobres. Los ricos son el presidente de allí y sus cuatro o cinco damas y los pobres el resto de ciudadanos. Ves a la gente super pobre sin nada por la calle y luego ves a los que trabajan con el presidente que viven...un extremo y otro” (Dril).

“Me daba rabia ver las injusticias y que ellos no eran conscientes de eso. Veía esas mansiones con fuentes y pavos reales y justo en la acera de enfrente iban descalzos, con el cubo en la cabeza y una chabola sin ventanas y pensabas: “¿Cómo no pueden darse cuenta?”. Y lo que más me impactaba es que esas personas pobres iban con su ropa con la cara del presidente, me daba mucha rabia” (Dril).

“Tuvimos un hombre que fue atropellado por un coche y casi pierde la pierna pero le pedían explicaciones de que había abollado su coche. Allí ni le dan soporte y el problema es de la persona porque es de una casta social muy baja y no tiene derechos” (Tigre).

- Discriminación en acceso a una sanidad de calidad. Cuando tienen asumida la situación de precariedad y no actúan rápido para evitar la muerte de sus familiares.

“Bastante rabia, en concreto, como en el hospital un día nos llamaron en mitad de la misa y un padre llegó con un niño de dos o tres años medio muerto, con neumonía. Se murió allí. Le preguntamos al padre por qué había tardado tanto en traerlo y nos dijo que ni lo había pensado antes. Ahí

me dió mucha rabia porque esa miseria tan grande les hace no entender cosas más importantes. Son muy pasivos” (Rana).

d) Menor nivel de compasión. Cuando comparan la sociedad desarrollada en la que vivimos y descubren comportamientos menos compasivos en los ciudadanos con los que suelen compartir su trabajo o en los pacientes que atienden:

“En España me han pasado cosas peores y he tenido que ir andando al hospital, nadie me ha acercado en coche. Me pasé el día pensando en qué sociedad vivimos. Fueron muchos ejemplos pero este es el que más me muestra la diferencia de valores, a partir de ahí pensé en lo diferentes que somos como personas, lo miro con otros ojos. Vi la bondad que llevaba años sin ver. Hay que tener unas gafas muy amplias para ver aquello que me pasó [...] Sentí ira hacia la sociedad en la que vivo en España” (Sitatunga).

“Temíamos la reacción al verse sin pierna pero se levantó muy agradecido, que deba igual que no tuviese pierna pero por lo menos estaba vivo. Tu haz eso en España, duerme a uno y que se despierte sin pierna” (Halcón).

e) Problemas con el organismo. Cuando encuentran problemas derivados del organismo con el que se han desplazado. Los encuentran ante las siguientes circunstancias:

- Dificultades con el equipo. Cuando encuentran problemas en torno al equipo con el que cooperan, es decir, compañeros problemáticos o situaciones que acaban generando conflictos entre compañeros:

“Allí puedes estar un rato muy mal y las relaciones entre nosotros eran complicadas porque trabajas y convives y además con la parte de la iglesia. Porque yo dirigía y manejaba como funcionaba aquello pero la iglesia tiene una visión distinta, las rivalidades por ver quién hace más, muchos egos... es complicado, el equipo humano, en general” (Colobo).

“Yo era amigo del cura y cuando tomé el rol de coordinador del proyecto de la ONG me enemisté de nuevo con el cura. Hubo mucho conflicto, hasta para poner el nombre del hospital querían que fuera el nombre de un obispo y la

ONG no quería porque era un obispo ultracatólico en un sitio con población musulmana te estás cerrando el campo, yo no podía permitir eso. Eso fue lo más difícil, los conflictos entre nosotros” (Colobo).

“Nos dividimos por equipos y en mi equipo había una persona que generaba conflicto y era difícil trabajar. A veces yo sentía un poco de envidia por lo fácil que era en los otros equipos trabajar con el resto de profesionales que estaban más acordes. Solo pensaba: “¡Qué envidia! Me encantaría trabajar en ese equipo que funciona perfectamente y no tienen este tipo de problemas” (Delfín).

“Y recuerdo coger al niño e irme corriendo a Médicos Sin Fronteras y para que empezaran a reanimarlo no tenían el material, entonces tuve que ir corriendo a mi hospital a por el material, discutir con personas de mi hospital porque no querían ceder el material a otro lugar y me metí con ellos para reanimar al niño. Y se montó una bronca, yo no lo entendía y pensaba que después me quitaba la ropa y la dejaba allí y les dejábamos el material. Acabé discutiendo mucho, llorando y no me podía creer que no quisieran dar material a una ONG que le faltaba algo de material para un bebé que se estaba muriendo [...] Ira sobre todo con mi compañero en ese momento del material, porque me molestaba que fuese con el que venía de España y le negaba a un neonato ese material” (Halcón).

- Dificultades éticas. Cuando encuentran organismos desplazados funcionando con dinero público o con ayudas de ONG pero que no realizan un trabajo que genere resultados en la población autóctona o no se miden los resultados de las intervenciones realizadas.

“Al no entender muchas cosas y sentir que eso no se va a poder cambiar nunca. Al ver que hay muchas ONGs con muchos proyectos de cooperación pero que no sirven para nada” (Kudú).

“Ese dilema ético que yo tuve, que de hecho me llevó a estar unos años sin cooperar. Podría ser enfado, ya no solo porque no se hagan buenas identificaciones de necesidades, sino porque tampoco se mide el impacto de los proyectos. Me enfada que las instituciones, en este caso las españolas, aprueben proyectos en los que no se contemple el impacto de lo que hacen, desde el punto

de vista de que somos un recurso público. Por lo que dejé de hacer cooperación unos años y ya volví a hacer cooperación asistencial. Necesitaba reencontrarme con la cooperación y en lo asistencial no tuve ese enfado” (Camello).

“He sentido, no se como llamarlo, el pensar si lo que hago está bien hecho o no. Si la cooperación es buena o no. Si lo que estoy haciendo está bien o no. Mis conflictos personales y éticos con la cooperación. Es un conflicto ético con la cooperación, al principio no me lo planteaba pero conforme vas estudiando y va pasando el tiempo y visitas sitios se me plantean muchos conflictos éticos” (Búho).

h) Sistema con irregularidades. Cuando los cooperantes se sumergen en sistemas gobernados de manera irregular. Se produce ante las siguientes circunstancias:

- Irregularidades recursos públicos. Cuando sienten ira hacia la administración desigual y corrupta de recursos públicos:

“He sentido ira, por ejemplo, en el Sahara, en contra de los políticos o los que toman las decisiones. Porque el Sahara es el sitio donde más choque ético te encuentras. Porque es donde más recursos públicos se vuelcan y dónde menos se ven. Porque aquella población sigue viviendo igual desde hace 40 años y es por la corrupción política, sí que he sentido ira contra instituciones, incluso la de nuestro propio país por la gestión administrativa que tiene y contra los representantes corruptos” (Camello).

- Irregularidades en trámites de acceso a recursos sanitarios. Cuando debido a las irregularidades en ciertos trámites no les llega el material para poder trabajar allí:

“Muchas veces he sentido rabia, sobre todo en el campamento de Argel, la primera vez que nos retuvieron las maletas con el material y llegaron 15 días después de habernos ido y me dió mucha rabia” (Búho).

“Dificultades burocráticas, sobre todo los jefes lo saben, en particular en Nicaragua, digamos que las políticas cambiaron con respecto a la ONG y cada vez su nivel de exigencia era más alto, no es criticable porque determinaron una serie de cosas que entiendo que ellos como país tienen potestad para hacerlo pero dificultó un poco el desarrollo de los

proyectos, el envío de materiales, contenedores de barco que se quedaban en aduana a expensas de ser revisados durante mucho tiempo, por ejemplo, en uno de los proyectos el contenedor se mandó con seis meses de antelación y llegó con tiempo de sobra pero cuando llegamos nosotros allí todavía estaba en el puerto, no lo habían revisado. Entonces tienes que contactar con entidades locales para presionar un poco hasta que consigas el material” (Chimpancé).

- Irregularidades en el acceso al país. Cuando tienen que fingir ser turistas para poder acceder al país.

“En Palestina, en el aeropuerto porque tienes que mentir para poder pasar. Me da mucha rabia decir que somos un grupo de turistas para que nos dejen” (Búho).

- Irregularidades debido al control estatal excesivo. Cuando constatan el secretismo y la aceptación de la población frente al control al que se encuentran sometidos por el gobierno u organismos estatales:

“En paraguay lo que más me chocó fue la comunicación o la no comunicación, mejor dicho, cómo se maneja la información y cómo se relacionan las personas. Es un pueblo muy sumiso con mucho control y mucho secretismo, esa forma de relacionarse” (Pájaro campana).

4.2.2. El miedo: la gacela que huye

Definido como la respuesta emocional basada en el estado de alarma hacia algo que se percibe como una amenaza o incertidumbre (2018b; Walton, 2016). Incita a la evitación y el escape. Los informantes expresan el miedo ante varias situaciones.

a) Situaciones violentas. Cuando enfrentan situaciones de violencia que ponen en riesgo su vida, por ejemplo:

- Asesinatos y violencia. Cuando se encuentran en un país donde han asesinado a muchas personas, existe violencia, delincuencia e inseguridad. Esto incluye el miedo a la violencia callejera, el robo, la sensación de estar siendo observados, la falta de iluminación y la desconfianza hacia desconocidos. Estos temores a menudo influyen en su capacidad para moverse con libertad y llevar a cabo su trabajo de manera efectiva en entornos hostiles.

“Entonces cerca de estas casas se escuchaban tiros y tú sabías que alguien la había liado mucho, se había intentado salir de la banda o no había cumplido sus objetivos y allí pues, había brazos, piernas y en la puerta te encontrabas una bolsa con restos de humanos. Entonces tú tenías que convivir con eso. Es verdad que al principio te daba bastante pudor, miedo” (Colibrí).

“El hecho de bajar a comprar una botella de agua tu sola te generaba miedo porque creías que había ojos donde no los había pero tú creías que te estaban mirando. Por las noches los tiros en la puerta de mi casa pensando si entrarían o no. El día del gas lacrimógeno pasé mucho miedo porque no sabía en qué iba a acabar la cosa” (Colibrí).

“En las situaciones en las que te sientes vulnerable, sobre todo en estas agresiones individuales en Mozambique de robo y en Etiopía todo el rato, el momento en el que estoy sola en la calle porque se me ha hecho tarde me siento super vulnerable y siento miedo, es un ambiente bastante hostil” (Lobo).

“He sentido miedo, a veces, por el sitio donde estaba, la hora y el lugar. Recuerdo que fuimos a trabajar en Guatemala para colaborar con El Salvador y llegamos a la frontera anocheciendo; había una hilera de dos mil camiones y se nos hacía de noche. Y yo había leído de la peligrosidad de la zona entre Guatemala, El Salvador y Honduras, con una violencia 85 veces mayor que en España (se mide en muertes cada 100.000 habitantes). Me suelo traer, casi obsesionado, los periódicos de allí y los comparo con

los de aquí, me traje 45 periódicos, y allí los titulares hablan sobre las últimas cuatro muertes, y ese es el titular, todos los días” (Tapir).

“En Ciudad de Guatemala es uno de los sitios donde más insegura me he sentido, yo solo la pisé para transportes pero sentí mucho miedo, hasta para coger un taxi” (Kudú).

“Sentí miedo muchas veces, por ejemplo, una noche que salí a la tiendecita de al lado y un hombre muy borracho venía a por mí y tuve que tirarle el litro de cerveza a la cabeza porque venía corriendo en un callejón muy estrecho y me arrinconó, entonces le tiré el litro de cerveza y salí corriendo. En Mozambique en el momento que se hacía de noche no podíamos salir y nos íbamos corriendo a casa” (Kudú).

“Tan solo una vez estábamos tomando una cerveza el último día y decidí volverme antes, era de noche, sobre las una y media. Y me daba miedo. Estábamos en un pueblo pequeño de Nicaragua que amo mucho pero me daba miedo, me crucé con dos personas pero era más el miedo que yo sentía. Me sentí desvalido porque estaba solo” (Tapir).

“Un poco de miedo, sobre todo en Guatemala porque como estás todo el día en el hospital y una tarde que estás temprano sales a darte una vuelta y vuelves rápidamente, no nos exponemos” (Tapir).

“Tu no puedes caminar por la calle con la tranquilidad como lo hacemos aquí o ir con el teléfono en la mano o ir a ciertos lugares. No es que sean situaciones puntuales extremas pero tienes que aprender a relacionarte y vivir de otra forma. Muchas veces te ves condicionado por eso, no es algo puntual que te choque fuertemente pero a mí es algo que me ha ido calando poco a poco y me ha hecho preguntarme a mí misma si realmente yo quería vivir así” (Pájaro campana).

“Sentí miedo al llegar porque era de noche, no hay luz, no se veía nada y tienes que confiar en los drivers cuando te montas con tus cosas, tu les pagas y, claro, te ven blanco y desentonas mucho, éramos los únicos blancos del aeropuerto, entonces se abalanzaron encima nuestra para vendernos cosas y un hombre se

llevó nuestras maletas para ayudarnos pero yo no confiaba en él, pensaba que nos iban a robar o raptar” (Sitatunga).

- Zonas de guerra y conflictos armados. Cuando se encuentran en zonas de guerra o conflictos armados presentes. Esto incluye ataques armados a las viviendas de los cooperantes, tiroteos en las cercanías de sus lugares de residencia y trabajo, y la necesidad de buscar refugio o protección ante amenazas de seguridad.

“El primer día que llegamos a la zona donde íbamos a trabajar, esa misma noche, después de haber conocido la casa donde íbamos a estar, la gente, otros cooperantes que había...hubo un ataque, nos sacaron de la casa corriendo de noche y nos metieron en un zulo” (Quetzal).

“En Haití, ahora están peor. Desde que yo llegué hasta ahora siempre ha habido mucha violencia. Yo trabajaba en un barrio muy conflictivo y con muchas bandas armadas y allí nos codeamos con violencia y delincuentes de bandas armadas. Eso era algo muy corriente. Yo no soy miedosa, es difícil que me asuste pero si llega un momento crítico suelo tener una reacción de miedo normal pero no suelo ser excesivamente miedosa. Pero allí vivimos una situación, desconozco el motivo, pero nos tirotearon la casa. Estuvieron tiroteando la casa un cuarto de hora aproximadamente. Había tiros en todas las paredes, los cuadros...Nosotras nos escondimos en la parte de la casa que no tenía acceso a la calle, era todo pared, un espacio que se utilizaba como sacristía. En aquel tiempo había militares de la ONU, los llamamos y entonces vinieron a buscarnos en un tanque y nos llevaron de allí. Pasados los días regresamos tímidamente a la casa, para ver cómo estaba y coger cosas. Estuvimos unos meses fuera y ya regresamos. Eso se repetía en el barrio y alguna vez en nuestra casa. Pero aquella vez fue muy peligroso porque estábamos comiendo en el comedor, muy expuestas” (Rana).

- Cuerpos de Fuerza y seguridad corruptos. Cuando se encuentran en lugares donde los cuerpos de seguridad presentan irregularidades:

“Pero para mi el mayor miedo fue en la comisaría, llegamos y la policía se quería llevar nuestro pasaporte, les dijimos que nuestros pasaportes tenían que estar con nosotras y ellos se lo querían llevar y mi amiga tuvo que

meter el pie en la puerta para que no nos cerraran. Nos empezaron a pedir cosas, un paquete de galletas, si yo no llevaba nada. Que si, que yo tenía la seguridad de que contaba con un billete de vuelta pero no tenía nada que darles. Con el tema de la policía lo pasé fatal porque el nivel de corrupción es impresionante” (Kudú).

“Luego también en la parte fronteriza se veía a los militares con las metralletas en la calle y al año siguiente estalló una revuelta militar. Aquí un militar no te va a pegar un tiro pero allí sí que lo hacen” (Kudú).

“Con los militares he pasado miedo” (Halcón).

b) Riesgo contagio. Cuando perciben riesgo de contagio de alguna enfermedad debido a:

- Por accidentes con el material contaminado mientras se encuentran cooperando.

“Me dio miedo que, como enfermera, yo trabajo con cuchillas y hubo un día que operando me corte con una usada. Entonces, me dió miedo que el paciente tuviera SIDA o cualquier otra enfermedad” (Dril).

- Falta de recursos materiales, humanos e infraestructuras. Escasos mecanismos de prevención de enfermedades contagiosas como salas de aislamiento creadas con cortinas, camas separadas con mosquiteras o tener que trabajar con ellos sin guantes.

“Y luego, por ejemplo, a mí la unidad que me dio un poco de cosa fue la unidad que había en el hospital primario, que es la unidad de atención a fiebre. Eso en España no existe porque no hay niños con fiebres elevadas por enfermedades como la malaria, el dengue, etc. Me llamó la atención que no tenían medidas de aislamiento, como los box, que estaban separados por cortinas como las de tu casa. Y en cunas, con un cartón ponía unidad de febriles. Y estaban divididos por mosquiteras entre cama y cama. Y ahí sí que es verdad que te da un poco más de cosa, porque en el hospital no había guantes. Yo trabajaba siempre sin guantes y al principio me costó” (Guardabarranco).

- Contagio por COVID-19 en los cooperantes que se encontraban en su destino de cooperación cuando estalló la pandemia:

“A parte del miedo al movernos por la calle. A mí me tocó vivir la pandemia allí. Sentía miedo por mi familia y por lo que pudiera pasar. Mi abuela era mayor y estaba en un centro de ancianos y mis padres son mayores de 70 años. Y claro, ese bombardeo de noticias desde allí fue complicado. Y también miedo de donde estaba cuando estalló toda la ola de contagios, lo tremendo que fue, la absoluta desidia, porque imagínate, no es comparable los recursos, aquí la gente se moría en los árboles de los hospitales porque no tenían ni la oportunidad de entrar. La gente paga por todo allí: las gasas, las jeringas, el suero, el sedante... Miles de euros pagaban por sus familiares, fue muy terrorífico” (Pájaro campana).

- c) Rituales. Cuando se encuentran como extranjeros en rituales que prohíben su asistencia:

“Hay rituales que hacen ellos que te dan un poco de miedo. Además a ellos que veas sus rituales y sus cosas no les gusta y como se te presente de pronto por ese motivo dan miedo” (Hipopótamo).

- d) Entornos inseguros. Cuando refieren tener pesadillas o miedo mientras cooperan debido a aspectos generales del entorno de cooperación.

- Condiciones de transporte. Cuando se encuentran con situaciones peligrosas en los medios de transporte:

“Por las condiciones del río, la noche del jaguar también pasé mucho miedo, la noche que navegamos de noche pasé mucho miedo. Era consciente de que si pasaba algo me quedaba allí. La canoa estaba picada y el agua estaba a punto de meterse dentro, lloviendo, con una linterna y sin cobertura, ni pudimos avisar por radio de que íbamos a la siguiente comunidad. Nos llegamos a chocar y en mitad de la selva con depredadores no puedes dormir. Ahí pasé mucho miedo” (Panthera).

“Desde España nos habían advertido que no se viajaba de noche porque un año habían naufragado y es peligroso porque hay muchos caimanes. Lo pasé muy

mal, fueron cuatro horas continuadas en tensión para llegar a una comunidad donde estaban todos borrachos y no nos ayudaban a bajar nada y seguía lloviendo muchísimo. Al día siguiente nos fuimos de noche y encima lloviendo, ese día se pusieron malas las compañeras y pasé muchísima ansiedad, me dolía el pecho de estar en tensión tanto rato. No se veía nada, era oscuridad absoluta, pensaba que nos íbamos a caer” (Jucumari).

“En el momento no pero después cuando piensas lo que has hecho si. He sentido miedo después cuando me he dado cuenta de las barbaridades que hemos hecho, ir por carreteras pésimas o con unas camionetas horrorosas o lugares donde hemos dormido” (Tunqui).

“Pasé miedo cuando bajamos de la montaña con el coche, creo que no he pasado más miedo en mi vida. El suelo se resbalaba muchísimo, el coche no paraba de deslizarse, los coches sin cinturón y el precipicio al lado” (Delfín).

- Animales salvajes Cuando se encuentran en zonas con presencia de animales salvajes peligrosos:

“Yo tenía muchas pesadillas desde que estábamos en la selva y pensé que era una pesadilla más pero a la mañana siguiente desayunando en la casa del promotor y parte del equipo de caza del jaguar y nos contó que había estado toda la noche el jaguar rondando los animales” (Panthera).

- Catástrofe natural. Cuando se encuentran en zonas con condiciones climatológicas extremas o en catástrofes naturales, por ejemplo, en terremotos de fuerte magnitud:

“Miedo he pasado en el terremoto, miedo físico. Ya no por mi vida, cuando pienso en morirme yo, pienso en mis hijos. No tengo miedo de morirme pero antes de estos viajes hay un punto de precaución y dejarme las cosas cerradas. Y miedo en el momento que tembló la tierra desde ese pensamiento” (Camello).

“He sentido miedo en algunos momentos, sobre todo este año en el segundo terremoto de Turquía, lo vivimos allí y sentí miedo” (Búho).

“Si he sentido miedo sobre todo en Filipinas cuando venían las tormentas tropicales y pensaba en las miles de personas que acababan de morir en el

misimo lugar y en Turquía cuando estábamos en edificios y había terremotos”
(Tigre).

e) Falta de infraestructuras. Cuando temen por no poder resolver los conflictos profesionales que se produzcan dada la falta de recursos que existe en el entorno de cooperación:

“Algunas veces, respecto a que se complique algo y no tenga recursos. Estoy acostumbrada a trabajar aquí con herramientas que allí tienes que improvisarlas y me genera miedo. Tuve experiencias en quirófano, nosotros vamos a operar a los pacientes. Una vez en septiembre, en uno de los pueblos, estábamos operando en quirófano y de repente nos avisaron de que había bajado la presión de oxígeno general del hospital y claro, el paciente estaba conectado a respirador y con anestesia general. Fue un momento de tensión ya que no sabíamos cómo solucionar lo que se produce por la falta de recursos clínicos que tienen allí. Fue una situación crítica con respecto a la seguridad del paciente. También tuvimos el caso de una paciente que se complicó la cirugía y necesitábamos bolsas de sangre y estábamos muy escasos”
(Guacamaya).

“Y yo tengo aquello metido y fue tan impactante, yo sentía miedo por esa mujer porque sangraba y sangraba y lo único que pude hacer es ponerle la bebé a mamas para que generase oxitocina y se le contrajese el útero, pero ella encima no quería ponerse a la bebe me decía que yo no entendía y se daba manotazos en el pecho. Y al cabo de un minuto, en el que yo estaba asustada porque sangraba mucho” (Sitatunga).

4.2.3. La tristeza: la mona que pierde a su cría

Entendida como la reacción emocional de dolor anímico producido por un suceso desfavorable. Su función adaptativa se utiliza para responder a eventos negativos y su función social para recibir apoyo y ayuda (Cuervo Martínez y Izzedin Bouquet, 2007; Walton, 2016). Los informantes expresan tristeza:

a) Muertes inevitables. Cuando tratan enfermedades y afrontan muertes inevitables derivadas de:

- La situación de postguerra:

“La gente iba saliendo de las zonas donde habían estado aislados durante la guerra, pero no habían tenido casi que comer y, por supuesto, ni vacunas, ni asistencia. Y montamos en la ciudad en la que estábamos un centro de recuperación nutricional. Bueno, el chorro de niños, el chorro de criaturas [Énfasis y pausa]. Encima con una epidemia de sarampión. Después de una elevadísima mortalidad, con un sarampión de libro, todas las neumonías, la de niños que se iban [voz entrecortada]” (Quetzal).

“Pudimos hacer un abordaje con antibióticos de entrada, pero mientras todos los críos que se fueron, eso no tiene nombre, ni allí ni donde sea. A mí eso es de las cosas que nunca superaré [voz entrecortada de nuevo, silencio]” (Quetzal).

- La catástrofe natural que acaban de vivir:

“Muchas veces he sentido tristeza y pena, siempre que voy a los campamentos saharauis y este año en Turquía porque dejas a personas que han perdido todo” (Búho).

“He sentido mucha tristeza al mirar a las personas, esas miradas que tenían de dolor. Cuando estás acostumbrada a trabajar con gente vulnerable pero allí eso era multiplicado por muchas pérdidas, habían perdido su familia, su casa, estaban viviendo en la calle... Y todo eso se veía en su mirada, una mirada de desesperación que te daba mucha tristeza” (Leopardo).

- Las situación de pobreza extrema en la que viven:

“La impresión de llegar a una casa llena de cuatro maderos, porque es que eran cuatro maderos [muestra tristeza con la situación de la mujer] y la otra así desangrada, poniéndose de parto. Es que dices “madre mía, esta es que no llega viva vamos” (Guardabarranco).

“La primera semana estaba super triste porque el choque hasta que no te acostumbras...estuve en un orfanato de niños de dos a tres años que habían sido abandonados y estaban todos quemados porque los habían dejado en la calle tanto tiempo que estaban quemados. Es que no era ni un orfanato de niños, era una residencia de ancianos mezclada con niños. los niños estaban sin estimular porque estaban con personas de muy avanzada edad, no sabían hablar, veían a una persona y se ponían a llorar... era horrible pensar que esos niños iban a estar ahí hasta los 18 años, malcuidados, malalimentados, sucios, sin hablar... Yo ahí pensé ‘vaya pena de vida” (Colibrí).

“Muchas veces y mucha tristeza. Por las situaciones, sobre todo con los niños que se mueren, que tu has intentado poner todo de tu parte y nada” (Lobo).

“Tristeza sí, de que se te muera un niño sin poder hacer nada” (Hipopótamo).

“En uno de los sitios donde operamos hay un recinto y al lado un orfanato. Cuando terminábamos la jornada íbamos con los niños, te contaban sus historias y es muy duro. Allí no hay medios y tienen niños, los abandonan en orfanatos y no quieren saber nada de ellos y cuando esos niños crecen y tienen edad para trabajar ya si se interesan por ellos. Para aprovecharse de ellos, sacarlos del orfanato y ponerlos a trabajar. Es muy duro que haya niños que quieran conocer a sus padres o interesarse por ellos y los padres negarse, desentenderse de ellos. Hay hasta casos de cuatro hermanos en el orfanato” (Guacamaya).

“El día que falleció una de las niñas que cuidábamos o el día que murieron los padres de la niña apadrinada que tenía, tuve que dormir con ella toda la noche. Al venirme sentí mucha pena también” (Kudú).

“La cantidad de niños que pueden morir en época de malaria” (Colobo).

“ Me acuerdo mucho de los niños que suelen ser los que más te duelen. En Mozambique vimos cosas muy graves, ellos tenían el hospital muy lejano , por eso la ONU nos dijo que lo montáramos ahí. Recuerdo el caso de un niño que tenía toda la pinta de ser cólera y teníamos que derivarlo para no contaminar nuestro hospital. Pero el bebé venía muy mal y de hecho murió a la hora muy malo” (Halcón).

“He sentido mucha tristeza. Que apareciese gente de la furgoneta que venía muerta, no sabías ni de dónde venían” (Halcón).

b) Recursos insuficientes. Cuando descubren la carencia de un sistema sanitario y social público que cuente con recursos suficientes para su población. Se produce ante las siguientes circunstancias:

- Dificultad de acceso a bienes básicos para la supervivencia del ser humano. Cuando presencian la falta de recursos, la carencia de necesidades básicas, como alimentos y agua potable, y las difíciles circunstancias de las familias y niños:

“Pero a veces impacta, pues eso, casos puntuales de fácil solución pero que allí no la tienen. Cómo hoy en día, con todo lo que se ha avanzado y todos los recursos que hay, cómo hay gente que puede seguir viviendo sin tener para comer ni para un agua saludable. Eso es un poco lo que más impacta” (Kanson Wouj).

“Haití es un país muy pobre y lo que más tristeza me daba era ver la cara de las personas. Descubría en su cara como esa pobreza extrema les había hecho perder el sentido de su dignidad. Que una madre o padre no pudiese responder a las necesidades más básicas de su hijo me daba mucha pena” (Rana).

“Me daba mucha pena su situación y el modo de vida en el que viven, sus pocas posibilidades” (Dril).

“También me daba pena cuando te das cuenta de la falta de recursos que tienen, vas a sus casas y ves las carencias” (Delfín).

“Tristeza porque venía gente muy pobre, recuerdo a un niño que tenía una herida del ciclón y la herida estaba perfecta ya pero eran diez hermanos y cuando venía le curábamos y le dábamos de comer. Le dabas alguna lata para los hermanos. Y un día hablando con la madre nos contó que el padre había muerto y que estaba sola con diez hijos y no se podía hacer cargo. Había una psicóloga y experta en género que trataban de ayudarla pero era un país muy patriarcal y sin un hombre en la familia, las mujeres y los niños daban igual. Al final te daba mucha pena, todas las mañanas teníamos al niño a las siete esperando y le citábamos para darle algo que comer pero no necesitaba venir” (Halcón).

- Dificultad de acceso a servicios sanitarios y precariedad en la atención médica. Los cooperantes expresan tristeza por la falta de acceso a atención médica adecuada, la carencia de recursos médicos básicos como antibióticos y suministros esenciales, y las condiciones deplorables en las que se ven obligados a tratar a los pacientes, especialmente a los niños.

“La escasez de recursos, no solo en el trabajo, sino en casa y en cualquier lugar a la hora de resolver [silencio, pensativo]. Allí la mortalidad cuando nacen los niños es muy alta. Deriva de una prevención penosa, ya no solo de los frotis y como se hace esto o lo otro. No, es en el parto, como llega, con roña” (Rinoceronte).

“Me da pena que un niño muera de una fiebre, me daba mucha tristeza que el acceso a la salud no fuese un derecho y esa alta tasa de mortalidad infantil” (Panthera).

“Sobre todo por los casos que eran de fácil solución, por ejemplo, con antibióticos o paracetamol y no los tienen. Ellos no mueren de patologías crónicas, mueren de fiebres o diarreas” (Panthera).

“Y cuando veía tanto contraste entre lo afortunados que somos nosotros y ellos lo mal que están y la incertidumbre de si podrán salir de eso. A veces

no nos damos cuenta de todo lo que tenemos y lo fácil que lo tenemos” (Jucumari).

“Las personas sin recursos que no pueden pagar, porque no hay sanidad pública, aunque fuese un hospital financiado hay que hacer un copago y a veces el que tiene una vaca poco puede copagar y tiene que hacerlo” (Colobo).

“Ella dió a luz bien, no hubo problema, el nacimiento a mí me hizo plantearme muchas cosas de nuestra sociedad, parecía que ni le dolía. Pero al nacer la bebé las condiciones eran muy malas. Solo disponíamos de dos mantas de la calle y un fardo que traía puesto, con el que el médico ve si está teniendo hemorragia y se va a morir o no porque allí no pueden derivarlas, se mueren allí y punto. Allí pesan el fardo y ven la hemorragia y una manta para la bebé [...] Cuando pasó a la otra sala, que estaba peor acondicionada, con cucarachas...ella estaba sentada queriendo irse a casa y no se iba porque el sangrado era tanto que se mareaba y tenía que ir en burra” (Sitatunga).

“Con un padre que vino con una niña pequeña con una neumonía muy fuerte. Que vino a mí, porque se enteró que había una blanca, viajando en burra dos horas y allí se esperaron hasta que me desperté. Que eso me generó mucha tristeza, pensé en su vulnerabilidad ante mí que no soy ni pediatra. Yo dentro de la casa ya escuchaba las sibilancias de la niña, no podía ni respirar. El padre me miraba con una cara de “Ayúdame, por favor” y lo único que hice fue un poco de salbutamol y la hidrate, porque no había bebido agua y le hice lavados nasales. Al día siguiente, el padre vino sin la niña, simplemente para arrodillarse allí. me dio mucha tristeza, ese amor incondicional del padre y que nosotros lo tengamos tan fácil, con agua y suero” (Sitatunga).

“Allí no hay nada, hay sitios donde el centro de salud como le decimos nosotros, hay solo una auxiliar, no hay ni médico ni enfermero ni nada. Por ejemplo, los antibióticos son todos pinchados, no hay insulina para los diabéticos, no hay oxígeno, no hay inhaladores, aquello es una medicina muy básica porque no llega nada. No hay farmacia, no encuentras los

medicamentos. Nosotros llevábamos muchas cosas y allí, a través de las monjas y sus contactos se compraba la medicación. Ellos es muy difícil que puedan ir a la farmacia a comprar algo y muchas cosas que nosotros hemos querido comprar no hemos podido porque no hay. Es una medicina totalmente distinta, por ejemplo, no existe la figura del pediatra en los pueblos” (Tunqui).

- Dificultad de acceso a la información. Cuando se encuentran con pacientes abandonados en la puerta del hospital sin información ni acompañantes:

“Otro caso que recuerdo es el de un señor pobre que nos dejaron en la puerta una noche, era sordo y al principio no sabíamos qué le pasaba porque no podíamos comunicarnos con él. Lo dejaron tirado en la puerta con una pierna fatal porque le había pillado un tren y hubo que amputarle la pierna. Al principio no sabíamos nada y después nos enteramos de todo, que era sordo, lo del tren y que los familiares no lo habían abandonado, sino que tenían niños y tuvieron que volver a su casa. Y ese señor lo metimos a quirófano sordo y no se enteró de nada y al despertarse ya no tenía la pierna, ya estaba su familia a lado para traducir” (Halcón).

- c) Imagen. Cuando el cooperante crea en la población del entorno de cooperación una imagen que no considera su autoimagen real debido a su manera de trabajar condicionada por la forma en la que se trabaja en el país del que procede:

“Simplemente a veces doy la imagen de ser un robot, una máquina, y me voy triste el primer y segundo día” (Tapir).

- d) Readaptación. Cuando los cooperantes deben regresar a su vida habitual tras la cooperación realizada y les cuesta asimilar lo que han experimentado.

“Y luego cuando llegas es como si pisaras en vacío y necesitas recomponer tu vida. Yo me quedaría allí en muchos momentos, cuando veo que aquí [España] se me va complicando. Este año en muchos momentos he querido volver a Turquía, porque allí es como si vivieras en una burbuja, trabajando y ayudando a gente en un lugar con conflicto mientras que aquí tienes que enfrentarte a problemas laborales, personales... Pero lo intento gestionar” (Búho).

“Yo creía que no lo necesitaba pero debí utilizarlo, porque empalme dos desplazamientos estando solo una semana en España y en Guinea fue donde me vi desbordada totalmente. Tu en el momento te ves bien y vas tirando pero igual sí que se me han quedado cosas” (Halcón).

“Tristeza he sentido en casi todas las cooperaciones, la sensación de abandono cuando vuelves a España. Se generan unos sentimientos tristes de acordarte de la gente cuando estás aquí, no es tanto allí y piensas que la situación allí sigue siendo un caos” (Tigre).

“Lo que más me llama la atención es la confrontación de emociones, cuando se lo explico a mis alumnos les digo que hay que hacer dos viajes, el de ida y el de vuelta. Cuando volvimos de Turquía nos dieron varios premios y yo les contaba a mis alumnos “Tú estás con ganas de llorar, cuando hablaba con mis amigos íntimos no paraba de llorar, y ahora el presidente te quiere dar una medalla y tienes que ir delante de las cámaras y sonreír”. Estás disociado, te hacen expresar unas emociones y te apetece expresar otras. Luego, a veces, ves cosas de tal magnitud que no te lo puedes creer, te parece una película. Lo estas viendo pero no puedes entender que esté todo tan destruido. Como esa sensación de estar fuera de la realidad, de verlo pero no tener la capacidad de poder asumirlo todavía” (Tigre).

4.2.4. El asco: la cucaracha en el plato

Lo identificamos como la respuesta emocional de aversión producida por algo desagradable o repugnante (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010; Walton, 2016). Los cooperantes muestran asco:

a) Condiciones higiénicas.

- Condiciones higiénicas laborales. Cuando trabajan o conviven con condiciones higiénico-sanitarias irregulares, por ejemplo, sin guantes o gel hidroalcohólico, sin poder lavarse las manos entre una citología y otra.

“Me acuerdo que el centro de salud era una habitación más pequeña de lo que puede ser tu habitación y ahí tenías que hacer todo y, por ejemplo, no

tenías ni luz ni agua. A mí me chocó que entre paciente y paciente no te podías lavar las manos. Hacías una citología y no te podías lavar las manos. Había gel hidroalcohólico, que está bien, pero cuando llevas diez citologías dime tú a mí el gel hidroalcohólico lo que funciona” (Guardabarranco).

- Condiciones higiénicas de aseo diario. Cuando deben ducharse con agua extremadamente sucia:

“En el último viaje a Camerún, el primer día te tenías que duchar y el problema era con qué agua te duchabas, el segundo problema era cómo te echabas el agua porque veías los cubos y estaban muy sucios. Yo pensaba, ojalá tuviera aquí el agua de la fregona de mi casa. Entonces cerraba los ojos y ponía la mente en blanco “que sea lo que Dios quiera, que yo me voy a duchar” (Tapir).

“Y con un baño sucio. Siempre decía que prefería vivir debajo de un árbol que en un sitio con un baño sucio” (Rana).

“Cuando necesitábamos ir al baño en otros sitios no había ni papel o un agujero en el suelo” (Delfín).

- Condiciones ambientales insalubres. Cuando hablan del olor derivado de la situación en la que viven, rodeados de basura o restos orgánicos que depositan directamente en la calle:

“ Imagínate lo del vertedero, además allí hay muchos huecos donde ellos tiran la basura directamente a la calle. Aquello es un nido de infección y de ratas y de todo. Al principio impacta mucho el olor” (Pájaro campana).

“Me acuerdo que enterraban las placentas por ahí. El trato de residuos era un tema de recursos más que cultural . Dormíamos en una tiendas de campaña al lado de donde tiraban las placentas, los fetos...el trato de residuos era muy malo” (Halcón).

- Condiciones ambientales relacionadas con la fauna del entorno. Cuando se encuentran insectos en su lugar de descanso o en los artilugios que utilizan para comer:

“Casi nada me da asco pero claro un momento de caracol gigante mozambiqueño en tu tienda de campaña si da mucho asco, pero no se lleva mal. Asco a determinados insectos tropicales” (Chimpancé).

“En Madagascar nosotros dormíamos en una especie de monasterio y las habitaciones que nos daban estaban cerradas todo el año. Entonces en mi habitación yo creo que tenía en el techo ratas o murciélagos o algo porque por la noche se salía la tierra” (Dril).

“Sentía asco algunas veces comiendo, ellos te dan lo que tienen pero algunas veces las condiciones higiénicas no eran las adecuadas. A lo mejor estaban los platos o cubiertos sucios, nos encontrábamos a las hormigas en la comida” (Delfín).

- b) Sistema sociocultural. Los cooperantes refieren asco hacia ciertos hechos desencadenados por la situación sociocultural del país donde se desplazan, por ejemplo:

- Situaciones derivadas del trato a la mujer: cuando los locales intentan entablar relaciones amorosas con las cooperantes o cuando encuentran situaciones de abuso a menores en la calle.

“En Mozambique intentaban todo el rato ligar conmigo, que es bastante desagradable” (Lobo).

“Un día que pillamos a un hombre violando a una niña de unos nueve años” (Kudú).

- Situaciones derivadas del sistema social estructural: cuando recuerdan la falta de derechos de una parte de la población derivado de su sistema social.

“Asco no físico pero sí social. Ver las injusticias de machismo, racismo, homofobia, maltrato estructural. Aquí no lo entendemos pero allí hay poblaciones sin ningún derecho. Ese asco de pensar que eso siga siendo una realidad en pleno siglo XXI” (Tigre).

c) Manipulación de alimentos. Cuando recuerdan la manipulación o la preparación de los alimentos que los cooperantes y los locales posteriormente ingieren:

“Me invitaron a una bebida que era lo más parecido a alcohol que tenían allí y al final del viaje me enteré de que para fermentarla la masticaban en la boca y la escupían. Eso me dio bastante asco” (Panthera).

“A veces sí, porque siempre cocinábamos en las cocinas de las mujeres de allí y algunas estaban muy sucias. Recuerdo una que tenían al cerdo muerto y lo tenían que cortar en una cocina muy sucia y a oscuras en la cocina, daba mucho asco. También un día que empezaron a caer cucarachas del techo. Otro día nos dejamos una caja mal cerrada y al abrirla salían muchas cucarachas. La carne que comíamos que se quedaba secándose al sol, llena de moscas y en los siguientes diez minutos estabas comiéndotela” (Jucumari).

“Con alguna comida, alguna comida que no estuviese bien” (Rana).

“Quizás he sentido asco relacionado con las comidas, la falta de higiene que hay allí y quizás aquí no hay tanto” (Guacamaya).

“Con la comida sentí asco. Sobre todo el día de la fiesta del cordero. Para ellos que no lo mires es una ofensa para ellos. Tuve que ver cómo lo mataban y rajaban entero y encima era una cabra que había estado viendo una semana y media allí, la cabra tenía alguna enfermedad y pegaba unas voces de noche muy altas y olía mal. No pueden hacerla a la brasa y la cuecen y lo utilizan todo. Con eso hacen un caldo con todo dentro y te lo presentan a ti, es una ofensa muy grande no comer pero me dio tanto asco que no pude comer. Me dio mucho asco” (Sitatunga).

4.2.5. La sorpresa: el burro que vuela

Entendida a efectos del estudio como la reacción emocional de asombro que surge de algún acontecimiento. Puede ser positiva o negativa, agradable o desagradable (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010; Walton, 2016). Los informantes expresan sorpresa:

a) Corrupción. Cuando constatan la irregularidad existente en las administraciones públicas. Se produce en los siguientes casos:

- Gestión de recursos públicos. Los cooperantes expresan su preocupación y desilusión por la corrupción generalizada en los países donde prestan ayuda, especialmente en el ámbito de la salud. Se mencionan casos de malversación de fondos, prácticas fraudulentas, empleados públicos que trabajan en el sector privado y la falta de acción para abordar estos problemas.

“Eran países muy pobres y la gente con la que trabajábamos no tenía casi nada y ver que sus propias gentes con un poco de autoridad se intentaran aprovechar y lo consiguieran. Pues eso sí que me ha causado mucho conflicto personal y profesional” (Quetzal).

“En Kenia, en relación social. En los otros sitios había mucha pobreza, pero en Kenia era súper llamativo porque, aparte de que es un país que es muy corrupto, hazte una idea de que es como si aquí hay un presupuesto nacional que luego se segrega en provincias y comunidades. Se va desperdigando el dinero de una forma ya muy llamativa” (Rinoceronte).

“Dentro de las mafias sanitarias hay packs turísticos, que son, pues eso, si tienes que hacerte un trasplante renal o una diálisis o una cirugía mayor por un cáncer de colón hacen packs y ofrecen en otros países como India o Turquía vuelo, estancia, operación y vuelta para allá. Pero eso es para la gente con dinero, lo que es a nivel de la sanidad pública que es donde va el grueso de la población de allí es algo exagerado” (Rinoceronte).

“Y luego, la corrupción que hay. Hay personas trabajando en la sanidad pública, cobrando un puesto de trabajo y, sin embargo, dicen que están ahí, pero están en el edificio de enfrente que es la sanidad privada” (Rinoceronte).

“Y entonces hacía como quería y como [Sonido y gesto indicando que la sutura estaba hecha al azar] y “Hala, para su casa” Pero claro como hay una corrupción brutal, pues nada” (Rinoceronte).

“Lo que más me sorprendía es que nadie hacía nada para cambiarlo [la cooperante habla de la situación de precariedad del entorno de cooperación]...” (Pájaro campana).

- Intercambios monetarios no regulados. Cuando les ofrecen sumergirse en el sistema de corrupción a través de intercambios monetarios o con personas si quieren tener ciertas facilidades:

“Nosotras tuvimos un problema con la embajada española, llevábamos el visado para tres meses cerrado pero al ir el primer mes para que nos sellaran como que estábamos allí pues nos dijeron que solo teníamos visado de un mes y que teníamos que irnos de Mozambique. Y claro, te ofrecen que les pagues dinero y no hay problema. Y claro, para nosotras lo fácil habría sido pagar y seguir contribuyendo a la corrupción de ese sistema pero por principios decidimos no pagarles” (Kudú).

“Me sorprendió mucho que en el coche que íbamos en un recorrido corto te paraban constantemente, para ver cuantos íbamos en el coche o por qué estábamos allí. Llevaban metralletas y ahí sentías mucho la corrupción. El propio policía que te paraba intentaba comprarnos a cambio de animales. Luego nos lo contó Malik (el jefe de la ONG) de broma pero vamos, que un hombre con metralletas intente comprar mujeres de las que llevaba pues sorprendía” (Sitatunga).

- b) Cultura. Cuando encuentran aspectos relacionados con la cultura y el entorno de cooperación que les impresionan. Se producen ante las siguientes circunstancias:

- Acogidos. Los cooperantes expresan su sorpresa positiva al descubrir la amabilidad, la solidaridad y la adaptabilidad de las personas con las que trabajan en contextos difíciles. Mencionan gestos de generosidad, apoyo emocional y resiliencia que les han sorprendido gratamente durante su labor de cooperación, por ejemplo.

“En Etiopía he sentido mucha sorpresa porque la cultura era muy diferente al resto de países africanos que conozco y no me lo esperaba. La gente es más acogedora, se preocupa más por ti, es menos interesada.

Etiopía es un país que es complicado entrar y acceder a la gente pero una vez te conocen son muy cercanos y te valoran, es muy fácil comunicarte con ellos y eso me ha sorprendido” (Lobo).

“Allí en ese barrio trabajábamos en un centro de salud y recibíamos sobre todo niños en periodo pre y postnatal y las madres embarazadas. La gente siempre apreciaba el servicio y cuando había problemas, era para todos. Si había tiroteos y no se podía salir del centro era para todos” (Rana).

“El día que los niños de la escuela me prepararon una sorpresa por mi cumpleaños y fue muy bonita” (Kudú).

“La confianza, por ejemplo, lo que más me hizo replantearme todo. Yo tengo problemas de rodilla, estoy operada y se me sale constantemente. Un día había mucha humedad y se me quedó pillada la rodilla. Allí había que andar para todo, entonces me levanté al desayuno y como es una comunidad allí cada uno hace algo y te meten en la comunidad. Yo llevo aquí, en España, trece años con problemas de rodilla, en situaciones extremas he tenido que ir a paritorio con la rodilla fuera porque ninguna compañera me ha ayudado. Y allí me levanté y me sentí observada, no había cojeado ni siquiera. Primero los niños y después los adultos, me tocaban por si tenía fiebre o que me pasaba y ya tuve que dar explicaciones y es porque ellos en los días que llevaban conociendome sabían que yo era diferente, que yo por las mañanas tenía buen humor y sonreía o ayudaba con los bebés. Y ese día no pude, fueron cosas básicas, pero yo por dentro entendí que esas personas miraban por mi y en España llevaba años sin sentirlo en mi trabajo, esa empatía, ese amor incondicional. No tienen nada para cuidarte...[se emociona y comienza a llorar]. El resto del día lo pasé cojeando, los niños no paraban de traerme bicicletas y me preguntaban, amigos de nuestra edad vinieron en caballo para preguntarme como estaba, no estaba asustada porque fue una lesión leve. En España me han pasado cosas peores y he tenido que ir andando al hospital, nadie me ha acercado en coche. Me pasé el día pensando en qué sociedad vivimos. Fueron muchos ejemplos pero este es el que más me muestra la diferencia de valores, a partir de ahí pensé en lo diferentes que somos como personas, lo miro con otros ojos. Vi la bondad que llevaba

años sin ver. Hay que tener unas gafas muy amplias para ver aquello que me pasó” (Sitatunga).

“Fue un choque cuando ví lo que ese driver hizo por mi persona cuando me asustaba parando el coche, gastando sus datos para ponerme canciones...” (Sitatunga).

“He sentido sorpresa en todas y sorpresas muy agradables. La gente te sorprende, cuando cooperas llevas unas expectativas siempre prudentes por miedo o respeto porque no sabes lo que vas a encontrar. Y luego siempre es una sorpresa muy agradable, la gente local te trata muy bien y el trabajo es muy gratificante. Tienen detalles contigo que se agradecen mucho. Te sorprende mucho también como ellos son capaces de adaptarse con los recursos que tienen, pensamos que solo lo nuestro es válido y vamos allí a ayudarlos y ellos se apañan bien con lo que tienen y viven bien, te sorprende materiales con los que curan y luego tienen incluso una base científica” (Chimpancé).

“La gente es muy diferente pero muy agradecida. Son muy demandantes pero muy agradecidos” (Halcón).

“Sorpresa sobre todo cuando ves estas situaciones tan dramáticas o que rompen tanto esta sociedad, ves cosas que no te imaginabas y hay gente buena, es muy bonito. Por ejemplo, un día en Turquía estábamos muertos y apareció un hombre que tenía un puesto de kebab y apareció un hombre diciéndonos que si habíamos ido a cuidar a su pueblo él nos quería dar de cenar esa noche. Son detalles que cuando estás allí días y días trabajando y pasando hambre pues se agradecen mucho” (Tigre).

- Naturaleza y entorno: cuando observa su flora, fauna y cultura.

“La sorpresa sobre todo por la fauna y la flora de allí, como la que ves en las películas pero mil veces más bonito todavía” (Panthera).

“Me generaba mucha sorpresa cuando llegábamos por primera vez a una comunidad, el paisaje y todo lo que veíamos me generaba mucha fascinación y sorpresa. Recuerdo a una que llegamos casi de noche y

había que andar media hora y estaba lleno de luciérnagas y parecía un cuento de hadas” (Jucumari).

“He sentido sorpresa continuamente, con todo, las casas, la comida, la gente, los niños, la naturaleza es explosiva. Desde que amaneces hasta que te acuestas es un mundo totalmente distinto al nuestro” (Tunqui).

“Sentía mucha sorpresa porque pensaba que África estaba subdesarrollada y me lo imaginaba más tipo desierto o lo que se ve en las películas pero cuando llegué vi que era como un barrio de aquí con menos dinero, simplemente eran calles muy sucias y deterioradas” (Dril).

“Los primeros días fuimos a hacer varias presentaciones a un sitio que tienen allí con gente de Picota y conocer por primera vez a esa población nos generó sorpresa” (Delfin).

- Sororidad. Cuando observan el empoderamiento de las mujeres y el fuerte apoyo entre ellas en las comunidades donde trabajan.

“La sorpresa me la he llevado en el empoderamiento de la mujer, en cómo las mujeres se apoyan unas a otras, su matriarcado y cómo trabajan y llevan a sus niños hacia delante” (Kudú).

“El sentimiento de ser mujer está agudizado, no sé si quizás el sentimiento maternal. Ellas me veían enferma por no tener hijos. Un día hicieron un corro y le pidieron a Ana [la coordinadora] que tuviera un hijo y me lo diese” (Sitatunga).

- Costumbres culturales. Cuando observan sus acciones asociadas a diferentes costumbres culturales, ya sea en sus similitudes en gustos musicales con los de los cooperantes o sus diferencias a la hora de convivir diferentes religiones. También se encuentran sorprendidos cuando descubren los valores asociados a las prendas utilizadas en sus festejos, la manera de considerar la intimidad de las personas o sus rituales en torno al nacimiento y la familia.

“Nos parecemos más que las diferencias que tenemos, fíjate, la música nos ha unido. Desde el primer día que fui a Guatemala me llamaba la

atención que todo el mundo escuchaba a artistas españoles de los años setenta continuamente en la radio y yo alucinaba. En mi pueblo en 1973 y 1974 yo paseaba y las radios estaban encendidas, las mujeres hacían el sábado [hacían su limpieza el sábado], ibas a un taller y escuchabas a Roberto Carlos, el brasileño, hablando en la radio. Paso en 2018 por un taller en una calle de Nicaragua y el mismo Roberto Carlos hablando por la radio cincuenta años después” (Tapir).

“Quizás la ilusión de ver un mundo nuevo, gente nueva, lugares nuevos. Eso hace que para mí la sorpresa se transforma en ilusión, salir a la calle y disfrutar de esa calle que te recuerda a tu pueblo de 1962 y las personas las ves humanas y deseas hablar con ellas para establecer esta simbiosis cultural. Un ejemplo de esta simbiosis cuando en Camerún veía al acompañante de una enferma, un negro de treinta y cinco años, corpulento, de más de dos metros con 150 kg, que mientras esperaba a su mujer siempre estaba escuchando a Julio Iglesias. Eso me sorprende a mí, me acerca a él. El se acerca a España a través de la música” (Tapir).

“En Mozambique suelen ser muy creyentes pero conviven. Unos son cristianos y otros musulmanes pero se respetan. Cuando tienen la fiesta los cristianos trabajan los musulmanes y cuando la tienen los musulmanes trabajan los cristianos. De hecho los niños te preguntan en qué crees tú. Para ellos tienes que creer en algo, da igual cual elijas. Ellos no ven raro que tu tengas una religión diferente a la suya. Ojalá aquí se tuviera igual de aceptado las diferentes religiones” (Kudú).

“Y al cabo de un minuto, en el que yo estaba asustada porque sangraba mucho, entraron las mujeres que habían venido con ella con un barreño de agua. Y cómo hablan un idioma que no me podía entender me comunicaba con los gestos y con los ojos. Entonces ellas le lavaron los pechos ellas a ella, y comprendí que le estaba dando la lactancia en tándem a otro bebe y no podía ponerse a la bebe recién nacida por la saliva de la bebé anterior. Le lavaron los pechos y se los masajearon para estimularle la oxitocina. Me sorprendió mucho que estaban haciendo de matronas pero algo muy natural, dejó de sangrar y se fué, ella iba muy triste, jamás he visto una desgracia tan grande en los ojos de una madre y

de una hija, pero luego acabé entendiéndolo a nivel cultural porque me explicaron que ellas no pueden mostrar ningún interés ni alabar a la niña que nazca porque Dios y el universo se lo pueden arrebatarse como lección de vida. Por eso no les ponen nombre o no los enseñan. Yo me quedé tan asustada que fui en moto a una aldea que estaba lejos, iba con mi crema antibiótica para ver si tenía infección. Suerte para mí que me la encontré muy feliz, ella me la presentó contenta. Aquello fue un choque cultural muy grande, porque yo había pasado tres o cuatro días preocupada por esa mujer y luego resultó ser una costumbre cultural. Y a ella se le había cerrado la herida sola” (Sitatunga).

“Me sorprendieron los bailes, cómo se pagan entre ellas para bailar y cantar porque eso cansa mucho y que me metieran en esa fiesta y me acabaran pagando me sorprendió mucho. Parece mentira, lo ves en la tele y tal pero cuando estás dentro alucinas” (Sitatunga).

“En la zona de los grandes lagos es una zona con varias tribus poco evolucionadas y varias culturas. Vivían en cabañas hechas con excrementos de vaca y la luz y el agua teníamos que llevarla nosotros. Cada cultura tenía su propia idiosincrasia y era sorprendente los valores que tenían. Yo, por ejemplo, trabajar como médico era muy difícil [...] Culturalmente, me llamaba mucho la atención en la isla de Zanzíbar esa población musulmana que se vestía al estilo de Dubai, de negro absoluto, con el yihad, con sus modas. Aunque luego, en la realidad, cuando llevas un tiempo y conoces a la gente te das cuenta de que es una fachada, lo hacen así por miedo a la sociedad. Me parecía más chocante la economía, en las islas musulmanas. En el interior de Tanzania, que es donde más sitio estuve, son poblaciones muy atrasadas, por ejemplo, hacer una falda de cuero a la mujer que se va a casar y que sea el objeto máspreciado, algo valiosísimo, lo conservaban como una propiedad, como si fuese una casa” (Colobo).

“El conocimiento de esas poblaciones. El comenzar a hablar swahili, es la lengua franca. Me sorprendía como eran entre ellos y como hablaban entre ellos. Me gustaba irme con el coche e iban personas de diferentes tribus y me sorprendía cómo ven las cosas. Me sorprendía que estabas

durmiendo y se venían a la cama a hablar contigo, la falta de intimidad o espacio personal que allí no lo tenía” (Colobo).

“El peruano de la selva es muy introvertido, estas hablando con ellos y te dice a todo que sí y no sabemos si lo entiende o no. No te expresan mucho sus sentimientos, te dice que sí y no sabemos si después hace lo que quiere. De hecho se les muere un hijo y nace otro y ya está, es otra manera. La vida, la muerte y las familias no tienen el mismo sentido que para nosotros. El cariño o el amor que ves en España de una madre a su hijo es de otra manera, no los tratan mal pero no tienen ese apego que tenemos nosotros, los abandonan en seguida. De repente una madre se va y deja al padre con los hijos y no aparece o los dejan con los abuelos. No somos iguales, está claro” (Tunqui).

“Si que recuerdo con los partos que ellas paren super bien, tú te empeñas en que se coloquen en el potro y ellas dan a luz donde sea” (Halcón).

“Me impactó mucho la prisa que tenían siempre por volver a su casa, querían llegar, que les quitaras el dolor e irse, en cuestión de cinco o diez minutos. Por lo visto suelen estar acostumbrados a eso, a no permanecer en el hospital” (Leopardo).

- Rituales asociados a la muerte. Cuando observan la manera de ver la muerte de los locales donde cooperan o los rituales con los bebés recién nacidos.

“Una cosa que me sorprende mucho es que utilizan la expresión “ya murió”, para ellos la muerte está tan presente que decimos ha muerto. Pero ellos tienen la muerte tan presente y les acecha tanto que se esperan que les pase cualquier día” (Kudú).

“En Mozambique me impactó mucho que llevábamos paritorio y cuando nacían los niños no les ponían nombre hasta que el niño no era grande y veían que iban a vivir. Tienen una tasa de mortalidad infantil altísima y al principio no lo entendía, yo en mi zona de confort y en mi país sin mortalidad infantil a penas ni te planteas ese tipo de cosas” (Halcón).

4.2.6. La frustración: el pájaro enjaulado

La frustración es el resultado de la discrepancia entre los objetivos definidos culturalmente y los medios que la sociedad facilita para alcanzarlos (Cloward y Ohlin, 1960; Cohen, 1955; Merton, 1938,1968). Reconocida en el estudio como la respuesta emocional caracterizada por la impotencia que surge cuando se producen acciones que impiden a las personas obtener algo que se les ha hecho esperar basándose en experiencias pasadas (APA, 2018c). Los informantes expresan frustración:

a) Normas sociales. Cuando encuentran problemas asociados a normas sociales muy diferentes de las establecidas en sus países de origen, por ejemplo:

- Problemas asociados a la intervención. Cuando deben modificar su discurso o la manera de intervenir para evitar que los autóctonos se molesten o se avergüencen de hablar sobre ciertos temas.

“Muchas veces todo lo que querías era intervenir o de la forma en la que querías intervenir y te cortaban las alas por nuestra forma tan europea de actuar. No le podías decir a un padre “marero” que su hijo no iba al colegio por su culpa, tenías que darle la vuelta y culpar a factores externos pero no podías culpar a la persona directamente, cuando aquí en España sí que lo hago” (Colibrí).

“La tasa de violencia es muy alta y lo más complicado es combatirla porque si la ONG tiene que tener cuidado con la idea de que “el blanco viene a salvar al indígena”, tenemos que dar una asistencia desde la colaboración y que no entorpezca lo que ellos entienden como sus costumbres. Entonces imponer los derechos de las mujeres o, simplemente, los derechos humanos allí cuesta y causa rechazo. Tienen que ir “con pies de plomo” porque no quieren enemistarse con el hombre” (Panthera).

“La cultura, por ejemplo, con respecto a la muerte. Ellos cuando entraban en quirófano y tú les decías “Tumbese en la camilla”, te miraban raro porque la palabra tumbar para ellos la relacionan con la muerte y que a la hora de operarse se lo digas no les agradaba. Tienes que intentar decirlo de otra manera para que no entrasen con esa sensación de invocar a la muerte al quirófano” (Guacamaya).

“Tuve un choque cultural impresionante que me sirvió para valorar y darme cuenta de ciertas cosas y reflexionar. Hablaba mucho con las niñas el tema de la menstruación y para ellas era lo más sucio e impuro del mundo cuando otras cosas que me enseñaban ellas a mí pero para hablar de la menstruación era un problema, se avergonzaban, se escondían” (Kudú).

“A veces es muy complicado, dependiendo de la postura. Muchas veces nosotros nos creemos con el poder y la sabiduría y llegamos queriendo enseñarles y, evidentemente, esos pueblos tienen su forma de hacer las cosas y se pueden sentir amenazados y hay enfrentamientos” (Pájaro campana).

“La forma de llegar a la población tiene que ser adaptada al medio, no se puede ir con ideas nuestras de libertad de pensamiento, por ejemplo, para promover el sexo seguro teníamos que ir con trabajadores del sexo, que no existen en países musulmanes, entonces tienes que reclutar siempre personas que trabajen con ellos. No puedes poner un sitio donde la gente vaya públicamente a coger preservativos, tienes que poner máquinas en determinados sitios donde quede oculto. Adaptándose al medio se consigue, siempre que no llames la atención, siempre que no te pongas a gritar que tienes preservativos y que las autoridades lo vean” (Colobo).

- Problemas con el trato a las personas. Cuando la manera de relacionarse de manera intrafamiliar por parte de los locales o entre las diferentes tribus vulnera derechos considerados universales para el cooperante.

“En República Dominicana fue menos tiempo y me chocaba cómo se establecen las relaciones dentro de las familias o con la comunidad. Hay que discernir hasta qué punto es algo cultural y cuándo infringe los derechos humanos del otro. Tú puedes decir que nos relacionamos así pero si estás sometiendo a alguien y coartando sus derechos... o abusos, que allí sí que hay muchos” (Pájaro campana).

“Sí, muchas veces he sentido frustración e impotencia, sobre todo con el tema de derechos humanos, en Burundi mucho y en Palestina” (Búho).

“Frustración de no poder cambiar los sistemas a nivel general” (Tigre).

- Problemas asociados a la manera de tratar la muerte. Cuando se encuentran incluso la inexistencia de duelo o rituales muy diferentes por parte de los familiares:

“Ellos tienen otro valor de lo que es la muerte. Por ejemplo, los niños no tienen funeral. Si están fuera de su poblado, abren un agujero en la carretera, lo entierran y allí lo dejan, no tienen como nosotros ese valor hacia los niños. Además tienen muchos y les cuesta mucho trabajo criarlos y es la ley del más fuerte. El más fuerte es el que sale hacia delante” (Hipopótamo).

“Pues, por ejemplo, ellos tienen la creencia de que un niño ya se muere, está enfermo y ellos no lo viven como nosotros. Para ellos es el más fuerte de la naturaleza. Las madres es como si no los sintieran como nosotros aquí porque tienen muchos y dicen que eso es lo que dios quiera. Entonces he tenido muchos niños que me los han llevado muriendo y, por ejemplo, no he conseguido que la madre se quede con el niño. Me lo han dejado allí hasta que se ha muerto y la madre estaba fuera de la habitación y nosotros queríamos que acompañara a su hijo y ellas no, se quedan fuera. Esa es una de las cosas que te chocan más” (Hipopótamo).

“Yo soy atea pero totalmente respetuosa con las creencias que me rodean. Más un choque en cómo esa cultura y esa, probablemente, religión y el contexto en el que viven estas poblaciones afectan a cómo se confronta, por ejemplo, el duelo cuando un niño se muere... Y luego por otro lado, el duelo, es una cosa que choca bastante cuando te enfrentas a casos de muerte entre un niño que se muere en un hospital en España y un niño que se muere en un hospital de África. La diferencia de cómo la familia y el entorno lidia con eso es abismal. Te choca muchísimo al principio. Aquí un duelo es un drama para la familia, el personal sanitario y cuesta mucho llevarlo, incluso se prepara todo para el duelo si ya se sabe que el niño va a morir. Allí no, allí no se les permite ni a la madre como principal cuidadora tener duelo, no existe. Lo que le dicen los médicos o los familiares que estén allí es “no llores, hay que ser fuerte y tirar para adelante”. Al tener más niños en casa es ley de vida y no tienen ese espacio de duelo, no se ni si lo necesitan” (Lobo).

“Y esa parte del duelo donde siento que las madres no pueden expresarse como querían porque la cultura no permite ese duelo” (Lobo).

“De hecho se les muere un hijo y nace otro y ya está, es otra manera. La vida, la muerte y las familias no tienen el mismo sentido que para nosotros” (Tunqui).

“Ellos la muerte que peor llevaban era la muerte del padre, se les morían los niños y era una pérdida que podían asumir, no digo que no les importara. Pero que se muriese en que traía dinero a casa, eso era diferente” (Halcón).

“Había un bebe de dos años y estaba muy desnutrido, entonces les propusimos a los padres llevarlo al hospital y así con un tratamiento se podría salvar esa desnutrición tan extrema que tenía, hasta era complicado derivarlo al hospital porque tenía dificultad hasta para respirar. No le aseguraban a la familia que el niño pudiese seguir con vida, si fuese mi hijo yo habría dicho que claro que se lo llevase el personal de la ONG, pero finalmente esos padres decidieron que no se lo llevaba la ONG porque era una familia de tres hermanos y el padre trabajaba y la madre cuidaba, si el padre se iba la madre no tendría dinero para alimentar y cuidar a los otros (sería un viaje de 15 días o un mes) y si la madre se iba no podían cuidar a los otros hijos. Tampoco les aseguraban que el hijo fuese a vivir, entonces no querían que muriese y no estuviese la familia unida y no pudiesen despedirse todos de él. Tampoco querían poner en riesgo la vida de los otros hermanos y no contemplaban que el niño se viniese solo con nosotros. A mí de primeras me chocó mucho” (Panthera).

b) Trato a personas con discapacidad. Cuando encuentran situaciones de maltrato o abandono hacia a las personas con discapacidad, limitando sus movimientos, descuidándolos o imposibilitando, dados sus recursos, su acceso a ayudas estatales desde donde viven. O, por ejemplo, cuando se ven obligadas a abandonar su estudio sobre personas con discapacidad debido al ocultamiento gubernamental de poblaciones marginales y desasistidas:

“Entonces nosotras teníamos que hacer un pequeño registro y desde el Ministerio y el Hospital nos pusieron muchísimas trabas porque, como te he dicho, ellos no lo tienen aceptado. Si lo tienes aceptado facilitas a la gente que te ayude. No querían tampoco que otro país sacase las pegadas de cómo

tratan a sus niños. Ahí sí que nos sentimos súper limitadas porque es que nadie nos quería atender” (Guardabarranco).

“Pero ya te digo, muy poco. No pudimos hacer apenas nada. Es que no te dejaban, de hecho, tuvimos que ponernos en contacto en mitad de los dos meses con Quesada para decirles que no íbamos a poder empezar y que no nos dejaban” (Guardabarranco).

“Ibas por las aldeas rurales y me acuerdo perfectamente de un día que estaba uno encadenado, tal cual eh [mucho énfasis, eleva la voz con tono de indignación]. Encima del porche, en la entrada de la puerta y súper descuidado, porque, aunque sean pobres no van con la ropa rota. Hecho un desastre el niño” (Guardabarranco).

“Lo que más me chocó fue el estado en el que están allí, por ejemplo, se me viene a la cabeza como una madre me pidió ayuda porque su hijo tenía una discapacidad y estaba desesperada. A mí me generó un choque por la dificultad de la situación, esa mujer allí no iba a poder hacer nada con ese niño, sin perspectivas de futuro porque no tenía recursos para que nadie le apoyara en eso. Fue un choque pensar que en España eso se soluciona enseguida y allí es imposible. A las personas con discapacidad no se les trata, en la primera comunidad que llegamos el profesor de la escuela me pidió ayuda porque necesitaba que el niño tuviera un diagnóstico para poder hablar con el gobierno de Bolivia para que le mandaran algún recurso, pero que sin diagnóstico no se podía. Y claro, para diagnosticarlos tenían que desplazarse a la ciudad, dos o tres días en canoa y bastante dinero, cosa que no se podían permitir. Entonces él me contaba que lo que intentaba era hacer lo que podía pero eran muchos niños con discapacidad. La madre decía “mi hijo es retrasado y yo no puedo hacer nada con el” lo tenía un poco descuidado, lo cuidaba hasta donde podía y sino pasaba” (Jucumari).

“He sentido frustración, sobre todo cuando estás pasando consulta y ves a niños que aquí no iban a estar así. Muchos retrasos psicomotores o con patologías que aquí tendrían atención temprana y te frustra porque, lo intentas, pero no se puede hacer más” (Tunqui).

c) Blanco provisor. Cuando tratan, en ocasiones, de recurrir a ellos de manera personal, considerando a las personas de raza blanca económicamente superiores a ellos:

“Pero había situaciones de niñas dando a luz con quince años, que están solas y te piden ayuda. Y te ponen un poco entre las cuerdas porque al ser extranjero te la piden y tú tampoco cuentas con recursos allí para poder ayudarla” (Guardabarranco).

“Pero a mí lo que más me impacta es, por un lado, si encuentras un caso asistencial en un momento dado que la gente no tiene donde recurrir y te lo presenta a ti. Creyendo que tú lo vas a poder solventar cuando no puedes solventarlo, eso impacta mucho” (Kanson Wouj).

“Trabajar como blanco en África es complicado desde el punto de vista de que ellos te ven como una persona rica y es muy difícil que cambien ese valor de ti y tienes que trabajar mucho con ellos para que cambien esa visión y puedas trabajar al mismo nivel” (Lobo).

“Y además allí tu para ellos eres un “billete andante” y cuando estás allí lo entiendes. Las oportunidades que tienes tú no las tienen, no saben ni de dónde vengo, ni a dónde voy ni que tengo, simplemente soy blanca” (Kudú).

“Te ven blanco y desentonas mucho, éramos los únicos blancos del aeropuerto, entonces se abalanzaron encima nuestra para vendernos cosas” (Sitatunga).

d) Dificultades laborales. También expresan frustración ante la dificultad para realizar su trabajo por obstáculos surgidos en su gestión de los recursos y formación de los sistemas sanitarios. Encontramos ejemplos en las siguientes circunstancias:

- Desorganización. Cuando existe una carencia de protocolos de organización, actuación y evaluación; tanto a los profesionales o como a los pacientes tras la educación sanitaria. Por ejemplo, algunos cooperantes indican tener que trabajar sometidos a sistemas de jerarquización y tener que acatar las normas de superiores sin explicaciones ni posibilidad de modificación en beneficio del proyecto.

“Y las enfermeras que había, que no eran todas enfermeras, no tenían ninguna experiencia. Porque igual había una enfermera, una técnica de laboratorio que una auxiliar. Entonces no tenían formación para tratar a crónicos que es realmente lo que hacen en esos dispensarios. Entonces pues fue la desorganización. Luego por otra parte, ellos tienen un programa, una cartera de servicios, pero que nadie evalúa. Nadie controla ni tienen una manera de llevar un trabajo de manera ordenada. Esa era la principal diferencia” (Antílope).

“A diario sentía frustración con la gente que no se quería medicar y gente que con las curas que les estás haciendo y lo que les estás enseñando podrían estar bien y no se curan. Yo me frustraba mucho porque yo me desplazaba allí con mi mentalidad blanca de europea” (Kudú).

“En paraguay por su historia misma, ha sido un país con la dictadura más larga de sudamérica, más de 30 años, y terminó recientemente en 1989, eso cala mucho en la población. Entonces, se mantiene todavía un sistema muy jerárquico, de quien es el jefe y porque lo dice el jefe y no importa nada más. No era algo contra mí porque viniese de fuera, a otros compañeros igual no se les tenía en cuenta porque estaban en otro escalón, es muy jerárquico” (Pájaro campana).

“Con el médico sentía frustración cada día porque creo que nosotras hemos aprendido de manera errónea como se aprende, es decir, no sabemos enseñar bien. Entonces al médico, como yo veía que lo hacía todo mal, a mi parecer, que eso está también mal pensarlo. Nosotros llevamos cajas y cajas de material estéril y él lo abría y las dejaba abiertas, sin guantes, con las

manos sucias...con las infecciones que hay allí. El primer día fue muy frustrante porque yo no podía corregirlo, él es el médico y tú no te puedes meter. Es el nivel de frustración más alto que he experimentado en mi vida, ni con una estudiante que sea torpe, va a volver mañana y tenía unas colas en el consultorio con la malaria. En realidad eran cosas que podía gestionar en dos segundos si lo hacía bien. Fueron tres o cuatro días hasta que pude explicarle algo. Era frustrante ver a esas personas tan malas, que tu tenías las herramientas y se habían vuelto a su poblado, se habían gastado un dinero que no tenían, habían hecho un recorrido de horas para ver a ese hombre y les había removido las bacterias de la herida” (Sitatunga).

“En algunos de los proyectos he sentido frustración porque no lo veía bien definido. Hay una pobre identificación de necesidades, esto existe mucho en la cooperación porque tú les dices a los países que necesitas y ellos te sugieren todo. Si que me he frustrado cuando yo me he preparado un tema y voy y lo doy y por la tarde me he encontrado a los cooperantes de otra ONG y les pregunto que has impartido y me dicen que lo mismo, y ya no por mi sino por ser un recurso público, como un recurso desperdiciado” (Camello).

- Roles indefinidos. Cuando los cooperantes deben adquirir roles laborales diferentes a los suyos:

“Urgencias y maternidad lo tienen en la misma sala, una sala muy grande y allí te podías encontrar todo lo habido y por haber” (I2MENF), o cuando deben ejercer con roles diferentes a los que ejercen en su país: “Teníamos pues lo mismo que si tú tienes una consulta de enfermería aquí en España, lo que pasa que allí coges el rol de médico, prescribes y haces de todo” (Guardabarranco).

“Yo allí aprendí cosas que una enfermera no hace en España ni en República Dominicana porque tienes que hacerlo, no te queda más remedio. Porque si llega una urgencia y no hay médico, tienes que hacerlo. Asistir un parto, coser heridas grandes o venas y tendones... cosas que en otro lugar

no haría pero allí la necesidad te lo impone. Es cómo trabajar siempre en un estado de urgencia, no en todos los sitios donde trabajé había medios. Por ejemplo, trabajé en un hospital en el sur de Haití, un hospital rural, durante seis años. Y durante las fiestas los médicos y enfermeras se iban y te llegaba de todo. Tuvimos una epidemia de fiebre tifoidea y tenías que tratarlos como médicos, tenías que averiguar y hacer lo que pudieras. La necesidad te obligaba a aprender rápido” (Rana).

- Sistemas de formación ineficaces. Cuando encuentran la carencia de sistemas de formación eficaces, por ejemplo, cuando basan su mecanismo de aprendizaje con personas a videos de internet que encuentran, considerándolo un medio adecuado para formarse y tratar la vida de las personas que se encuentran en sus manos.

“Algunos adjuntos jóvenes o residentes que se quedan allí, hacen unas guardias horribles, algo infernal. Entonces claro, yo le decía a una muchacha que había allí ayudándonos “¿Y entonces tú cómo han aprendido si no hay nadie enseñando?” y me decía ella “Mira, yo lo primero que aprendí es a no hacer daño y yo a veces he estado operando pues con el video de YouTube ahí delante y nada, yo llamo a mi adjunto y me dice tu nada tu haz lo que te dé la gana pero que no sangre, cualquier cosa pero que no sangre”. Y entonces hacía como quería y como [Sonido y gesto indicando que la sutura estaba hecha al azar] y “Hala, para su casa” Pero claro como hay una corrupción brutal, pues nada” (Rinoceronte).

“Yo entré en el hospital y le dije a mi amiga “aprendes tu a cogerme la vía” [indicando que confiaba más en ella, abogada, que en el personal sanitario de allí]. Muy diferente, por ejemplo, el enfermero que estaba en el centro de lepra tenía poquísimo material y asepsia cero, hacíamos las curas sin mascarilla y al aire libre. Muy poco material y formación. Antes de irme conseguimos mucho material que nos donaron y gracias a eso pudimos avanzar bastante con el tema de las curas. Porque allí existe su sistema sanitario y tienen su hospital pero yo no me pondría en esas manos” (Kudú).

- Lentitud de actuación. Cuando trabajan lentamente en urgencias vitales o cuando los locales indican que no soportan el ritmo de trabajo de los cooperantes y tienen que modificar su ritmo de trabajo.

“Cuando se pueden hacer cosas por los niños y tus compañeros sanitarios no te ayudan porque no ven la urgencia que tú ves. Esa frustración se acaba convirtiendo en ira y esa ira en enfado con todo el mundo. Sobre todo al principio, ahora la manejo de otra manera” (Lobo).

“Tuve un choque sobre el acceso que tienen a los recursos más que a las creencias. El tener muy asumido cuales son los resultados finales y como pediatra que te has entrenado en occidente no te cabe en la cabeza que la gente no corra cuando hay una urgencia o que cuando se para un niño todo el mundo desaparezca. Eso fue un choque que me costó mucho asumir porque era bastante frustrante. Había cosas que no se podían hacer pero había otras que sí se podían hacer y no se hacían, porque nadie se lo había explicado o porque ya tenían muy asumido que no había nada que hacer” (Lobo).

“Cuando alguien entra al hospital intento que sea atendido lo más rápido posible. De tal manera que cuando nosotros vamos allí con un programa de trabajo bastante elevado, es decir, hay que hacer 14 intervenciones y allí nos prestan cierta ayuda, pero ellos van muy lentos. Recuerdo que prácticamente todos los días nos decían que vamos muy rápido y no aguantan el ritmo” (Tapir).

“Yo soy muy ambicioso en el trabajo. Me gustaría hacer más, aprovechar más el tiempo o que las cosas salieran mejor pero si no lo consigo no me frustro” (Tapir).

“ Yo no salgo mucho del quirófano, trabajamos con un anestesista que es de Malabo y con una enfermera de allí. Por lo general, ellos se cansan muy rápido y se quedan dormidos, se cansan muy rápido, no siguen el ritmo que nosotros seguimos. El anestesista que te digo, es de malabo y negro, un día nos dijo “trabajáis como negros” y le dijo un compañero “No te confundas, trabajamos como blancos”. Ellos no están acostumbrados a nuestros ritmos y se cansan” (Dril).

“Yo trabajo mucho con niños que están muy graves. Sí que recuerdo la primera vez que me chocó y que no entendía nada cuando llegué a Mozambique, las primeras semanas allí. Cuando había un caso de un parto prematuro, gemelos, en un hospital rural donde no había ni oxígeno y donde tu llegas recién salida de la residencia con ganas de hacerlo todo en un lugar donde está todo disponible y llegas a un sitio dónde no solo no hay nada disponible sino que nadie corre, nadie lo ve como una urgencia, nadie te ayuda a buscar, incluso tus propios compañeros occidentales que llevan allí más tiempo han tomado la dinámica de tomárselo con calma. Porque se sabe que el resultado de ese niño al final es morir y que no hay mucho que hacer entonces se asume que no se va a dejar ahí pero que no hay demasiada prisa. Incluida la familia, eso me chocó mucho al principio” (Lobo).

e) Desigualdad. Cuando no pueden utilizar los valores occidentales de igualdad entre hombres y mujeres para solventar situaciones, por ejemplo:

- Autoridad del hombre laboral. Cuando aparece el discurso autoritario ante el hecho de que las cooperantes sean mujeres, entorpece el diálogo colaborativo. También cuando deben trabajar con hombres, sin destinar su trabajo a las mujeres porque no lo aceptarían.

“Además, al ser un país árabe, es machista. Entender que íbamos solo dos enfermeras y tener que hablar con ellos. Y no poder discutir porque tienes que aceptar lo que te dicen porque es eso” (Antílope).

“Hombre, sobre todo, con las mujeres, por ejemplo, en Honduras, a mi amiga y a mí, las mujeres con las que contactábamos íbamos a sus casas. No tenemos nada que ver, son mujeres con poquísimos recursos que viven en casas de adobe en mitad de cafetales y, por ejemplo, al preguntarles que necesitaban al poner el centro comunitario para sus familias y su desarrollo y gente que sin luz ni agua y pedían una guardería. Te tenías que morder la lengua para no decirles lo que tu pensabas, porque no podemos llegar con nuestro modelo de desarrollo. En el Sahara trabajamos con madres de niños, que eran las enfermeras escolares, que no saben leer o escribir y les enseñamos a despiojar o cosas muy básicas. Y ellas nos ven a nosotras como “superwoman” y yo veo que hay que hacer un

ejercicio individual de bajarnos, que es muy fácil subírnos en ese pedestal o al revés también me ha pasado. Tuve que dar un curso a los jefes de hospitales, todo hombres, que casualidad, y les decíamos que donde estaban la mujeres y te decían que sí había pero ellas no pueden ir a los cursos. Es morderte un poco la lengua porque no puedes llegar con nuestros modelos. Tuve choque cultural en ese sentido del aprendizaje” (Camello).

“Siempre hay cosas que tienes que tener mucho cuidado con lo que hablas. Por ejemplo, cuando estuvimos en Santo Domingo fuimos a hacer una valoración de cómo habían quedado los hospitales tras el ciclón y ver si había que enviar ayuda material fueron surgiendo nuevas necesidades. Te encuentras con aspectos culturales diferentes, tú tienes pensado una forma de hacer algo y cuando llegas allí no lo puedes explicar. Nosotras queríamos que fueran las mujeres las que se quedaran a cargo del proyecto de crear jabón con esas aguas contaminadas tras el ciclón, para hacer un poco de empoderamiento de la mujer en la zona y sabíamos que eran las que más se iban a implicar. Pero luego llegabas allí y te dabas cuenta que no podías destinarlo todo a mujeres porque no les hacía gracia a la sociedad. Que llegara una ONG de fuera dando solo ayudas a las mujeres. Tenías que cambiarlo y meter a hombres al final, aunque tu sepas que lo van a hacer ellas, tenía que haber a algún hombre, era incuestionable. Preferíamos que estuviesen aunque luego no se encargaran. Algunos chicos eran bomberos y estaban muy encima de la potabilización del agua pero al final veían que podían sacar dinero de esto y se metían en esto. Al final hay cosas que tu las tienes muy en mente pero tienes que modificarlas porque sino no te las van a aceptar, no vas a poder hacer nada” (Halcón).

- Autoridad de los hombres sobre el cuerpo de sus mujeres. Cuando las mujeres dependen de la decisión de sus maridos para poder realizar ciertas pruebas diagnósticas o intervenciones.

“También a medida que te ibas introduciendo en el río había comunidades más tímidas e introvertidas y yo que iba responsable del área de la mujer y con citologías, había mucho rechazo en las comunidades más sumergidas. Tenías que introducir algo por la vagina y con la tasa de violencia que tienen y que allí dependen de su marido y solo las toca él... Tiene que ser que el marido quiera y

que el marido o el cura del pueblo no le haya convencido de que así puede entrarle una maldición, como pasaba en algunas comunidades” (Panthera).

“El hombre es quien trabaja y la mujer la figura de cuidados y por ejemplo, si a una mujer le salía mal la citología y la ONG se lo costeaba todo para llegar al hospital a hacerse la colposcopia, ninguna se iba si su marido no la autorizaba” (Panthera).

“La reticencia a la hora de realizarse las citologías por sus creencias religiosas y todo el machismo de esas comunidades. Los hombres no les permiten prácticamente nada” (Jucumari).

“El urólogo era un hombre y no asisten las mujeres a pesar de tener patologías o van muy pocas. Las mujeres se aguantan sufriendo y no van a ciertas consultas, eso es algo que me afecta mucho. En Nicaragua, por ejemplo, hemos conseguido que fueran muchas mujeres y poner muchas mallas para la incontinencia urinaria, en Guatemala muy pocas y en el Sahara sólo una desde 2008” (Búho).

- Normalización de abuso sobre el cuerpo de la mujer. Cuando encuentran situaciones de abuso a menores o de violencia hacia la mujer normalizadas en la cultura autóctona, como la mutilación genital femenina, y tienen que modificar su discurso o su forma de trabajo para evitar el peligro o conseguir así su objetivo:

“Y luego el tema de la sexualidad lo trabajamos mucho (Acoso sexual, violencia de genero, violencia domestica...) Yo llegaba con mi visión europea de “te puedes vestir como quieras, puedes ir con una falda o como quieras, tu no perteneces a nadie. Puedes andar libre”. Y antes de hacer el taller o meterte en ese lío investigas y te cuentan. Y allí los niños y las niñas te contaban “Mira mi padre murió porque era “bobarero” y mi madre se casó con otro hombre y este hombre abusa de mi” Y allí los abusos a menores era algo muy normalizado. Entonces tu como le ibas a decir a una niña que vive una violacion en casa que puedes ponerte una falda carta. Al final el discurso cambiaba y a mí me molestaba. Entonces yo le decía “pues chicas, si vais a salir a la calle vestid una falda más larga, intentad no pasar por zonas oscuras, si veis un hombre, cruzad la acera”. Eso es algo que yo en España pues intento no decir porque

estamos perpetuando que exista la violencia machista pero allí hay que prevenir y para que no te violen a ti te tienes que poner una falda larga y ya violarán a otra con la falda corta, porque sabes que eso va a ocurrir. Eso fue un choque cultural muy grande para mí porque digo que al final nos separan kilómetros, muchos kilómetros, pero somos personas iguales con dos ojos, dos manos y dos pies” (Colibrí).

“Pues en esa comunidad llegamos al día siguiente y se acerco muy tímida una niña de dieciséis años que parecía tener un aborto en curso porque estaba sangrando con un discurso vergonzoso o tímida que te puede dar una niña de dieciséis años que no sabe como contar que la ha violado un hombre varias veces, que no se lo puede contar a sus padres y que tiene miedo de quedarse embarazada porque entonces su madre la echa de su casa, una casa que son tres palos de madera. Porque es un desprestigio para la familia quedarse embarazada de alguien que no conocen” (Panthera).

“Yo creo que mi choque cultural sobre todo fue porque tu llegas con los ojos de europea, tu miras eso con ojos de europea. Por ejemplo, te llega una niña con unos pendientes nuevos y de manera discreta le preguntas que quien se los ha regalado porque los hombres que son más mayores empiezan a hacerles regalos para conseguirlas, también había muchas violaciones. Pero yo esas cosas en Europa no me pasan porque da igual que le regalen, no va a conseguir nada con una niña europea por regalarle cosas” (Kudú).

“Y para mí la máxima violencia con la mujer que es la mutilación femenina y siguen haciéndola, tienen un índice muy alto de mutilación femenina” (Sitatunga).

“Ana, con la mujer que yo iba, es prácticamente de la familia. Los conoce desde hace generaciones. Entonces ella me dijo que cosas no podía decir o hacer. Yo con la mutilación , es algo que me habría encantado hacer; los grupos de mujeres allí no se habrían concentrado en lo demás ni habría prestado atención a lo demás que íbamos. Ya Malik me dijo que no [que no hablara de erradicar la mutilación femenina] porque allí la religión está muy instaurada. Aquello es un pueblo y eso lo noté mucho, es como si aquí vienes a un pueblo. Son todavía más cerrados y te vas a poder sumergir menos. Allí a las cinco de la mañana

está el chamán gritando y todos salen a rezar cada día por sistema, hacen el fuego de la mañana... Son super rutinarios y mutilan. y por más que yo quisiera convencer a un grupo de mujeres, en general, el pueblo iba a rechazar eso” (Sitatunga).

“Este año han ido dos matronas y se ha realizado mucha educación sexual pero a las espaldas, no de los misioneros, a ellos les da igual. Se han encontrado muchos abusos sexuales y el problema es que no puedes denunciar a la familia porque te pueden matar. Si tu denuncias al maltratador te puede matar, todo está muy encubierto. Hay mucho incesto y abusos sexuales a niñas y es un tema tabú. Cuando nosotros veíamos algo así se lo comunicamos a los sacerdotes y monjas y, de alguna manera, intentaban retirar las niñas de esas familias. Pero allí el tema de los abusos y el maltrato a la mujer son temas tabú y no te dejan avanzar; porque los hombres son muy machistas. Entonces cuando dábamos alguna charla y había hombres no te dejaban. Al meternos en los colegios y estar solas si hemos podido hablar de lo que queríamos y las mujeres, por ejemplo, cuando las matronas van a hablarles de sexualidad, muchas tienen implantes hormonales pero a espaldas de ellos y no se pueden enterar porque está mal visto” (Tunqui).

“Cuando estaba en Guinea, con las chicas que querían ser bomberas y te contaban cosas de su vida que aquí las calificarías como abuso o maltrato. Pero allí son habituales y te genera mucha frustración pero no te puedes meter a no ser que te pille en el momento. Si veías algún chico sobrepasarse si hablabamos con ellos y les decíamos que no pero si les pasaban fuera no podías hacer nada” (Halcón).

f) Carencia de medios. También expresan frustración cuando tratan de ayudar a pacientes y no pueden realizar dichas acciones por las carencias en infraestructuras del sistema sanitario del lugar en el que se encuentran,

- Carecen de infraestructuras y personal cualificado. Cuando su sanidad pública no posee cobertura ante ciertas situaciones y no pueden ayudar a los pacientes, por ejemplo, cuando carecen de quirófano, personal preparado para heridas de guerra, banco de sangre.

“Otros muchos se quedaron en el camino [tono decadente de voz, gesto de tristeza]. Y esa es la verdad, que era muy duro, también es que no teníamos capacidad por la falta de formación y semejantes cirugías de guerra” (Quetzal).

“La zona en la que trabajamos en Haití es muy aislada, tiene un hospital que no tiene ni banco de sangre así que no se pueden hacer transfusiones. Entonces es muy frustrante” (Kanson Wouj).

“Este año hemos tenido el caso de un niño en un orfanato, uno de los niños mayores. Estaba con un sangrado, con una rectorragia. Le llevamos al hospital y tenía una hemoglobina de dos, que yo creía que era incompatible con la vida. Pues estaba vivo. Y no hay sangre, o sea, no hay sangre porque no hay banco. La frontera con la República Dominicana está cerrada porque no les dejan pasar y el hospital más cercano está a 10 horas por un caminito de piedras. Tienes que buscar un camión para llevarle” (Kanson Wouj).

“Y las limitaciones de la vida, por los medios, me parecían salvajes. Estás en paritorio y viene una mujer que está [indica que la mujer está de parto]. El paritorio es una de las zonas donde más o menos está concertado el dinero y valía más o menos 500 dólares, 140 uno normal y 500 si es cesárea. Pero claro, una cesárea se puede evitar si hay un seguimiento obstétrico durante el embarazo. Pues llegan que no sabes si es diabética, si no o qué tiene. De repente sale un crío de 5 kilos, pues claro, no sale. Y hay que hacer cesárea. Y la mujer “Ay, ay me duele, no sale, no sale”. Aquí tu llegas y el hospital está todo blanco, limpio, nuevo, dos personas por habitación o una. Y allí están dos personas por cama, uno con la cabeza para cada lado, con sus correspondientes barrigas embarazadas y en el suelo para ocupar el sitio. Entonces entro y la mujer ésta estaba para parir. Al final le hacemos la cesárea, sale el niño y estaba parado. Y reanimando.

Y poniéndole adrenalina. Entonces pues claro, imagínate que estás abierta de patas en una camilla y mirando para arriba y no ves nada, un cuerpecillo corriendo para allá. Sacan al crío, no sale, venga adrenalina, una. Y la enfermera le dice no, que no ha pagado por la segunda” (Rinoceronte).

“Por ejemplo, cuando tú estás trabajando en urgencias tú ofertas lo que buenamente puedes dar o está en tus manos pero la medicina es muy limitada. Y tú no puedes hacer otra cosa que pensar, o sea, cuando estás mala rara vez no te ponen una medicación o te hacen una placa o te hacen algo. Pero allí, en mis manos, como prevención primaria, sí podía actuar pero lo que es poco más” (Rinoceronte).

“Cuando llega gente que se está muriendo y no puedes hacer nada y además no tienes alternativas. Porque allí, primero que vayan al hospital cuesta dinero y no tienen dinero, se van a su poblado, Y además hay pocos recursos para salir adelante” (Hipopótamo).

“Sentía frustración por la falta de medios, no poder hacer cosas cuando estaba allí que en otro lugar habría podido hacer” (Colobo).

“He sentido frustración en algunas de las misiones, por muertes de pacientes que se podría haber hecho algo más” (Chimpancé).

“la frustración médica de no poder conseguir los objetivos que quieres o no poder diagnosticar bien las patologías de los pacientes” (Delfín).

“Sentía frustración sobre todo en el acto médico porque no tenemos los mismos recursos que en España y no se podía hacer ni la mitad. Llevamos la medicación que podemos y es la más barata que llevamos de donaciones y no podemos recetar lo último de lo último para que vaya bien la gente y no se pueden comprar medicación, la más barata quizás” (Delfín).

“Recuerdo el caso de un niño que tenía toda la pinta de ser cólera y teníamos que derivarlo para no contaminar nuestro hospital. Pero el bebé venía muy mal y de hecho murió a la hora muy malo. Fue un momento, no quería meterlo en el hospital pero si me lo tenía que llevar al otro lado tampoco lo veía bien. Es la sensación de que en España te traen un bebé así

y lo atiendes directamente, ni te lo piensas, pero allí no podía porque en la única zona de estabilización había más niños. Y recuerdo coger al niño e irme corriendo a Médicos Sin Fronteras y para que empezaran a reanimarlo no tenían el material” (Halcón).

“Cuando hay cosas que sabes que no puedes solucionar, ya no solo a nivel sanitario. En Mozambique no teníamos UCI en el hospital que montamos y el más cercano está a dos horas en la furgoneta con colchón en el suelo que era la supuesta ambulancia. Entonces teníamos muy claro que si una persona necesitaba que le intubasen, si tenía una parada cardiorrespiratoria, si no teníamos muy claro que podía salvarse no empezábamos a reanimar. Con algún niño nos pasó, se paraban y se reunía un comité ético del momento y deciden si se reanimaba o no según las posibilidades de que sobreviviera sin medios después. Eso te provocaba mucha frustración, no puedes hacer más” (Halcón).

- Cuando se encuentran en situaciones de catástrofe buscando personas vivas entre los restos y no encuentran a nadie.

“Cuando íbamos con las unidades caninas a verificar los edificios y mucha gente nos referían que estaban allí y aun así, teníamos que informar que no había gente viva en esos edificios, cada quince o diez minutos” (Tigre).

“Mientras estás trabajando haces lo que puedes pero si te genera frustración no poder quitarle más dolor de lo que tienen. Tu ves como vienen, hundidos, no querían ni vivir. Esa madre que había perdido toda su familia, su casa y no poder ayudarle ¿Qué haces? ¿Qué le dices?” (Leopardo).

- g) Barrera idiomática. Cuando presentan dificultad para comunicarse con los locales del entorno de cooperación debido a las diferencias idiomáticas:

“Y el idioma, aunque ellos son hispanohablantes, utilizan palabras completamente diferentes para todo, entonces, muchas veces, la entrevista clínica se hacía bastante difícil porque no entendías que le dolía o que le preocupaba o te hablaba de su familia y había diferentes terminologías para referirse a sus familiares y no lo entendíamos.

Tampoco nos entendían ellos a nosotros, si tu le explicabas ciertas conductas que debía seguir o cómo tomarse la medicación y tampoco lo entendía. Una barrera idiomática muy leve pero que en la entrevista clínica la complicaba” (Delfin).

“Y tampoco te entendías bien con ellos por el idioma, si no estaba el traductor no te enterabas” (Halcón).

“Encima esa barrera idiomática, tener una persona que te traduzca todo el rato también es complejo. Podías utilizar el móvil cuando nos iba el wifi para comunicarse” (Leopardo).

4.2.7. La alegría: el perro que recibe a su amo

Reconocida en el estudio como un estado anímico favorable que genera satisfacción (Walton, 2016). Los cooperantes expresan sentir alegría:

a) Resultados laborales. Cuando obtienen una respuesta positiva interna o externa por la realización de su trabajo. Se produce en las siguientes circunstancias:

- Impacto en el entorno de cooperación. Cuando pueden ayudar a pesar de encontrar pocos recursos y ayudan a generar cambios positivos en el entorno de cooperación:

“He sentido mucha alegría porque, a parte de yo crecer como humana, me he dado cuenta de que allí aunque hago lo mínimo notas cambios positivos en la gente. Son cambios muy pequeños pero eso si se perpetúa en el tiempo al final consigues cosas” (Colibrí).

“Justo lo contrario a los casos de tristeza, a nivel clínico cuando ha habido niños muy malos, muy enfermos que haces todo por que salgan y acaban saliendo, esa es la alegría y la satisfacción más grande que puedas tener” (Lobo).

“Muchas veces he sentido alegría con la gente. Compartir pequeñas cosas, pequeños logros con los niños en el hospital, salvar a un niño que no tenía salida y cuando volvía la madre y, a pesar de su situación, la madre procuraba lo mejor para él” (Rana).

“En muchos momentos, es un trabajo muy gratificante, he sentido alegría poder ayudar a las personas y que ellas te transmitan que les estás ayudando mucho. Eso es muy bonito” (Guacamaya).

“Cuando haces cosas que sabes que son útiles y, realmente, allí te dedicabas a una medicina de salvar vidas. Poner el tratamiento contra la malaria, como tratar una brucelosis o una leishmaniosis, medicamentos y tratamientos que eran útiles, eso aquí no lo ves” (Colobo).

“He sentido muchas veces alegría. Tu tienes que tener claro que ahí no vas a hacer gran cosa, simplemente un granito de arena o una gota de agua en la inmensidad del océano. Por ejemplo, nace un niño en mitad del terremoto, es una esperanza de vida. Te quedas satisfecha, pero sobre todo la alegría la sientes, en el caso de las intervenciones quirúrgicas que realizamos, cuando al año siguiente vuelves y el paciente te dice que está muy bien” (Búho).

“Alegría he sentido mucha, cuando desarrollamos la labor asistencial y el agradecimiento de la gente, cuando acaba la misión también sientes alegría por haber hecho un buen trabajo, parecía que no íbamos a hacer nada pero luego ves los números y las estadísticas de los pacientes tratados y ver que han hecho muchas cosas te da mucha alegría” (Chimpancé).

“Sentía mucha alegría de cuando los ves contentos porque se han operado, de pasar de no ver a ver. Te lo agradecen mucho y tú los ves los días siguientes y les das calidad de vida” (Dril).

“Temíamos la reacción al verse sin pierna pero se levantó muy agradecido, que deba igual que no tuviese pierna pero por lo menos estaba vivo” (Halcón).

“Alegría he sentido mucha, cuando ves a alguien malo y ves que se recupera y las familias muy agradecidas” (Halcón).

“Hicimos un rescate muy chulo, estuvimos 14 horas y salió bien. En República Dominicana, montamos un sistema para potabilizar el agua. Había dos millones y medio de personas sin agua y llevamos depuradoras y, tras mucho tiempo, cuando empieza a salir agua, la analizas y ves que la gente se la empieza a llevar y piensas que has podido resolver el problema de todos” (Tigre).

- Impacto interno. Cuando cuando se sienten satisfechas con su manera de trabajar durante la cooperación y los beneficios obtenidos:

“Alegría y satisfacción sientes cuando eres capaz de sacar adelante algo con lo poco que hay allí” (Hipopótamo).

“Por otro lado mi proyecto en Etiopía era muy complicado, me fui prácticamente a montar el centro de investigación donde no había casi nada y ahora somos un grupo de 150 personas haciendo un montón de proyectos que funcionan super bien y es como alegría puntual de cosas puntuales cada vez que hay un éxito diario. Y una satisfacción y orgullo en general al ver donde estábamos hace cuatro años y donde estamos ahora” (Lobo).

“Muchas veces, el primer abrazo, el primer te quiero de los niños, el ver como confiaban en mí, que me buscaran para que les ayudara o contaran conmigo. Que me hiciesen sentir una más, el cariño. Viví tantísima alegría. Fue una experiencia preciosa, fue un choque de realidad pero sentía mucha alegría” (Kudú).

“He sentido alegría continua, desde que te levantas ves a tus compañeros y luego a los misioneros que aquello es otro mundo, donde la gente da la vida por los demás. Entonces estás muy contento porque, aunque te levantes a las 5 de la mañana, ves que están tus compañeros igual. Una vez nos levantamos a las 5 de la mañana y teníamos que ir a un sitio que estaba lejísimos, cuando llegamos a las 8 de la mañana y ví a la gente que llevaba tres o cuatro horas esperando para que los viéramos, como no vas a tener alegría, se te pone el vello de punta” (Tunqui).

“Trabajar con personas es alegre, muy satisfactorio y muy agradecido” (Camello).

b) Comparten las vivencias con la población autóctona. Cuando surgen experiencias y nuevos aprendizajes derivados de la convivencia con la población autóctona.

- Compartir experiencias y costumbres. Cuando comparten experiencias con los locales o su manera de vivir el presente en las comunidades donde se desplazan.

“Alegría y felicidad constantemente. En el río he sido muy feliz porque me llevé la capacidad de ellos de vivir el aquí y el ahora pero bien, y todo el rato. Como un ejercicio de mindfulness constante, esa es su vida. Me parecía muy bonito que viviesen así, aquí no nos paramos” (Panthera).

“Muchísima alegría, al final, aunque lo hemos pasado a veces regular, casi siempre nos estábamos riendo aunque nos estuviese pasando cualquier desgracia. Sobre todo, una que se me viene a la cabeza siempre es un día que estábamos cambiando de comunidad y los comunarios no querían llevarnos a caballo, teníamos que andar cerca de siete horas. Íbamos desprovistos, sin linternas, sin comida... Y nos tuvimos que meter en un lodo, íbamos con los pies mojados... fatal. Llegamos a una hacienda de unos señores y nos vieron tan desesperados que nos llevaron en su tractor. El momento en el que estábamos todos montándonos en el tractor fue el momento de más alegría, como locos, como si nos hubiera tocado la lotería” (Jucumari).

“El hecho de ver cosas diferentes o descubrir otro mundo. Y eso lo hacías todos los días, nada más que salías y veías a personas. Yo disfruto mucho con las personas. En el último viaje a Guatemala les mentía a los compañeros y les decía que había quedado y me iba a un restaurante que me gusta mucho porque me humanizaba” (Tapir).

“He llorado y siempre de alegría, no de pena. Alegría de haber vivido esos momentos. Esa alegría de marcharte en un momento dado, después de haber compartido esos quince días con esas personas” (Tapir).

“Hay cosas hermosas, la gente es maravillosa y muy acogedora. De hecho la zona más vulnerable dónde trabajaba he pasado muy buenos momentos con ellos. Hubo un paraguayo que me decía “paraguay lo malo que tiene es que no hay nada hecho y lo bueno que tiene es que no hay nada hecho”, es decir, te da muchas oportunidad para poder hacer cosas nuevas o cuestiones que aquí no

me habría planteado o no habría podido hacer aquí, cómo estudiar teatro, allí si lo pude hacer” (Pájaro campana).

“Me ha gustado mucho sentirme en comunidad, que me metieran en sus rutinas y eso me daba mucha alegría” (Sitatunga).

“Alegría la sentía constantemente, cuando salimos a tomar una cerveza o conocimos un pueblo nuevo. Los días de descanso cuando salíamos a la selva o a la catarata y bañarnos en algún lago. Un día hicimos el cumpleaños de alguien o el día que un compañero hizo crepes o natillas, cosas simples que te daban mucha alegría” (Delfín).

“El niño de las heridas venía todos los días y era una alegría, estaba por allí, se ponía contento” (Halcón).

“Muchas situaciones graciosas y convives con ellos, hay muchos niños, te lo pasas muy bien” (Tigre).

“Pues sentía mucha alegría, cada vez que nacía un niño pensaba lo que es la naturaleza. La naturaleza te quita, porque se ha llevado muchas vidas, pero la naturaleza te da porque siguen viniendo vidas. Ha sido también una población muy agradecida que te venía con dulces y flores. Una mujer que venía todos los días a ponerse su tratamiento y hubo un día que se puso un traje y vino con un ramo de flores en agradecimiento. Tu lo haces sin pensar en que te lo agradezcan pero cuando lo hacen te sienta muy bien” (Leopardo).

- Nuevos conocimientos adquiridos. Cuando la población que reside en el entorno de cooperación les presta ayuda a ellos y generan nuevos conocimientos en ellos.

“Tranquilidad. Estaba muy tranquila, salvo los momentos puntuales. Porque vas a ayudar pero te ayudan ellos a tí. Te permite desconectar tanto y conocerte tanto a tí misma. Ver que te puedes adaptar a situaciones que nunca pensabas que te ibas a adaptar, normalizas cosas que nunca habías normalizado, valoras lo que tienes y lo que no” (Panthera).

“Hay lo que hay y aprendes a trabajar con lo que hay. En ese sentido aprendes de ellos, guardando siempre la profesionalidad pero aprendes a hacerlo distinto” (Rana).

4.2.8. Otras emociones del paisaje

- Aburrimiento. Cuando expresan la falta de actividades a realizar derivada de la manera de relacionarse o la cultura que habita donde se encuentran cooperando.

“Y en Etiopía no, son más monógamos. Y al ser tan conservadores no tienen mucha vida social fuera y yo que he estado mucho tiempo en Etiopía como expatriada pues te acaba afectando en el no tener nada que hacer: de casa al trabajo y del trabajo a casa. No hay nada más que hacer, la gente está con sus familias en casa” (Lobo).

- Soledad. Cuando expresan sentirse desolados o extrañando a sus familiares y amigos por encontrarse en un lugar cercano y sin posibilidad de acceso a ellos.

“En Etiopía, un sitio donde he estado muy sola y sin opciones a dejar de estar sola. Yo soy muy solitaria y lidio bien con la soledad pero cuando tengo opciones de entrar y salir de ella y allí no las he tenido. He estado muy sola y esa soledad te genera miedo, te genera inseguridad... Como la sensación de que vas a perder todavía más cosas de las que sientes que has perdido, que te estás alejando de tu gente y es muy mala, de las peores sensaciones que he tenido viviendo fuera” (Lobo).

“A veces cuando estás en esos momentos de cansancio, bajón y has tenido mal día, pues obviamente echas de menos a tu familia y tener a alguien más cercano” (Jucumari).

“La soledad que siente uno cuando está de noche perdido y se atraviesa con alguien” (Tapir).

“Cuando son las fechas importantes, a mí me tocó navidad en hemisferio sur y era verano, para mí era muy raro ver a Papa Noel y estar en camiseta corta pero si por temas familiares, o en momentos que he tenido problemas de salud y he estado muy sola” (Pájaro campana).

“Si se experimenta la tristeza, aunque vayas solo quince días y parece que es poco tienes momentos de bajón, se vive todo muy intensamente. En casi todas las cooperaciones, a pesar de ir con amigos y siempre hay días malos, echas de menos tu casa, tu familia, tu rutina” (Chimpancé).

- Culpabilidad. Cuando los cooperantes tienen sentimientos negativos por haber tenido pensamientos infundados hacia una persona.

“Luego te sientes mal, culpable de haber desconfiado de él” (Sitatunga).

- Nerviosismo: Agitación asociada a la incertidumbre de la nueva experiencia.

“He sentido mucha ansiedad, porque vas a un sitio desconocido, sobre todo en las primeras misiones que no conoces al grupo y vas nervioso porque no sabes si lo vas a hacer bien o si el grupo con el que vas será agradable o no, si vas a ser capaz de adaptarte a catorce días en una tienda de campaña o no. Esa ansiedad es pasajera, se va pasando con el paso de los días pero lo he sentido” (Chimpancé).

- Agotamiento: cuando los cooperantes expresan sentirse desbordados en todos los sentidos y no poder seguir trabajando.

“Te encuentras desbordado a nivel laboral, social y experimental. Todo el rato, muchas veces, sobre todo en Mozambique en una urgencia, a veces tenía días que no te daba la cabeza para pensar más ni hacer más cosas. Y ese sentimiento lo he tenido muchas veces porque quieres hacer mucho y ves que no llegas a todo. Y no puedes más y esa sensación de no llegar” (Halcón).

4.3. Situaciones críticas. Los riesgos asumidos

A efectos del estudio consideraremos las situaciones críticas como escenarios que comprometen de forma grave la vida de los cooperantes. Los informantes expresan encontrarse en situaciones críticas cuando hallan:

a) Entornos humanos inseguros. Cuando los cooperantes se encuentran en escenarios críticos debido a factores humanos. Las circunstancias son las siguientes:

- Confrontación armada. Cuando se encuentran en entornos donde la raza humana ocasiona situaciones críticas como la confrontación armada en la población en la que cooperan (guerras o conflictos armados) o se encuentran con conflictos gubernamentales donde existe violencia armada.

“Yo he trabajado en ambientes muy diferentes. De lo más difícil para nosotros y para la gente fue en Mozambique la primera vez, porque estaban en guerra. El primer día que llegamos a la zona donde íbamos a trabajar, esa misma noche, después de haber conocido la casa donde íbamos a estar, la gente, otros cooperantes que había...hubo un ataque, nos sacaron de la casa corriendo de noche y nos metieron en un zulo” (Quetzal).

“Todavía más fuerte, en Angola, fue un periodo de paz irreal porque unos meses después estalló otra vez la guerra” (Quetzal).

“Un año sí, en Costa de Marfil la última guerra que tuvieron fue en 2010 y yo he ido después, pero siempre como están los “guerrilleros” que tienen armas y cuando quieren reivindicar cualquier cosa salen a la calle con armas. A mí se me ha presentado un año que salieron una noche porque estaban pidiendo algo al gobierno y entonces salieron con las armas a la calle. Donde yo estaba mataron a una persona y en la capital mataron a dos creo. Pero lo que hicimos ese día fue quedarnos sin salir. No salimos a la calle y estuvimos encerrados todo ese día. Estábamos en el colegio de los Hermanos Maristas, era fin de semana y me pilló allí y nos quedamos allí sin salir, lo que teníamos previsto no lo hicimos” (Hipopótamo).

“Se me ha olvidado contarte una cosa chungu y es que en dos ocasiones. Nosotros colaboramos con la zona deprimida pero teníamos que ir en autobús o teníamos que ir en coche. Siempre íbamos en una cosa que se llama “paila” que es como un todoterreno con la parte de atrás descubierta. Pues un día volviendo de un colegio que justo ahí había una casa loca, empezamos a escuchar “Cuidado, agachense” y empezamos a ver mucho humo y es que había allí un conflicto entre los estudiantes y la

población en general con el gobierno porque están recortando en todos los sentidos en lo social, lo sanitario, lo educativo. Y allí el gas lacrimógeno es el pan de cada día y en dos ocasiones nos han gaseado y es que te ahogas y no puedes hacer nada porque se paran los coches, se para la vida. Y allí mucho gas y muy poca respiración” (Colibrí).

“El día que nosotros llegamos a Honduras que era el 27 de junio los aviones no salían, nos tuvimos que quedar en Miami porque los aviones no salían. En el 10º aniversario del Golpe de Estado, se crea un revuelo que no es normal. Asaltan el aeropuerto, asaltan las calles...” (Colibrí).

“En Etiopía hay una guerra civil y yo he estado allí todo el periodo de guerra, nos ha afectado mucho a modo de movimientos, evacuaciones y tal pero yo no he sentido violencia hacia mí porque tenemos protocolos para evacuarnos pero sí que hay un conflicto armado, nuestro coches han sufrido, por ejemplo, pedradas y agresiones por parte de la comunidad, bloqueo de carreteras, necesitar salir de la ciudad para estar un poco más segura y no poder salir desde el aeropuerto” (Lobo).

“Es verdad que siempre he sido avisada de que me podría pasar algo. Cuando he ido a Burundi está latente lo del genocidio de los hutus a los tutsis, que sigue en el ambiente y si el país no tiene una estabilidad política definida entonces te aconsejan que no deshagas la maleta por si hay cualquier conflicto debiamos salir por Ruanda, que estábamos cerca de la frontera [...] Y ahora acabo de llegar de Turquía, del terremoto, estábamos en un perímetro y con vigilancia a pesar de llegar heridas de arma blanca o de fuego de lo que había a nuestro alrededor” (Búho).

- Violencia callejera. Cuando se encuentran en entornos donde existen bandas armadas, asesinatos, escenarios de violencia callejera de difícil control o robos y atracos.

“Cuando fui a Guatemala me fui enamorada del país y muy tocada, porque yo no tenía ni idea, aunque había leído, de la dureza de la vida en Guatemala, de lo que habían pasado los guatemaltecos y lo que les quedaba por pasar. No tenía conciencia de la historia de violencia y de violaciones de los derechos humanos más elementales, desde hacía

tantísimo tiempo, hasta que llegamos a la zona donde estuvimos viviendo, el Chimaltenango, y solo veíamos viudas y viudas [Golpes en la mesa poniendo énfasis]. Y una te contaba cómo había desaparecido su marido, cómo se habían llevado a los líderes religiosos, como se habían cargado a los curas que habían destacado más, cómo habían utilizado una violencia [pausa]” (Quetzal).

“Y como nos hicimos muy amigos del cura de Chimaltenango y nos invitaba a cenar, el mismo estaba amenazado de muerte, pero seguía vivo. Cómo él mismo decía, porque era de una familia influyente de Guatemala” (Quetzal).

“Honduras es un país con mucha violencia porque hay “maras” que son grupos armados o violentos que están enfrentados entre sí. Yo llegué y escuchaba como “pum, pum, pum” y yo decía “¿esto que son petardos? ¿Es una feria o serán cohetes?” y me dijeron “No, Colibrí Esmeralda, eso son tiros” y claro esa fue mi primera llegada a Honduras” (Colibrí).

“Y Había una cosa que se llaman “casas locas” y es que como en estas zonas tan deprimidas y suburbiales el gobierno se hacía el ciego pues las casas locas es donde se maltrataba. No es maltratar porque maltratar se queda pequeño. Allí cogían a la gente y la descuartizaban. Entonces cerca de estas casas se escuchaban tiros y tu sabías que alguien la había liado mucho, se había intentado salir de la banda o no había cumplido sus objetivos y allí pues, había brazos, piernas y en la puerta te encontrabas una bolsa con restos de humanos. Entonces tú tenías que convivir con eso” (Colibrí).

“Allí te conocen, ellos saben que tu estas colaborando con la ONG del Padre Patricio porque lo conocen por eso pero que no te metas en nada y como estes entre “ceja y ceja” de alguien...una violacion o una vida allí me dijeron que vale un cigarro. Siempre que salía tenía que ir con una persona y me decían “lleva dinero y si fumas lleva tabaco, lo justo para un cigarro porque si te ven fumando y te piden y no les das te pueden meter una puñalada o dar un tiro, que allí eso no cuesta nada” Tenías que ir con mucho cuidado” (Colibrí).

“Algún episodio de violencia personal tipo robo o algo así en Mozambique, de robo con navaja de noche, estando yo sola. Robo en casa, algunas cosas así muy personales pero fuera del contexto político” (Lobo).

“En Haití, ahora están peor. Desde que yo llegué hasta ahora siempre ha habido mucha violencia. Yo trabajaba en un barrio muy conflictivo y con muchas bandas armadas y allí nos codeamos con violencia y delincuentes de bandas armadas. Eso era algo muy corriente. Yo no soy miedosa, es difícil que me asuste pero si llega un momento crítico suelo tener una reacción de miedo normal pero no suelo ser excesivamente miedosa. Pero allí vivimos una situación, desconozco el motivo, pero nos tirotearon la casa. Estuvieron tiroteando la casa un cuarto de hora aproximadamente. Había tiros en todas las paredes, los cuadros...Nosotras nos escondimos en la parte de la casa que no tenía acceso a la calle, era todo pared, un espacio que se utilizaba como sacristía. En aquel tiempo había militares de la ONU, los llamamos y entonces vinieron a buscarnos en un tanque y nos llevaron de allí. Pasados los días regresamos tímidamente a la casa, para ver cómo estaba y coger cosas. Estuvimos unos meses fuera y ya regresamos. Eso se repetía en el barrio y alguna vez en nuestra casa. Pero aquella vez fue muy peligroso porque estábamos comiendo en el comedor, muy expuestas” (Rana).

“Entonces tuvimos que ir a la frontera, la segunda vez que fuimos fue mejor. Pero la primera vez atravesamos la frontera entre Mozambique y Tanzania sin móvil y sin nada y yo no podía imaginarme lo que era eso. Llegas a la nada y alquilas a un chaval para que te lleve en moto. Yo iba con el bisturí en la mano porque piensas “Es o él o yo”, no hay más. Tuvimos mucha suerte con los chavales de la moto y la segunda vez cogimos sus móviles y fuimos con ellos” (Kudú).

“Obviamente que en estos contextos hay una violencia estructural feroz que desencadena muchas veces en situaciones extremas donde te puedes ver en un foco de peligro. A mí nunca me ha pasado nada pero han estado a punto de pasarme muchas cosas. Son zonas complicadas donde la necesidad apremia y las condiciones sociosanitarias son muy precarias. Y te ves expuesta a asaltos” (Pájaro campana).

“Tienes que cambiar tu planteamiento de vida o tu manera de relacionarte en la ciudad o con el resto del mundo. Tu no puedes caminar por la calle con la tranquilidad como lo hacemos aquí o ir con el teléfono en la mano o ir a ciertos lugares. No es que sean situaciones puntuales extremas pero tienes que aprender a relacionarte y vivir de otra forma” (Pájaro campana).

“Un compañero mío tuvo dos veces asalto con armas para robarle el coche. Yo no me movía mucho de la zona pero los logistas que iban mucho a la ciudad que se encontraba a cinco horas, eso era un peligro. La única vez que fui yo me robaron las ruedas del coche y siempre era peligroso” (Colobo).

“En las carreteras hay zonas de paso en las que hay personas del pueblo organizadas y llevan metralletas, armas... y te cobran por el paso” (Tunqui).

- Protección insegura: Cuando se encuentran en lugares donde los cuerpos de seguridad presentan irregularidades o con derechos muy limitados como ciudadanos extranjeros.

“Un día terminamos muy tarde de quirófano y los que estaban en consulta salieron a dar una vuelta y como hay una catedral fueron tres a visitarla y entonces los arrestaron y les dijeron que no podíamos andar por ahí sin un local, que no podíamos estar sueltos y menos hacer fotos y tuvieron que ir a recogerlos a la policía porque los tenían arrestados” (Dril).

“El país más peligroso para mi integridad ha sido Guinea, no sólo en la cooperación. Porque donde hacíamos la cooperación no era peligroso. El problema allí eran la policía y los militares que son muy corruptos y borrachos. Entonces si recuerdo ir en el coche y te paraban siempre en el coche por ir cuatro blancos. Llevábamos latas de cerveza y coca cola para dárselos porque te paraban con las metralletas y se ponían muy pesados, no hacían nada pero te intimidaban y no te dejaban pasar. Y cuanto más de noche era, más borrachos iban y más peligrosa era la situación” (Halcón).

- Amenazas ante sus proyectos. Cuando encuentran ciertas tensiones poblacionales como injurias sobre los nuevos proyectos que tratan de emprender en la zona o cuando encuentran la coacción de sus actividades, obligándoles a

mantener silencio respecto a lo que vean (tráfico de drogas, asesinatos...) mientras trabajan en dichas zonas.

“Empezaron a acusarnos de que vendíamos veneno, que era agua, que nos estábamos aprovechando, en fin, tuvimos en algún momento problemas serios con eso porque nos acusaban de vender veneno prácticamente. Y claro todo eso estaba motivado, lo oíamos en la radio” (Quetzal).

“Entonces las escuelas con las que yo colaboraba que iba a hacer talleres, tanto con niños como con padres estaban en zonas muy deprimidas en las que la ONG había pedido el favor de que les dejaran montar ahí un “Chiringo” no eran edificios muy elaborados, a lo mejor eran de chapa o de barro. Allí lo que hacían es tener a los niños entretenidos para que no estuviesen delinquiendo o que no estuviesen en contacto con las cosas que a ellos les podían perjudicar en un futuro. Entonces en las zonas suburbanas ahí mandaban las maras entonces ellos decían “Vale, os dejo que montéis aquí una escuelita pero a cambio pues yo aquí guardo las armas guardo la droga”. Entonces tú estabas dando clase o estabas dando un taller con los críos y llegaba una persona encapuchada, abría un armario, empezaba a coger cosas y se las llevaba. Y tu como tenías ojos pero eras ciego, tenías boca pero eras mudo y tenías orejas pero eras sordo, sabías que de ahí había sacado pues armas o cualquier cosa” (Colibrí).

“Yo iba con un proyecto de mediación de conflictos. Entonces lo que nos llegaban eran propuestas de los colegios, por ejemplo, por la falta de asistencia de los niños a clase, pues teníamos que intervenir en el absentismo escolar. Y entonces tenemos que interceder en eso. Y una vez hablando de que los padres eran los principales causantes del absentismo en las escuelas pues se nos bravucones porque claro, tú imagínate cuando ves a esos tíos tatuados con el 18 y la salvatrucha y todo eso, a esos no les puedes decir tu nada. Y entonces nos dijeron “Ustedes no van a venir aquí a nuestro país a decirnos cómo tenemos que educar a nuestros hijos” (Colibrí).

“Nosotros intentamos hacer un proyecto un poco complicado realizando autopsias a niños justo después de la muerte y hemos tenido conflictos con

los compañeros locales que son los que se encargan del consentimiento. Le han apedreado el coche, ventanas rotas, familiares intentando agredirlos...Porque no nos entendían o no nos querían allí” (Lobo).

“En el proyecto de Zanzíbar, es una isla musulmana y en aquel momento había una situación un poco tensa y si tuvimos que tener cuidado, sobre todo por ser occidentales y trabajar con temas relacionados con la protección en el sexo, sexo seguro, que no eran precisamente el tema principal en una isla mayoritariamente musulmana aunque por otro lado era muy turística pero el turismo se localizaba en playas que no se mezclaban con la población local. Entonces en una ocasión estábamos en un restaurante y hubo una explosión, era un restaurante frecuentado sobre todo por extranjeros. Y luego también teníamos que tener ciertas medidas de precaución siempre, sobre todo en la isla, porque no era solamente Zanzíbar sino también Pemba que no era turística muy integrista. Tenías que tener cuidado de no ir por ahí sin precaución” (Colobo).

- Rituales prohibidos. Cuando presencian de manera accidental rituales prohibidos para los extranjeros o las mujeres.

“A veces, ellos tienen una costumbre que es el poro, eso es su ritual para que los chicos pasen de niños a adultos y está prohibido que lo vean las mujeres y los extranjeros, entonces si venía el poro me he tenido que esconder. Nos han llevado a algún sitio escondido para que no nos vieran. Por que segun ellos no podemos verlo y las mujeres menos” (Hipopótamo).

- Violencia machista. Cuando el hecho de ser mujer en un país donde existe violencia machista les ocasiona ciertas situaciones críticas.

“Y luego es un sitio muy peligroso para ser mujer. Siempre tenía que ir acompañada por una persona local, hombre, que fuese como mi guardaespaldas” (Colibrí).

“Una cosa que me llamó la atención es que nos decían “ Id con mangas cortas, si tenéis tatuajes intentad que no se os vean, no os pintéis los ojos, no os pintéis los labios, id feas” básicamente, porque así llamábamos menos la atención” (Colibrí).

“Se ven todos los días en el río pues hay situaciones de violencia tanto de género como intrafamiliar. De hecho allí la tasa de violencia de género era altísima. Como 50.000 escalones por encima de lo que estamos acostumbrados a ver aquí. Los padres trabajan, las mujeres cuidan de los hijos. Los que están un poco mejor posicionados en dinero beben muchísimo alcohol, increíble, porque no hay agua potable en el río pero si hay cerveza. Entonces si estamos en una sociedad en la que dentro de la familia el hombre toma las decisiones y es el que manda. Y encima le añadimos contextos con alcohol...la violencia se puede acentuar mucho más, tanto verbal, como física, como sexual” (Panthera).

“A nivel de Hospital nos han llegado, como consecuencia de alguna pelea o de malos tratos algunas heridas de machete, que allí eran muy normales, nos describían cómo se portaban los maridos con sus mujeres cuando llegaban borrachos o con unas ideas. Algunas heridas con arma de fuego, recuerdo una de una mujer embarazada que llegó al hospital que no tuvo finalmente riesgo ni para ella ni para el feto, afortunadamente” (Tapir).

“Nunca salimos solos, nadie, ni chicos ni chicas. De hecho los grupos se dividen y en cada grupo hay un hombre porque a las mujeres no se nos respeta. Aunque a nosotras como extranjeras se nos respeta más pero no podemos salir en el mismo Picota solas, siempre vamos varias y acompañadas de un hombre, por si acaso, hay mucha inseguridad” (Tunqui).

- Desalojo de campos de refugiados. La situación de desalojo por parte de los gobiernos que se ocasionó en los campos de refugiados en los que se encontraban cooperando o de caos extremo ocasionado por el reparto de alimentos.

“Cuando estaba en los campos de refugiados de Grecia estaba en Idomeni, uno de los más grandes, y estuve allí cuando se hizo el desalojo. Entonces, fueron un par de días tensos porque llevaban días escuchando que querían sacar a los refugiados de allí para llevarlos a otros campos refugiados donde todavía sigue viviendo gente, establecidos por el gobierno. Los campos en los que nosotros estábamos eran establecidos por los sirios y justo en la frontera de Macedonia.

Su intención era seguir para Europa pero a los gobiernos les molestaba que estuvieran allí. Había miles de personas y algunos acabaron en Europa y otros en estos centros de inmigración que había montado el gobierno. Los militares querían vaciarlo del todo y mandaban autobuses. ACNUR trató de mover a las personas en riesgo de exclusión como las personas transexuales o los niños que se encontraban solos para que no entrasen en mafias. Había un ambiente muy extraño estos últimos días, cada vez con más rumores. Y el día que comenzaron a desalojar los militares había broncas, tiraban bombas de gas lacrimógeno, momentos muy tensos que no nos involucraron porque nos íbamos o nos quedamos en las tiendas de campaña. Pero el día que los militares comenzaron a sacar a la gente fue tenso, era gente de clase media, la gente pobre no tenía dinero para pagar los miles de euros a las mafias para que les sacaran de ahí y querían pasar a Alemania u otro país donde tuviese familia. Entonces los militares comenzaron a entrar y ellos no se querían ir. La noche anterior, había un grupo que colaboraba con nosotros y les hacíamos bolsas con medicación porque iban a volver intentar pasar la frontera. Era un momento muy duro de prepararles todo. El día que nos teníamos que ir aguantamos hasta las una de la mañana que llegaron a las una de la mañana los militares que nos dijeron que nos teníamos que ir. Y los días siguientes hubo muy mal rollo porque nos quedamos a intentar colocar toda la medicación que nos había sobrado y nos paraban todo el rato con el coche, preguntándonos todo el rato porque sabían que había muchos cooperantes e inmigrantes escondidos en el campo” (Halcón).

b) También encuentran factores medioambientales que ocasionan riesgo sobre ellos, por ejemplo:

- Animales salvajes. Cuando encuentran presencia de animales salvajes en su entorno de cooperación.

“Y había otro elemento que no tenía que ver con la guerra, había cocodrilos porque ese río venía de Sudáfrica y traía cocodrilos, se abrían las compuertas” (Quetzal).

“Si aquí hemos notado la sequía imagínate allí, en el río. El río estaba super bajo, muy seco, lo cual nos retrasó a llegar a ciertas comunidades, incluso una noche tuvimos que viajar de noche, lo cual está prohibido. La

canoa de madera con el río tan bajo ves caimanes, que los ves durante el día. Te puede suceder que pases por encima y el caimán se asuste y muerda la canoa y adiós a la canoa. O por la noche no nos dejaban andar por muchos sitios porque hay animales. De hecho, en una comunidad en la que estuvimos muy dentro de la selva, para llegar a ella tuvimos que ir cuatro horas a caballo desde el puerto y cuando llegamos había jaguares. Una semana antes habían matado a un jaguar porque había comenzado a comerse caballos y animales, normalmente ellos viven en sintonía y no matan jaguares. El problema era que habían matado a la jaguar hembra y su pareja macho la estaba buscando. Entonces esa noche yo lo escuché, estábamos en una casita de madera y yo entré a la tienda de campaña y yo escuchaba a los caballos y perros muy revueltos” (Panthera).

“Un día que teníamos que llegar a una comunidad muy inaccesible porque estaba el río muy bajo, había muchísimos palos... Llegamos y no había nadie, los hombres se habían ido a trabajar y solo había cuatro mujeres y sus hijos. Entonces comenzó a llover muchísimo y nos teníamos que ir a la siguiente comunidad pero no nos habían venido a buscar y tuvimos que quedarnos otra noche allí hasta que un hombre se ofreció a llevarnos al día siguiente. Iba borracho y se nos hizo de noche por el camino. Desde España nos habían advertido que no se viajaba de noche porque un año habían naufragado y es peligroso porque hay muchos caimanes” (Jucumari).

“También existían las cobras y muchos de los niños con los que trabajamos estaban huérfanos porque sus padres habían muerto por una picadura de cobra. Nosotros poníamos una lona en el suelo y las mamás iban allí. Nosotros llevábamos los alimentos básicos y repartíamos comida y se aprovechaba para dar charlas a las madres e ir vigilando a los niños, dábamos también charlas de empoderamiento femenino[...] Al ser una lona pues venían animales. Entonces un día vi a las madres levantarse corriendo y empezar a coger bebés, si vieras las piedras que les tiraban a la cobra. Allí hay mucha gente que muere de eso, de picadura de cobra” (Kudú).

“Y luego los bichos de aquí allí te acostumbras a ellos. Los escorpiones están en tu habitación o en la cama y era normal” (Colobo).

- Climatología y fenómenos catastróficos. Cuando se encuentran con alteraciones climáticas extremas alguna catástrofe medioambiental que ocasionan riesgos y problemas derivados de ellas como la escasez de agua o las malas condiciones de transporte que generan.

“Si te vas a Nicaragua ves pobreza y todo lo que tú quieras, pero hasta que no te metes en las aldeas rurales no ves situaciones así más críticas. Me acuerdo que el tiempo, donde estábamos, era muy extremo. Un día hace sol y otro cae la tormenta padre” (Guardabarranco).

“Por la carretera, porque las lluvias son muy fuertes, se mueve mucho la tierra y hay muchos agujeros en la carretera. Y en varias ocasiones se nos ha roto el coche y hemos tenido que atar un coche con una cuerda a otro y hacer el viaje tirando del coche. Esas cosas si, este año en el autobús se pincharon dos ruedas por uno de esos baches gordos, tienes que bajar esperar que lo arreglen , cosas de ese tipo he tenido varios años” (Hipopótamo).

“Por ejemplo, en Etiopía, donde estoy ahora, es una zona muy seca y no tenemos agua. Sufrimos la falta de agua en casa, durante la mitad o el 80% del año no hay agua en las casas o llega muy contaminada. Casi todos los compañeros hemos sufrido alguna vez el no poder movernos de la cama por enfermarnos por contaminación del agua. Y sobre todo el acceso al agua, tenemos que tener recursos, un depósito o cubos” (Lobo).

“Recuerdo varios terremotos pequeños en Guatemala y El Salvador casi todos los años” (Tapir).

“Allí he vivido varios huracanes, el terremoto, la epidemia de cólera de 2018. Los huracanes e inundaciones de 2004 murieron muchas personas y en 2007 y 2008 se inundaron muchos sitios y les llevábamos comida porque no podían cocinar y luego en 2020 fue el terremoto de Haití y fue desastroso. Hubo muchos muertos, se desconoce la cifra exacta pero más de 300.000. y allí hicimos lo que pudimos. Nos integramos a trabajar en un equipo de trabajo del hospital. Había médicos de muchos sitios y nos integramos con los españoles. Cuando pasó lo más fuerte del terremoto

también estuvimos trabajando con los bomberos españoles que fueron a rescatar a personas que se encontraban en zonas de más difícil acceso” (Rana).

“ El terremoto fue otra cosa, fue muy fuerte, muy extenso, mucho dolor. Llegar a un hospital lleno de personas muertas o a punto de morir, sin piernas ni brazos. Eso fue muy fuerte” (Rana).

“En la zona de Paraguay donde trabajaba la población se había asentado expulsada por el modelo agroganadero y se asentaban zonas con mucha facilidad de inundación. Yo no vivía allí pero sí que es verdad que nos ha tocado mudar a la gente y el trabajo inundado entero y tener que salir. O, por ejemplo, cuando estaba en Republica Dominicana, si llovía no podías acceder a las comunidades. O con el tema del agua potable, en República Dominicana no teníamos agua potable y teníamos que tratar el agua. Después en donde trabajaba de Paraguay eran unos barrios a las afueras de la comunidad, donde está el vertedero municipal, la gente convive con la basura, es su medio de vida, está en el suelo de su casa, es donde sacan muchos de sus recursos para usar en su casa o venderlos. Condiciones higiénico saludables inexistentes” (Pájaro campana).

“He vivido alguna, estando en Turquía cooperando, en el segundo terremoto, fue un terremoto de 6.4 de magnitud y fue una situación de gran impacto. En lo personal, porque yo nunca había vivido un terremoto, y a nivel de que entiendes, en los seis segundos que duró, el miedo que tenía la gente a la que estábamos atendiendo. Y la sensación y la impotencia de lo pequeño que te sientes cuando la naturaleza o el planeta mandan. Y luego lo que eso desencadenó, en término asistencial, porque las siguientes horas fueron un pico de ruptura de la actividad que veníamos desencadenado, una catástrofe” (Camello).

“Un año en los campamentos saharauis hubo una inundación y sí que hemos visto cómo se destrozaban las casas, la gente ha tenido que salir fuera y vivir en los contenedores” (Búho).

“En Mozambique, por ejemplo, el tema de contaminación de aguas. Varios miembros del equipo desarrollaron enfermedades” (Chimpancé).

“Hubo un par de lluvias torrenciales que nos impidieron llegar a los asentamientos a los que queríamos ir porque estaba todo enfangado. También hubo una vez que estábamos en un asentamiento en la montaña muy aislados y estuvimos tres días y no podía venir la gente ni nosotros salir. Al final, al tercer día salimos con el coche pero pasamos miedo porque era peligroso y el coche se resbalaba mucho y había un precipicio al lado” (Delfin).

“Si, en Filipinas cuando fuimos habían pasado cinco tifones y uno había sido el más fuerte de la historia, quedaban todavía quince más. Tuvimos varias lluvias tropicales que estuvieron a punto de ser clasificadas como tifón. En Turquía hemos estado y todos los días había réplicas del terremoto. Uno de los días estábamos dentro de un edificio en un rescate y tuvimos una réplica muy importante. Quizás en Turquía cuando había algún terremoto y estabas en un edificio, a nivel social era más el desorden público que el miedo a ser agredido” (Tigre).

- Enfermedades contagiosas. Cuando se encuentran con la presencia endémica de enfermedades transmisibles o de parásitos como los piojos:

“Después yo me asusté porque a los tres días Laura [pseudónimo, su hermana gemela] se puso mala. Empezó a tener fiebre y demás y eso era la típica fiebre del viajero, pero yo pensaba “veremos a ver, nada más llegar” (Guardabarranco).

“Cuando llegamos allí había brote de dengue, entonces no hay una vacuna pero puedes prevenir (no tener aguas estancadas...). Pues allí vivíamos entre basura, literalmente. No había red de alcantarillado, había muchos socavones en la tierra que con las lluvias torrenciales cada dos o tres días, el agua se estancaba. Entonces había un brote muy grande de dengue y lo único que podíamos hacer nosotros era echarnos “Relec” [repelente de mosquitos] y echarlo a los niños. En una de las escuelitas donde yo trabajaba estaba al lado de un río, pero el río no llevaba agua, llevaba restos fecales y agua muy contaminada. Y allí conviven humanos y “chanchos” que son los cerdos y allí tenían de todo los pobres. Tenían

muchos piojos , yo pillé piojos, me tuve que cortar el pelo mucho. Pero allí había niños que tenían costras en la cabeza comidas por los piojos y es que no había nada, ni farmacia en aquellas zonas. Entonces, lo poco que llevábamos los voluntarios era lo que podíamos repartir. Pero sobre todo el tema del dengue, los piojos y las aguas contaminadas” (Colibrí).

“Con respecto a las enfermedades transmisibles en el río Maniqui estaban teniendo casos de tuberculosis que estaban intentando aislar para evitar la transmisión. Y también había mucha parasitosis en el río porque no tienen agua potable. El agua es la que sacan de pozas subterráneas, entonces el único sistema que tienen de potabilizar el agua es hirviendola y la mayoría no gasta el tiempo en eso, porque tienes que tener gasolina o madera para quemarla y eso cuesta dinero o trueque y no lo hacían. También había muchas enfermedades de transmisión sexual” (Panthera).

“Allí hay malaria y de hecho tuvimos casos de pacientes con malaria y habría sido normal infectarnos. Nosotras no pillamos pero mi amiga que volvió a ir unos meses después la cogió. Había muchísimas enfermedades” (Kudú).

“Cuando fui comenzaba la malaria, que allí hay muchos afectados, es lo que más los mata. Yo no soy médico pero vi un infradiagnóstico de hepatitis, yo creo que derivadas del agua y comidas. Hay muchas personas con 50 años o así con ictericia y muy afectados por el hígado” (Sitatunga).

“Entonces había muchos animales salvajes y malaria. Además, al ser médico, yo veía en la época de malaria 3 pacientes en cada cama, como sardinas. Y la malaria nos podía afectar a nosotros también. Yo tuve suerte pero era lo más normal” (Colobo).

“Allí hay dengue y paludismo, hay mosquitos a lo bestia, estamos todo el día impregnados con productos y llevamos nuestras mosquiteras impregnadas en permetrina. Y las carreteras son horribles, llenas de barro. Uno de los grupos iba montado en una camioneta sin frenos, no se mataron de milagro. Ellos lo ven como algo normal, las carreteras son pésimas y vamos montados, aunque esté prohibido, en la parte trasera de la camioneta y en vez de tres o cuatro que deberíamos ir, vamos veinte con

animales. Lo más peligroso son las carreteras, los medios de transporte y los mosquitos, hay mucho paludismo, de hecho nos tomamos la profilaxis” (Tunqui).

“También tuvimos un par de gastroenteritis, vómitos y nos encontrábamos mal, estuvimos en la cama un par de días” (Delfín).

“En Mozambique estuve en el postciclón y había muchas enfermedades transmisibles porque había un brote muy gordo de cólera. Nosotros montamos el hospital del AECID que requiere mucho espacio físico para montarlo y nos dejaron un descampado al lado de un hospital suyo y justo al otro lado estaba Médicos Sin Fronteras con una carpa de cólera. Entonces casi todo lo de cólera se lo derivamos a ellos para no contaminar nuestro hospital y al final acabamos viendo muchos casos” (Halcón).

“En Filipinas también, cuando estuvimos se declaró zona epidémica de sarampión y polio porque había muchos mosquitos, llovía mucho y la población no estaba vacunada” (Tigre).

4.4. Gestión y afrontamiento. El manejo de las emociones.

A efectos del estudio, consideraremos como mecanismos de gestión y afrontamiento del choque cultural todas las herramientas cognitivas, emocionales y conductuales que el cooperante utiliza para responder a situaciones estresantes o prevenir posibles efectos perjudiciales. Estos mecanismos se organizarán y clasificarán en función de los conocimientos adquiridos, las habilidades desarrolladas o las actitudes adoptadas por el cooperante en el proceso de adaptación a contextos culturales diversos.

4.4.1. Los Conocimientos, la sabiduría transformada en herramienta

Los conocimientos serán los hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad (saber) (Conangla, 2014). Utilizan los conocimientos ante las siguientes circunstancias:

- Medios de comunicación aprendidos: Se refiere al uso de herramientas de comunicación familiarizadas por los cooperantes con el fin de establecer relaciones con los habitantes locales. Esto puede involucrar el dominio del idioma del país de destino o la adquisición previa de habilidades que faciliten las conversaciones sobre una variedad de temas. En este contexto, los "medios de comunicación aprendidos" abarcan tanto la competencia lingüística como la capacidad para abordar y discutir temas relevantes, contribuyendo así a una interacción más efectiva y significativa con la comunidad local.

“Alguno abandonó, pero abandonó pronto porque no hablaba [el idioma]. Porque allí íbamos gente sin mucha idea de a lo que se iba y con un problema serio, sin conocer la lengua que se hablaba, por lo menos el castellano. Es como si a mí me hubiesen mandado a un sitio donde solo se habla inglés, aunque claro, a lo mejor así por fin habría aprendido mi asignatura pendiente [risas]. Te lo digo porque eso dificulta mucho el entenderte con la gente y se fueron porque no tenía ni pies ni cabeza que siguieran. Y porque incluso en el poco tiempo que estuvieron allí tampoco hicieron muchos progresos, la comunicación era [gesto indicando que no se podían comunicar]. Cuando yo me fui a Mozambique, antes de empezar el trabajo, te preparabas en la casa y tal. Pues nos buscamos una profesora de portugués y luego fue todo rodado, porque a mí me gustaba y me encantaba, me gustó mucho. Me enrollaba con el idioma, pero ya que vas por lo menos la lengua que es lo básico para entenderte con ellos, quiero decir, puedes tener un nivel de formación o muchas capacidades, pero si no eres capaz de entenderte con la gente, bueno, si vas puntualmente a una misión de cirugía concreta y tal pues sí” (Quetzal).

“A mí me gusta mucho el tema de las habilidades emocionales, sociales y de comunicación y eso. Toda mi vida me he ido formando, además después lo entreno y lo aplico. Entonces todo eso me ha servido mucho” (Camello).

“En la zona de los grandes lagos de Tanzania, siempre me ha gustado esa zona y al final, cuando trabajas un tiempo aprendes el idioma y es más fácil trabajar” (Colobo).

“Cuando aprendí el idioma me enteré mejor de lo que significaba la enfermedad para ellos. Cuando conoces el idioma, conoces parte de la cultura. Por ejemplo, cuando tenías miedo de una enfermedad de transmisión sexual, que eran muy frecuentes, me decían que tenían dolor en la orina. Eso sobre el lenguaje, la forma de expresarse” (Colobo).

“El idioma es super importante, en Turquía ha sido muy estresante el no poder comunicarse oralmente con los pacientes, siempre con un intérprete, entonces hemos utilizado las manos o gestos o ciertos recursos sabiendo que son musulmanes y los hombres y mujeres se relacionan diferente cuando la enfermera es una mujer. En Burundi íbamos con un traductor que sabe muy bien español y nos iba indicando lo que podíamos hacer” (Búho).

- Conocimientos del destino: Se refiere al esfuerzo de los cooperantes por adquirir información y comprender la realidad del lugar al que se desplazarán, ya sea antes de iniciar la cooperación o durante su estancia. Este enfoque implica la búsqueda activa de datos sobre la cultura, la sociedad, la historia y otros aspectos relevantes del destino, con el propósito de familiarizarse con el entorno y facilitar una adaptación más efectiva:

“Yo creo que es importante saber a qué realidad vas. No sé si son estrategias o si te sirve como respuesta. Tienes que saber muy bien a qué sitio vas, cuál es la realidad con la que te vas a encontrar” (Kanson Wouj).

- Experiencia profesional: Se refiere a la utilización de conocimientos adquiridos a través de la práctica laboral por parte de los cooperantes. En este contexto, la experiencia profesional se convierte en una herramienta valiosa que aporta habilidades, destrezas y comprensión contextual específica que pueden ser aplicadas durante la colaboración. Los cooperantes, al basarse en su bagaje profesional, pueden enfrentar desafíos con mayor eficacia, aprovechar aprendizajes previos y adaptar sus enfoques según las demandas y particularidades del entorno en el que están trabajando:

“Pues a mí me sirven los conocimientos profesionales, de trabajar, como he trabajado aquí anteriormente, en sitios que tampoco había muchos recursos” (Hipopótamo).

“A mí haber trabajado antes con la inmigración tan potente que trabajaba en Lleida me ha ayudado mucho. Yo iba con otro cooperante que no ha trabajado nunca con inmigración ni es sanitario y he notado contraste en la capacidad de visión de estas cosas. La experiencia es diferente y se ha llevado la mitad de poder ayudar en estas cosas porque no era capaz de verlo. Los conocimientos también me han ayudado, creo que cuando eliges ir de cooperante creo que algo de base en emoción y valores ya tienes ahí” (Sitatunga).

- Prácticas religiosas: Se refiere al fenómeno en el cual los cooperantes participan en prácticas religiosas que los familiarizan con situaciones similares a nivel local en el lugar donde llevan a cabo su colaboración.

“Y para mí, los valores cristianos de haber vivido en grupos cristianos y colaborar en cosas como Cáritas y eso me sirven muchísimo” (Hipopótamo).

4.4.2. Habilidades, el uso de las destrezas

Las habilidades serán todas las capacidades de una persona para hacer una cosa correctamente y con facilidad (saber hacer) (Conangla, 2014). Consideramos que los informantes utilizan sus habilidades cuando:

- Habituaación: Se refiere al proceso mediante el cual los individuos buscan adaptarse a estímulos que se presentan de manera repetida, llegando a considerarlos como parte de la normalidad. En este contexto, la habituación implica la familiarización y la aceptación gradual de situaciones, sonidos, o eventos que ocurren de manera recurrente. A medida que los individuos se exponen repetidamente a estos estímulos, su sensibilidad disminuye y tienden a percibirlos como elementos comunes o rutinarios en su entorno. La habituación es una respuesta natural que contribuye a la adaptación psicológica y emocional a condiciones constantes, permitiendo a las personas enfocarse en aspectos novedosos o más relevantes de su entorno.

“Lo que pasa que luego te sientes un poco mal, porque allí nadie los usa y pueden pensar “cucha esta que viene aquí con los guantes” como

marcando una diferencia. Pero al final nos acostumbramos”
(Guardabarranco).

“Es verdad que al principio te daba bastante pudor, miedo. Pero luego como te acostumbras pues es el pan de cada día” (Colibrí).

“Los caimanes te pueden dar más miedo pero siempre teníamos bastante cuidado y no suelen atacar a los humanos cuando están en el río. Es un miedo que traes de España pero cuando estás allí lo normalizas un poco, igual que con las víboras” (Jucumari).

“Al principio impacta mucho el olor pero después el cerebro asimila y dejas de oler a basura” (Pájaro campana).

- Autocontrol: Los cooperantes emplean el autocontrol, entendido como la capacidad de gestionar conscientemente las emociones. Esto implica la racionalización de situaciones complicadas, la limitación de comparaciones entre ambos mundos, mantener la indiferencia ante eventos preocupantes y aceptar los sentimientos que surgen durante la cooperación. El autocontrol se compone de diversas herramientas, y consideramos que los cooperantes hacen uso de él cuando:

➔ Racionalización. Los cooperantes emplean su capacidad de justificar emociones, pensamientos, conductas o situaciones con el fin de evitar la generación de sentimientos perjudiciales en sí mismos, denominando a este proceso como racionalización. Buscan comprender y evaluar de manera lógica y objetiva las circunstancias difíciles que enfrentan durante la cooperación. Por ejemplo:

a) Aspectos enriquecedores de la cooperación. Se refiere a la capacidad de los cooperantes para analizar y valorar los logros obtenidos en situaciones asistenciales, a pesar de las dificultades, así como el aprendizaje adquirido o aportado a través del trabajo de cooperación. Estos aspectos enriquecedores se manifiestan cuando:

“Conseguimos estabilizar a muchos pacientes para que pudieran llegar al Hospital General de Maputo y los pudieran amputar o hacerle lo que les

tuvieran que hacer. Hombre, un poco de satisfacción de que lo medio conseguimos con algunos” (Quetzal).

“Son unas experiencias duras, de mucho trabajo, pero muy enriquecedoras tanto personal como profesionalmente” (Kanson Wouj).

“Pero te das cuenta que realmente los que te están enseñando a ti son ellos. Porque tú en esa situación en España te mueres. No tienes ni un material. Ellos en cinco minutos dispusieron todo y se arreglaron” (Guardabarranco).

“Lo que más me ha afectado y que al final acabas entrando en la dinámica de no sufrir por eso porque no se puede estar sufriendo si quieres trabajar en estos proyectos. Pero he aprendido a tomármelo de otra manera, trabajando con la comunidad y explicándoles para que ellos lo entiendan (con teatros o mensajes por la radio o con actividades que les lleguen) cuales son las causas principales de muerte y cómo las pueden prevenir, intentando cambiar un poco el enfoque, el chip” (Lobo).

“Yo soy un privilegiado de haber participado en estas jornadas por todas las ONG porque creo que mi trabajo ha servido para mucho. A mí me ha servido personalmente y a la organización también creo que les ha servido enormemente. Con mi capacidad profesional he podido trabajar con ella y superarme” (Tapir).

“Pues respecto a la tristeza, por ejemplo, intento quedarme con que creo que le hago bien a esas personas, trato de ayudarlos y esa persona me lo transmite. Hay cosas que se nos escapan de las manos, pero con aportar cualquier grano de arena es válido. Algo es algo” (Guacamaya).

“He sentido frustración en algunas de las misiones, por muertes de pacientes que se podría haber hecho algo más. lo analizas después y piensas que sin nosotros se habría muerto incluso antes pero en ese momento te sientes frustrado” (Chimpancé).

b) Responsabilidad compartida: Se refiere al momento en el cual los cooperantes adquieren conciencia y reconocen la naturaleza compartida de la responsabilidad

en el trabajo de cooperación entre ellos y la población a la que atienden. Esto se manifiesta cuando:

“El hecho de que le ofrezcan la casa materna y te estés negando. Y que te pusieras de parto ahí es porque mira, realmente lo estás buscando, se te ha dado una opción ¿sabes lo que te quiero decir? A las 36 semanas se da la opción de irse para que eso no pase. Por un lado dices “mira, culpa de ella” (Guardabarranco).

c) Normalización de las emociones. Este término se refiere al proceso mediante el cual los individuos intentan restar importancia a las experiencias emocionales que han vivido, al mismo tiempo que practican la empatía hacia sus propias emociones y gestionan activamente sus respuestas emocionales. Este fenómeno se evidencia cuando:

“Porque si no iba a ser una cosa de me enfado con el mundo, me enfado conmigo misma y al final te bloqueas y no solucionas nada” (Antílope).

“Intento que estos momentos nos sirvan para humanizarnos y progresar. Cabreo, por llamarlo de alguna forma, pero me he arrepentido al minuto y lo he dejado a parte. Lo principal es el deseo de llevar a cabo nuestro trabajo de intervenir a las máximas personas posibles” (Tapir).

“Y luego, darnos tiempo también, somos personas, hemos pasado unos días con un fuerte impacto emocional y en un día no vamos a llegar y desconectar. Hay que tener paciencia y esperar unos días” (Tigre).

“ Darme pie a ser humano y sentir lo que tenga que sentir. Si tengo que llorar, lloro, y si me tengo que reír, me río. Normalizarlo, evitar que te etiqueten de héroe. Somos personas normales que vamos a sentir como personas normales y algunos de nosotros hasta puede caer en un problema emocional grave. Creo que la mejor actitud es humanizarte todo lo que puedas, normalizarse y entender que eso te va a generar un impacto y que tu no eres más que nadie, a tí también te lo va a generar” (Tigre).

→ Limitación. Los individuos llevan a cabo el autocontrol de las emociones al bloquear las comparaciones con el objetivo de evitar los sentimientos generados por la inequidad entre los mundos en los que se encuentran, es decir, su país de origen y el nuevo entorno. Este proceso se manifiesta cuando:

“A veces te comparas tu forma de vivir y ellos te preguntan “¿Dónde vives?” y te da cosa decir pues pago de matrícula de universidad 800 euros al año para poder estudiar. Eso te tienes que cortar un poco también porque pueden pensar “Cucha esta que viene a fardar aquí delante de nosotros que no tenemos”. Entonces es esto lo que resulta complicado” (Guardabarranco).

“Siempre que dices [se le entrecorta la voz] “Bah, pues no, dejo allí unas zapatillas, dejo allí no sé qué o no sé cuánto”. Pero al fin y al cabo no es lo mismo y siento como eso, no sé. Es vergüenza de vivir con lo menos posible y ver lo que tenemos. Y un runrún y runrún que no me lleva a ningún lado. Y que con muchísimo menos se vive mejor y bueno, esa es la sensación que me da todo esto” (Rinoceronte).

“Es que si te digo la sensación que más tuve es la vergüenza, siempre que voy siento mucha vergüenza. Pero no de mí, de que me de vergüenza actuar, sino de la vida que llevo en el día a día. De cómo podemos ser dos mundos completamente paralelos que van en dos ritmos totalmente diferentes y direcciones completamente opuestas. Cómo podemos vivir sin que tengamos ese runrún en la cabeza. Y que hace falta una foto, una imagen o una noticia o lo que sea para que vuelvas a caer en eso y digas “Ay, pobrecitos”. Pero bueno, miras para otro lado, porque no es lo que tienes delante en tu día a día y eso me da muchísima vergüenza” (Rinoceronte).

“Entonces muchas veces te tenías que relajar e intentar hacer lo mejor posible tu trabajo pero también teniendo en cuenta las dificultades que hay allí. Porque no es lo mismo trabajar en este ambiente en España, que alomejor estamos un poco más abiertos a dialogar que en países en los que es la supervivencia lo que prima” (Colibrí).

“Y luego por otro lado, el duelo, es una cosa que choca bastante cuando te enfrentas a casos de muerte entre un niño que se muere en un hospital en

España y un niño que se muere en un hospital de África. La diferencia de cómo la familia y el entorno libia con eso es abismal. Te choca muchísimo al principio, luego entras en esa dinámica y tratas de poner una barrera para que no te afecte porque sino no puedes seguir” (Lobo).

“A mí de primeras me chocó mucho pero luego viendo las necesidades que tienen y, sobre todo, las prioridades que tienen pues lo acabé entendiendo. Ellos tienen la muerte muy cerca y son conscientes de que nacemos, nos reproducimos y morimos, y aquí nosotros lo último que pensamos es en que nos vamos a morir cuando nos diagnostican de algo, cuando al final es el camino más probable, a pesar de que haya avanzado mucho la medicina. A mí me dio la sensación de que nosotros vivimos con esa sensación de inmortalidad o de que todos vamos a llegar a viejos porque es ley de vida” (Panthera).

→ Aceptación. Aceptan o soportan emociones que surgen en la persona cooperante como fruto de las experiencias vividas mientras coopera, conocido a efectos del estudio como aceptación emocional. Expresándolo los informantes como:

a) La tolerancia a la incertidumbre con la que viven.

“Y luego hay que tener una alta tolerancia a la incertidumbre. Porque tú por muy planificado que vayas luego siempre va a haber cosas que se salen del plan. Y luego tienes que tener una alta tolerancia a la frustración. No puedes pretender altos objetivos y que los vayas a conseguir. Los objetivos tienen que ser pequeños y probablemente no los consigas en mucha medida. Yo creo que es eso, tener tolerancia a la incertidumbre y a la frustración” (Kanson Wouj).

b) La tolerancia a la frustración de situaciones que viven allí.

“Al principio te choca, tampoco te impiden ¿sabes? También tienes que saber llevarlo” (Guardabarranco).

“Pudimos hacer un abordaje con antibióticos de entrada, pero mientras todos los críos que se fueron, eso no tiene nombre, ni allí ni donde sea. A mí eso es de las cosas que nunca superaré [voz entrecortada de nuevo, silencio]” (Quetzal).

c) La tolerancia al riesgo. La tolerancia a ciertos peligros derivados de la cooperación que se producen.

“Aprendes a convivir con una situación y un contexto diferente al tuyo pero que si tienes cuidado no te va a pasar nada o no te debe pasar nada. Puedes estar amenazado o te pueden robar en la puerta de la casa pero si vas con cuidado no te va a pasar nada” (Colibrí).

“Entonces cerraba los ojos y ponía la mente en blanco “que sea lo que Dios quiera, que yo me voy a duchar”. Pero al final lo comprendía todo” (Tapir).

“Exigí en Burundi unas mosquiteras y me pusieron una llena de agujeros y pensé “que sea lo que Dios quiera” (Búho).

“Creo que hay que estar fuerte mentalmente. En el momento que me corté, me bloqueé y pensé que no pasaba nada y ni lloré ni nada. Y cuando llegué al hotel pensé “ya está, es lo que hay. Si el hombre tiene algo, tendré que buscar soluciones”, lloré en mi habitación, me duché y bajé. Pregunté si había soluciones por si tuviese alguna enfermedad, entonces me explicaron las soluciones [...] y que tu asumas que estás en un país que si te pasa algo pues te pasa y lo solucionarás cuando vuelvas” (Dril).

d) La tolerancia a la resignación: Las personas que cooperan se muestran conformes con las situaciones que experimentan a pesar de generar sentimientos negativos en ellas. Algún cooperante incluso expresa seguir la teoría de la “aceptación y compromiso”, basada en aceptar las situaciones y comprometiéndose a solucionarlas:

“Hasta que llegó un momento que pensé “no puedo hacer más, voy a hacer lo que esté en mi mano y tengo que sentirme bien con eso” (Rana).

“Yo iba con una psicóloga y coincidió que estaba leyendo un libro que habla de una teoría de psicología que consiste en el afrontamiento de problemas basada en la aceptación y el compromiso. Tienes que aceptar la situación que estás viviendo y comprometerte a solucionarla de la mejor manera que puedas. Entonces cuando algo se salía de lo normal pues era “Aceptación y compromiso”, es decir, no hay otra” (Panthera).

“Lo afrontas de una manera, que le das importancia, claro que sí, pero como que pasas página, por así decirlo” (Guardabarranco).

“Yo soy una persona muy calmada, no soy ansiosa ni me pongo nerviosa por el futuro. Soy bastante calmada y supongo que positiva. Entonces me centraba en lo que tenía delante, en el problema que tenía delante y lo intentaba pasar como podía y ya está” (Delfín).

“En Guinea me encerraba en mi cuarto, lloraba un rato y salía y seguía trabajando, lo gestioné muy mal” (Halcón).

- Estado neutral. Los cooperantes recurren a la indiferencia emocional al expresar un estado afectivo neutral como respuesta ante determinadas circunstancias, optando por ignorar conscientemente sus propias emociones. Este mecanismo puede ser utilizado como una estrategia de afrontamiento para lidiar con situaciones abrumadoras o desafiantes, permitiendo a los cooperantes mantener el enfoque en sus tareas y objetivos a pesar de las emociones subyacentes. Por ejemplo, tratando de ignorar lo que piensen sobre las precauciones tomadas trabajando o no involucrándose en casos clínicos al sentirse desbordados o ignorando sus propios sentimientos y centrarse solo en cumplir los objetivos del proyecto:

“Hay casos en los que tú no te involucras asistencialmente. Dices “No, es que esto sobrepasa mi capacidad”. Es como un poco triar, yo lo enfoco emocionalmente así. Igual que aquí hacemos cursos de urgencias y tú haces un triaje y sabes que en otro contexto una parada sería reanimable y en un múltiples víctimas no. Pues ahí es un poco igual. Y el decir “Pues no, yo aquí no llego” y te puedes sentir un poco mal. Pero la verdad es que a mí no me frustra” (Kanson Wouj).

“Eres tú misma la que luego llegas allí y digamos que con el impacto que te supone todo como que te haces un muro emocional. Luego ya cuando vuelves aquí pues te da más por recapacitar lo que has vivido” (Manatí).

“Cuando quieres que algo no te afecte pones una barrera como mecanismo de defensa e intentas no pensar más en las cosas malas que han pasado porque ya no tienen solución y porque no me van ayudar en el futuro” (Lobo).

“En las inundaciones no fue tan fuerte y entonces realmente ni pensabas, ni cuestionabas como estabas por dentro. Solo sentías el dolor de los otros y tratabas de ser creativa para poder ayudarlos” (Rana).

“Saber que tienes que cumplir tu objetivo, tu proyecto. Y el tiempo que estés allí reformar el hospital, contratar a médicos y buscarlos por donde fuera, sacar aquello adelante era un reto, un objetivo. No era tan emocional sino una cosa práctica” (Colobo).

“Pues, al final, es algo que he empleado siempre en mi trabajo. Trato de poner una barrera. Es algo tan interno que me cuesta explicar. Trato de acompañar pero a la vez no pensar mucho. Yo siempre intento hacer visitas cortas, que vean que no les dejas pero no meterme mucho en profundidad. Luego también fue muy buena, en este caso, la barrera idiomática porque no percibes igual ese sufrimiento. No es lo mismo que una persona en tu idioma te esté contando todo lo que ha pasado, que ha perdido a su familia, que ha estado muchos días enterrado en esa soledad sin saber si va a vivir o morir. Eso lo sabes porque te lo ha contado después el psiquiatra pero no es lo mismo. En urgencias venían muchas personas con dolor torácico y le hacías electrocardiograma y estaba perfecto y ya empezábamos a preguntar con el traductor y lo que tenía era ansiedad. Todos los días había movimientos sísmicos y eso les recordaba a todo eso. Un traductor nunca te cuenta la historia como está hablando, se pierden cosas, y lo bueno es que esas historias duras se las contaban a los psiquiatras. Esto hace que no te enganches tanto emocionalmente” (Leopardo).

→ Simulación. Cuando reconocen sus emociones y tratan de enfrentarse a ellas en escenarios parecidos para afrontarlas:

“Estábamos en un pueblo pequeño de Nicaragua que amo mucho pero me daba miedo, me crucé con dos personas pero era más el miedo que yo sentía. Me sentí desvalido porque estaba solo. Esto traté de resolverlo de una forma muy didáctica. Cuando he tenido que hacer alguna visita en Guatemala a la cocinera que se había tirado mucho tiempo trabajando con nosotros decidí ir a las cinco y media de la mañana, ahí no vi ningún peligro, estaba en la gloria, no te encuentras con nadie” (Tapir).

- Empatizar. Los cooperantes buscan adaptarse mediante la práctica de la empatía, entendida como la capacidad de percibir y comprender los sentimientos y emociones de los autóctonos:

“Lo que hacía siempre era, pues eso, vienes de occidente y tienes una visión totalmente diferente. Era intentar empatizar y adaptarme a la situación que había allí y pensar de manera cómo podían pensar ellos. Y yo creo que fue lo que hice, siempre pensaba lo que yo creía y luego me tenía que poner en el lugar de ellos y verlo desde su perspectiva, por intentar comprenderlo principalmente” (Antilope).

“Cuando voy a Centroamérica me gusta hablar con las personas, es una forma de entenderlas, de humanizar a ellas y de humanizarme” (Tapir).

“Yo me frustraba mucho porque yo me desplazaba allí con mi mentalidad blanca de europea. También hay que entender que ellos están hasta las narices de que pase gente voluntaria a decirles lo que tienen que hacer y luego se vuelvan. La gente que trabajaba en la ONG eran los propios niños que iban formándose y trabajaban allí con ellos y lo que los voluntarios intentamos hacer es seguir formando a esa gente para que vaya a mejor; por ejemplo, los profesores intentaban formarlos en matemáticas. Y yo me frustraba porque veía que ellos lo que querían era que yo hiciese su clase y luego cuando me vaya el no lo va a hacer así. Pero claro si lo ves desde su perspectiva y es que así habrá pasado mucha gente” (Kudú).

“Ser empática, una persona que acepta la opinión de los demás” (Búho).

“Dentro de lo que cabe es hasta comprensible, tú tienes que ponerte en su lugar” (Chimpancé).

“No los critico, son así y a pesar de yo trabajar más, tampoco me cabreo ni molesto con ellos, sería un acto inhumano” (Tapir).

- Apoyo social. Las personas que cooperan buscan la ayuda de personas con las que comparten el entorno de cooperación. Lo buscan, por ejemplo:

→ En grupos de amigos que subyacen en el destino de cooperación.

“Era difícil pero, por otro lado, el sitio era muy bonito y nosotros teníamos compañeros a los que también formamos y que trabajamos en la formación y nos hicimos muy amigos. En Bolivia, de unas religiosas brasileñas y un religioso polaco y una monja italiana. Y otro sacerdote suizo que trabajaba con los chicos, era como una especie de servicio militar alternativo y trabajaban haciendo caminos rurales. Entonces conseguimos hacer un grupo de amigos, de compañeros, podíamos hablar de todo. Eso lo hizo mucho más llevadero, estábamos en la misma línea. Fueron unos tiempos complicados pero aquello también fue muy enriquecedor. Había gente que llegaba allí y se quedaba años, no como nosotros, que estuvimos un año y nos fuimos. Y esa gente nos apoyaba y nos ayudaba” (Quetzal).

“Teníamos un par de horas al día en las que estábamos tranquilas y nos íbamos a una casita y ese era el momento de descargar y hablar” (Antílope).

“Yo creo que tuve la suerte de trabajar con gente muy maja, porque las dos primeras semanas estuve muy triste. Profesionales muy buenos, psicólogos, educadores sociales, trabajadores sociales, que al final del día siempre nos reunimos y hacíamos un poco terapia entre todos. No es tanto como yo me he ayudado a mí misma sino por el apoyo comunitario de gente que estábamos allí colaborando. He tenido gente que llegaba lloraba y nos animábamos entre todos” (Colibrí).

“Y cada cuatro o cinco días hacíamos una reunión en la que hablábamos de cómo iba el trabajo profesional y personalmente cómo nos encontrábamos. A mí me parecía un poco brusco decirlo ahí delante de todos en vez de hablarlo de manera personal” (Panthera).

“Y luego en Haití se hicieron sesiones para recuperar a la gente que había vivido esta experiencia tan fuerte, el escucharnos, necesitábamos hablar aunque fuese repetir lo que habíamos vivido” (Rana).

“Hablabamos mucho, muchísimo entre nosotras, de cosas que hacíamos, opiniones. A día de hoy soy más consciente, fue una movida todo lo que sentí. Sobre todo con el miedo, eran reacciones involuntarias, creo que no era

consciente de lo que hice, fueron arrebatos. Pero la tristeza, la frustración, hablábamos mucho y eso nos ayudó porque éramos varias personas con la misma situación” (Kudú).

“Pues creando alianzas con otras personas, no tenía más opciones, no podía comunicarme con gente de aquí, siempre te alias con gente. Te enfadas con la contraparte, que es el cura, que es tu amigo pero que ahora es la iglesia pues creas equipo con otra parte de tu ONG. El apoyo mutuo se basaba en eso, las relaciones humanas son importantísimas, no habría podido llevar cosas allí solo” (Colobo).

“Sobre todo el hablarlo con los compañeros del grupo, hacer terapia. Nosotros solemos hacerlo todas las tardes o noches, expresando lo que cada uno siente” (Búho).

“Hablar con los compañeros ha sido la mayor habilidad emocional que he utilizado. Te desahogas, escuchas y yo creo que es lo que más ayuda a que esa situación complicada pase y sigas porque, claro, la misión sigue” (Chimpancé).

“También la sociabilidad, que tengas habilidades para relacionarte con la gente también me ayuda” (Chimpancé).

“La verdad es que no estás solo. Vas con un equipo y siempre estás acompañado de alguien. Nos hemos unido de tal manera que es como tu familia, cuando tienes cualquier problema o frustración o cualquier cosa lo compartes todo, la frustración, la alegría, si en un momento dado estás triste... está el de al lado apoyándote, he tenido la suerte de un equipo fantástico. Cualquier cosa la hablas, están también los sacerdotes y las monjas o los animadores que te intentan animar” (Tunqui).

“Creo que hablar es la técnica más eficaz, en otros sitios he tenido buen rollo con los compañeros y terminar el día, tomarte una cerveza y hablar de vuestro día, siempre hay alguien con quien tienes más afinidad y le puedes contar tus cosas y desahogarte un poco, esto siempre ha sido lo que más me ha ayudado” (Halcón).

“Yo ya había preparado esto y es parte de lo que yo explico, normalmente, intentamos tener una formación previa, crear mucha sensación de equipo y que todo el mundo vea esto como un equipo y luego individualmente. Intentar todas las noches parar y hacer el briefing del día siguiente e intentar hacer un briefing de cómo estamos, cómo nos sentimos e intentar reconocer las emociones para no vivirlas de manera subconsciente y que luego nos afecten [...] Hablar con el equipo de esto cuando hacemos la preparación de los cursos, enfrentarlo como equipo y luego de manera individual reconocer nuestros sentimientos” (Tigre).

→ En gente autóctona de la zona de destino.

“ Y cuando me sentía con un poco de bajón me iba con la gente, por lo que te digo que lo que más me gustaba de allí era su gente y conseguí hacer muy buenas amistades ahí [la cooperante se emociona recordando sus amigos de allí]” (Pájaro campana).

→ En cooperantes instaurados en la zona de destino.

“Pregunté si había soluciones por si tuviese alguna enfermedad, entonces me explicaron las soluciones. Los profesionales con los que viajé me tranquilizaron mucho. Creo que es importante que las personas con las que estés sepan tranquilizarte” (Dril).

→ En amigos previos a la cooperación.

“Nosotros tenemos un equipo muy grande y varios grupos de whatsapp con nuestros compañeros de aquí que están todos los días preguntándonos y hacemos un resumen al día. También por la noche nos reunimos todos a cenar, los compañeros de consulta y los de quirófano, y ponemos en común todas las cosas del día, si nos ha pasado algo lo contamos y hablamos y hacemos un poco de terapia cada día. Desde los dos meses anteriores estamos todo el equipo formándonos y preparándonos para el viaje, al final vas con compañeros que nos conocemos de todos los días y cualquier problema acudes a ellos en cualquier momento. Otra cosa es que en cualquier momento podemos conectarnos con nuestros familiares, compramos una tarjeta con wifi y estamos conectados todo el rato, no es tanto cambio. Si en cualquier momento tienes un

problema o te encuentras de bajón pues lo hablas con tus compañeros o familiares” (Dril).

“Por ejemplo, en los momentos de frustración utilizaba la asertividad. Con el paciente no puedes ser muy asertivo pero con el equipo si puedes. Expresar cómo te has sentido y plantear las modificaciones. Hablando mucho y siendo asertivo con tu equipo y con el resto de los cooperantes. Luego, en los momentos de miedo me sirvió estar de la mano con mi mejor amiga que vino a la cooperación y pensar que todo iba a pasar. En los momentos de tristeza me sirvió llorar porque era bastante duro o hablar con las otras residentes que compartimos habitación y ver cómo se sentían ellas” (Delfin).

“Y si había algo que me frustraba mucho lo intentaba hablar con quien me lo pudiese solucionar o pudiese desahogarme” (Delfin).

- Utilizan técnicas de relajación. Como pueden ser el control de la respiración, mindfulness, cantar canciones o escribir en un diario o autoafirmaciones positivas para regular las emociones que han vivido a lo largo del día:

“Hice muchos ejercicios de relajación por las noches, porque a mí es algo que me tranquiliza y por las noches dedicaba un rato en la tienda a inspirar y expirar. Además yo siempre llevo un cuaderno y escribía autoafirmaciones positivas y eso me hacía bastante regularme por las noches tras un día duro o de miedo” (Jucumari).

“Cantábamos, un día tuvimos que ir en una barquita en la frontera: hay un tramo que hay que cruzarlo en barca y decían que había cocodrilos debajo. Eso empezó a andar y se llenó de agua y el hombre dijo que nos bajáramos. Yo le dije que me diera un cubo e iba tirando agua. Yo creo que mi cuerpo estaba sobrepasado de emociones y cuando eso me pasa lloro un poco y me río, muy raro. Y entonces me puse a cantar, necesitaba que mi mente estuviera concentrada en otra cosa y que la emoción no me sobrepasara” (Kudú).

“Comencé a hacer yoga, empecé ahí y a día de hoy todavía lo hago. Teníamos mucho rato de meditación y yoga. Las voluntarias que llevaban años, grandes expertas, ya sabían donde estábamos entrando. Como por la noche no podíamos salir de casa, hacíamos yoga, meditamos” (Kudú).

“Algunas herramientas nuevas tuve que crearlas, por ejemplo, para combatir el miedo de la noche y eso, por los animales y cosas que pudiesen pasar, yo jamás había tenido miedo para dormir y eso desde pequeña y tuve que usar estrategias de pequeña y nuevas creadas ahora. Ese miedo tan extremo a cerrar los ojos. Al ser de noche utilizaba mindfulness, centrarme en la respiración y utilizar pensamientos positivos” (Sitatunga).

“Además mi propia experiencia profesional, yo hago relajación, conocí el budismo en un momento de mi crecimiento personal y esto me ha servido mucho en los momentos de estrés y de afrontamiento de situaciones” (Camello).

“Pues, uno de los compañeros es profesor de mindfulness, entonces hemos hecho aquí y luego allí todas las mañanas teníamos nuestro rato mindfulness, ha sido fundamental” (Tunqui).

“También he estado escribiendo un diario de toda la cooperación y ahí me desahogaba un poco” (Delfin).

“Jose Antonio, un cooperante que vino, tenía un máster en mindfulness. Entonces hacíamos mindfulness todos los días a la gente que nos apetecía. Yo no había hecho en mi vida y eran 20 minutos de meditación que nos sentaba muy bien” (Delfin).

- Creencias religiosas. Cuando utilizan la creencia en una religión como mecanismo de afrontamiento.

“Llegar a un hospital lleno de personas muertas o a punto de morir, sin piernas ni brazos. Eso fue muy fuerte. Y la verdad que no sé cómo lo gestioné, estuve mucho tiempo muy afectada por esto pero trabajamos. Todas estuvimos traumatizadas por el terremoto, no tanto por lo que vivimos nosotras sino por lo que vimos en los demás. Eso era muy duro. Yo creo que en parte podría ser la fé lo que me ayudaba a asumir eso, me ayudó. Y el vivir hacía los otros te hace no quedarte pensando solo en ti misma” (Rana).

“Yo lo que más he sentido, que soy cristiana, es la presencia de una ayuda. Cuando ves la entrega total, no solo espiritual, de los misioneros y la gente, es una sensación de euforia y encontrarte como flotando” (Tunqui).

“También tenemos nuestro rato espiritual en la capilla que quien quiere puede ir” (Tunqui).

- Ayuda profesional. Realizan terapia psicológica con especialistas mientras se encuentran cooperando o posteriormente:

“Pues yo hacía terapia, yo ya había hecho en algún momento antes de ir y estando allí decidí retomarla con la misma psicóloga y eso me ha servido mucho” (Pájaro campana).

“Eso por un lado y luego cuando volvemos nos proponen entrar con un equipo de psicólogos y perfecto, por muchos años que llevemos, hemos vivido una situación que es muy diferente de nuestra vida habitual” (Tigre).

- Buen humor y risoterapia. Utilizan técnicas para fomentar el buen humor en el cooperante y en las personas que se encuentran en el entorno de cooperación.

“El buen humor, me vine reafirmada en que es mi fuerte. Si no entendía el idioma, hacía bromas o cosas así. Estar contenta, dicharachera, hacer bailes y cosas así” (Sitatunga).

“Por ejemplo, en Turquía hemos hecho todos los días un rato de terapia de risa, es verdad que no con el grupo entre todos . Éramos cuatro personas que todos los días, antes de acostarnos, echábamos un rato de terapia de risa, algunos nos miraban como si estuviéramos locas pero no nos importaba” (Búho).

“Y algo que viene muy bien para superarlo todo es el humor, cuando sacas una sonrisa a alguien o te sacan una sonrisa a ti, sea como sea, todo se diluye un poco” (Chimpancé).

“Mi mujer también es cooperante y lo comentamos, que esa forma que tiene de decir las cosas un andaluz no las tiene un salmantino y al final eso genera risa y buen rollo y buen ambiente y libera mucho. Cuando te echas unas risas con alguien que conoces o no conoces eso te ayuda mucho” (Chimpancé).

4.4.3. Actitudes. La mirada que transforma

Las actitudes serán consideradas como la manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar (saber ser o estar) (Conangla, 2014). Se considera que las actitudes de los cooperantes ejercen funciones como mecanismos de afrontamiento y gestión del choque cultural cuando:

- Adaptación: Se refiere al proceso mediante el cual se emplea el acomodamiento a nuevas circunstancias o condiciones del entorno de cooperación, siendo denominado como adaptación. Un ejemplo de ello sería la disposición a mimetizarse como un miembro más de la población objetivo con el fin de obtener recursos, o bien, el esfuerzo por asimilar culturalmente las prácticas locales para garantizar la supervivencia. Asimismo, la adaptación puede manifestarse al colaborar con personas de la zona o expertos, ajustándose al modo en que se lleva a cabo el trabajo en ese contexto específico.

“Yo creo que yo bien, por ejemplo, sí que había otros compañeros que les tocó mucho más e incluso de otros años de gente que se había llegado a volver. Pero, no sé, yo es que tengo mucha capacidad de adaptación, entonces en cualquier sitio creo que gestiono bien ese tipo de emociones” (Rinoceronte).

“Al final es otra cultura y te tienes que adaptar a lo que hay” (Antílope).

“Adaptándote a las costumbres y a los recursos de cada sitio” (Kanson Wouj).

“Tengo asumido que no me voy a frustrar me adapto a lo de allí y cuando llego a africa me pongo en modo africano y no tengo frustración” (Hipopótamo).

“Ya nos quejamos después pero tenemos que adaptarnos lo que podamos y saber que estamos aquí porque queremos estar aquí. A nosotras nos contaron que había cooperantes que lo pasaban fatal por eso, porque su capacidad de adaptación tanto al medio como a la manera de funcionar era diferente” (Panthera).

“Yo también soy una persona que me adapto fácilmente y soy super flexible para cualquier cosa” (Jucumari).

“Bueno pues ya con un trabajo previo antes de llegar, lleve una actitud de la mente super abierta y las expectativas rebajadas, sin flipar de que yo iba a salvar al mundo, pensaba en trabajar y esforzarme y hacer lo que pudiese” (Jucumari).

“Pero pienso que nosotras, al ser un trabajo que hacemos desde una vocación religiosa, asumimos esto de otra manera. Sé que he ido porque he querido y ellos no me han llamado, es decir, yo puedo ofrecerles lo que tengo pero no puedo imponérselo. Siento que yo asumía la situación y me tenía que adaptar, que no son ellos los que se deben sacrificar” (Rana).

“Allí tienes pocos recursos, te tienes que adaptar a lo que hay allí. Por ejemplo, nosotros cuando hacemos cirugía y extirpamos la vesícula tienes un instrumento que te ayuda y allí teníamos que fabricar ese instrumento nosotros con un guante, te adaptas a lo que hay” (Guacamaya).

“Todas las culturas hacen que choques un poco pero cuando eres cooperante tienes que llevar la mente abierta, saber que no eres el blanco que está en posesión de la verdad y lo sabes todo. Sabes que vas a países musulmanes donde las mujeres tienen otra cultura y te vas a encontrar a gente que vas a saludar y no te van a dar la mano o te vuelven la cara o mujeres en cirugía de urología que era muy complicado que asistieran mujeres” (Búho).

“A veces me tengo que morder la lengua pero porque sé y entiendo que estoy en otra cultura distinta, con otras personas, que tienen una mentalidad distinta a la mía y me tengo que aguantar” (Búho).

“Tienes que tener la mente abierta para todo porque no sabes que te vas a encontrar, para aceptar situaciones peligrosas o incómodas, por ejemplo, que alguien te retire la mano al saludar, eso hay personas que lo llevan muy mal. Tienes que tener la mente abierta para saber que te vas a encontrar con la injusticia, la frustración, el dolor y procesos complicados de asimilar. Y luego te lo llevas en tu cuerpo y tienes que aprender a gestionarlo. Yo creo que las personas que hacen cooperación son de otra pasta, una pasta especial, porque cuando cooperas periodos cortos de tiempo, mientras estás allí no te da tiempo a gestionarlo pero la gente que realiza largos periodos tienen que aprender a gestionarlo allí. Tienes que tener una mente abierta” (Búho).

“Creo que, no solo por cooperar sino por mis viajes, tengo la mente bastante abierta. Entonces mi capacidad de adaptación a determinadas situaciones pues es buena, incluso a pasar penurias, ese día que llegas, te mojas, tienes que comer comida de lata fría... yo, el haber vivido situaciones de mi vida similares aunque no fuese en cooperación, pues me lo hace más fácil” (Chimpancé).

“Yo soy una persona que me adapto, si no hay cuarto de baño pues al campo o la comida, pues te adaptas a lo que hay” (Tunqui).

- Actitud positiva: Se refiere al empleo de la positividad, también conocida como actitud, para abordar de manera constructiva las situaciones estresantes. Este enfoque implica, por ejemplo, esforzarse por recordar únicamente lo positivo, aplicar autoafirmaciones positivas, considerar los errores como oportunidades para evitar futuros problemas o como catalizadores para transformar la dinámica del entorno de cooperación. La actitud positiva se convierte así en una herramienta fundamental para enfrentar desafíos y propiciar un análisis constructivo de las circunstancias. Por ejemplo:

“En esos tiempos teníamos mezcla de aventureros y de inconsciencia que tuvo sus ventajas porque probablemente hoy la gente no se enfrentaría a ir a esos sitios o en algunas situaciones tan difíciles. Porque si empiezas a ver las situaciones conflictivas tan negativamente pues no me hubiera ido. Yo afortunadamente con todo recuerdo solo lo bueno [Risas], que fue casi todo” (Quetzal).

“No tiene nada que ver con lo que vives aquí, pero a mí me ha resultado positivo siempre” (Kanson Wouj).

“Yo siempre tengo una actitud positiva, no veo lo malo antes de que pase, que creo que eso es importante y luego la actitud de que voy a dar todo lo que pueda con lo que tengo y por eso creo que no tengo frustración” (Hipopótamo).

“Creo que es algo que se puede aprender pero al principio de tu vida profesional depende mucho de cómo seas. Yo soy una persona tranquila, bastante optimista en general y siempre pienso que las cosas van a salir bien. Entonces esa actitud de no ser miedosa, bastante tranquila, observadora y optimista me hace afrontar las cosas de una manera en la que pienso “Esto se

puede mejorar” o “esto va a salir bien” y no me dejo caer por el pesimismo o la negatividad. Eso forma parte de mi personalidad pero también son actitudes que he ido aprendiendo para ayudarme a afrontar esas situaciones, las he ido potenciando con el tiempo. Son las actitudes que más utilizo, soy muy poco consciente del peligro, no le doy mucha importancia al peligro. Podría haber salido mal y tener problemas pero no me ha salido mal nunca y por eso sigo con esa misma actitud” (Lobo).

“Intento verlas de una manera positiva, estas barreras que ponía al principio cuando me frustraba. Intentaba cambiarlo para no vivirlo más o vivirlo de otra manera, para eso, por ejemplo, intentaba entrenar a un grupo de enfermeras que las veía más comprometidas en reanimación pediátrica para que no salieran corriendo cuando un niño se paraba sino que viniesen conmigo y me trajesen medicación y lo hiciéramos juntas. Pues intentar hacer ese tipo de cambios. Por ejemplo, se muere un niño y la madre lo ha traído muy malnutrido, lleva tres meses fatal y una semana de fiebre en casa pues hay que intentar ir a las comunidades para que conozcan la manera de prevenir eso. Darle la vuelta a la tortilla y verlo de otra manera me ha ayudado a no negar lo que está pasando sino utilizarlo para cambiar un poco y evitar estas situaciones” (Lobo).

“Y pensaba al día siguiente levantarme con ganas” (Jucumari).

“Y coparon con la actitud mía y de mi compañero, totalmente positiva en el trabajo, que muchas veces echamos catorce horas trabajando o dieciséis y nos sentimos satisfechos porque vemos esa receptividad” (Tapir).

“Llevo una actitud arrolladora, voy a trabajar, todas las personas me caen bien, disfruto con todas y me gusta hablar por enriquecerme. Yo enriquezco a esas personas y ellas a mí. Yo disfruto más trabajando que yendo de vacaciones, conoces gente y la conoces como somos, durante el trabajo y con personas que son culturalmente diferentes a ti, me parece extraordinario. Yo soy un afortunado de haber podido ir a tantas misiones de este tipo y espero continuar” (Tapir).

“Intento ver el lado positivo de la situación, en vez de fijarme en el lado negativo. Esos niños tienen ese contexto y yo intento jugar, darles cariño...” (Guacamaya).

“Yo estaba muy feliz, ese era el sueño de mi vida, y suelo ser una persona muy sociable y alegre. Yo para mí era la oportunidad de mi vida y con lo que siempre había soñado y mi actitud era mirar hacia delante [...] en Mozambique me lo tomaba todo bien, me lo tomaba todo como una aventura” (Kudú).

“ Yo es que trato siempre de ver el lado bueno de las cosas” (Pájaro campana).

- Actitud calmada: Se refiere al empleo de la serenidad frente a situaciones estresantes, caracterizada por una actitud expectante y observadora. En este contexto, la calma se convierte en una estrategia que permite mantener la compostura y la perspectiva ante circunstancias desafiantes.

“Yo creo que tengo una tranquilidad y una actitud observadora, no soy una persona nerviosa ni anticipatoria. Trabajo además la calma y la tranquilidad, creo que ayuda mucho o incluso puede ayudar a los que me rodean en estas situaciones. Al entender que no tenemos la razón universal y que las cosas no son aquí así y como yo piense y también en las situaciones inesperadas tengo una actitud calmada y que pase lo que tenga que pasar” (Camello).

“Yo soy una persona muy calmada, no soy ansiosa ni me pongo nerviosa por el futuro. Soy bastante calmada y supongo que positiva” (Delfín).

“Soy una persona muy calmada y con muy buena gestión emocional” (Tigre).

4.5. Formación. El valor de lo aprendido

Encontramos en el estudio la categoría de formación, considerándola desde la información básica sobre el nuevo entorno de cooperación hasta la formación emocional que reciben previa al desplazamiento. Ambas influyen en los futuros mecanismos de afrontamiento del choque cultural que los cooperantes puedan utilizar.

4.5.1. Información previa

La información previa será considerada en el estudio como conocimientos sobre aspectos ordinarios de la cooperación, donde los cooperantes refieren haber adquirido ciertas indicaciones generales y específicas del destino al que se desplazan. Con respecto al entorno de cooperación, obtienen información sobre:

- Conocimientos generales. Cuando reciben información sobre ciertos arreglos domésticos, posibles riesgos, nociones básicas para proteger su salud en los sitios endémicos a los que se desplazan o cuestiones generales de supervivencia para poder adaptarse al entorno de manera correcta.

“Con Médicos Sin Fronteras (MSF) esto estaba bastante bien organizado, primero por la trayectoria y por los años que llevan trabajando en diferentes ámbitos. Mucha gente que sale, es más ahora cada vez hay más. Pero también tuvimos charlas e hice un curso después de estudiar en Amberes. Un curso que hacía MSF Internacional pero lo hacían en Francia, sobre todo, de cómo hacer fotografías hasta cómo arreglar una nevera o el frigorífico de las vacunas en la nevera a gas o cómo conducir en situaciones... nociones un poco generales de la situación en los diferentes sitios” (Quetzal).

“Tanto en la universidad como la gente de Quesada Solidaria, que nosotras nos hicimos muy amigas, te daban la información básica de qué te tienes que vacunar, “no comáis en puestos de la calle”, etc. Pero cuando comenzamos el curso en la universidad la vacuna de la hepatitis A te la recomendaban mucho por el tema del agua potable que allí no era buena” (Guardabarranco).

“Una de las cosas que nos dijeron en el curso es que no fuéramos en plan súper héroes, que nadie va a ir así. Porque te pueden ver mal, nadie nos ha llamado para que vayamos así. Ellos tienen su estilo de vida y tú te estás metiendo” (Guardabarranco).

“Luego también una de las cosas que nos advirtieron es que, suena un poco feo decirlo pero es así, muchas de las del curso éramos mujeres y nos dijeron que tuviéramos cuidado porque se han dado casos de hombres jóvenes de allí que intentan engatusar a las extranjeras” (Guardabarranco).

“Principalmente habilidades de cómo adaptarte a la cultura donde vas, de qué situaciones se te pueden presentar en la cooperación, de cómo se pueden resolver. Cuestiones de logística y de afrontamiento de situaciones difíciles” (Hipopótamo).

“Además de la logística de cómo tienes que ir en el viaje, lo que tienes que llevar, las cosas que necesitas, con qué personas te vas a encontrar allí. Además de todo eso pues hacemos una formación de preparación de la persona para otra cultura, te enseñan la cultura del país, las costumbres, que situaciones se presentan allí, donde vamos...esto lo hacemos antes de ir, por ejemplo, solemos ir en julio u agosto y empezamos en octubre del año anterior, hacemos tres reuniones grandes de todos los voluntarios y luego cada grupo que se forme para ir al sitio diferente hacemos tres o cuatro reuniones de ese grupo para que sea un grupo cohesionado, que nos conozcamos y podamos resolver lo que se presente allí, no vayamos con desconocidos. Y siempre en cada grupo hay una persona con experiencia anterior de varios años” (Hipopótamo).

“Antes de llegar tuve una formación que me la daba la universidad de Málaga que estaba enfocada a cooperación en países en vías de desarrollo. Lo que te explican antes de las vacunas, los peligros de la calle...” (Colibrí)

“En Etiopía yo trabajo para una universidad que tiene muchísimos cursos pero muy enfocados a investigación, seguridad, anticorrupción... pero muy poco de salud mental o gestión de emociones, se tratan muy poco las emociones” (Lobo).

“Si, a mí la ONG me gustó porque te dice dónde vas. Te vas a la selva, no a una casita. Te indican que tienes que ponerte todas las vacunas posibles y eres consciente de donde vas porque ellos te lo cuentan” (Panthera).

“Una vez seleccionado tienes varias reuniones. Una reunión con la corresponsal de aquí, donde se nos indican los trámites de vacunas, visado, preparación de la maleta y la parte burocrática” (Panthera).

“Sobre cultura, nosotras como comunidad, antes de ir a un país de misión estamos un tiempo preparándonos la lengua y conociendo un poco la cultura, yo en concreto estuve en Francia estudiando Francés y con libros y eso estudiamos la cultura de donde vamos” (Rana).

“Cuando nos llamaron para el equipo STAR nos enseñaron a montar el hospital de campaña, que material tienes que tener... nos enseñaron un poco la infraestructura” (Búho).

“Cuando me inicié en el mundo de la cooperación yo tenía formación básica, cursos de 40 o 60 horas pero no tenía máster. Cuando entramos con el equipo STAR nos obligaron a hacer una formación relacionada con la cooperación, la seguridad y la perspectiva de género que venía muy bien para esos posibles choques culturales” (Chimpancé).

“En el 2020, antes de ir, las pediatras fuimos a un curso de cooperación en Málaga y luego hicimos otro curso de cooperación en Córdoba. Este año cada uno hacía un bloque, por ejemplo, el bloque de transmisión de enfermedades por insectos lo trabajaba uno y luego lo ponemos en común. Allí hemos dado muchas charlas de educación sanitaria, entonces, nos las hemos preparado aquí, a través de su página web de salud que es buenísima, lo que pasa que no llega a la población porque no tienen internet. Este año ha sido el propio equipo donde cada uno preparaba un tema aquí y allí teníamos sesiones de trabajo también” (Tunqui).

“En este hospital tienen la fundación con la que cooperan y van todos los años y cuatro veces al año, entonces lo tienen todo muy estructurado y te explican el tema de las maletas para pasar la aduana y las vacunas o medicación que tienes que llevar. Dos meses antes estamos preparándonos con el aparato que viajamos para operar las cataratas, que es muy diferente al que utilizamos aquí” (Dril).

“En mi ONG antes de salir al terreno hay unos cuantos cursos obligatorios que los tienes que tener sobre habilidades técnicas, de rescate el altura, de atención sanitaria de manera técnica, de gestión de crisis que lo metemos nosotros en la parte sanitaria. Todo muy técnico para salir” (Halcón).

“Pues yo justo en la que estoy de bomberos soy el que llevo el tema de gestión de situaciones de crisis y gestión de emociones. Y aunque parezca que es una ONG de bomberos y ya está, pero desde hace tiempo metemos talleres y simulaciones para que se pongan en situación y entiendan que dentro del kit de tratamientos que llevamos y cosas que hacemos” (Tigre).

“Yo me apunté al equipo STAR y en noviembre pero no sobre técnicas de nuestro trabajo sino para saber montar un hospital de campaña, sanear agua, saber hacer un equipo fotovoltaico de luz. Y si no haces el curso no puedes ir; también hay cursos online pero no son obligatorios como este presencial” (Leopardo).

- Contacto con el destino. Cuando les facilitan el contacto con locales de la zona que les informan sobre el funcionamiento o la organización

“Después tuvimos una reunión con el coordinador de la ONG de allí que nos explicó el trabajo de campo y nos adjuntaba un cronograma que debíamos entender que podía ser flexible, dependiendo de factores climáticos y factores externos a ellos. A grandes rasgos te daban mucha información” (Panthera).

“Desde España contactaron conmigo las personas de preventiva y me pasaron ejemplos e informes que habían utilizado ya, me orientaron sobre que solían hacer para que fuera por el mismo camino” (Jucumari).

“En Mozambique hicimos varias sesiones, algunas con una mujer que trabaja con la fundación desde Madrid y fue la que nos presentó los proyectos, aunque ella no se dedicase a eso profesionalmente. Ella nos presentó todos los proyectos y también mandamos nuestro perfil e hicimos varias entrevistas para que vieran donde podían colocarnos y de qué tareas podíamos ocuparnos” (Kudú).

“Fue muy individual y personal. Con Ana tuve reuniones en su casa en la que ideamos lo que íbamos a llevar. Mi misión partía mucho de lo que llevábamos, una vez llegabas allí con todo eso, el trabajo y la labor estaba hecha. Echamos 23 horas de vuelo y la noche allí y la noche y poco hasta el poblado con 300 kilogramos. Ella ya me explicó cómo improvisar según lo que encontráramos allí. Seleccionamos lo que nos llevábamos y fue el trabajo más grande que hicimos” (Sitatunga).

“La formación era sesgada por parte del cura, que era la contraparte y no era precisamente un cooperante formado. Era el médico de toda la vida que llevaba 30 años en África y no había hecho el MIR y llevaba todos esos años trabajando con ONGs. Entonces toda mi formación fue autodidacta con él. Después me

apunté a un curso pero me surgió la oportunidad de aprender inglés y me fui a Inglaterra y al final te quedas allí” (Colobo).

“Los primeros días tuvimos varias charlas sobre cómo funcionaba la ciudad y eso. Y luego varias charlas con los animadores, una figura voluntaria que había en cada pueblo y los organiza para venir al acto médico. En las charlas de los primeros días ellos nos informaban de cosas básicas y nosotros a ellos” (Delfín).

4.5.2. Desinformación

Dentro de dicha categoría también encontramos la desinformación a la que se enfrentan ciertos cooperantes. Refiriendo que, en ocasiones, se produce por la falta de conocimientos de los organismos con los que cooperan. Además, no se resuelve la situación ni consiguen obtener los conocimientos hasta que no se encuentran en el destino.

“Lo que pasa es que antes de irnos no sabíamos que íbamos a estar en la unidad de febriles. El tema de trabajar en el hospital privado de allí no era tan fácil. Desde España nosotras nos tuvimos que reunir con el Ministerio de Salud de allí en Nicaragua y nos dieron el aprobado de poder entrar allí. Entonces nosotras eso no lo sabíamos. Y una vez estábamos allí vimos que los enfermeros que trabajaban allí, a ver también es que ellos son más resistentes porque son de allí, pero que no vi casos de nada que se contagiará en el hospital. Y si había casos muy graves allí no iban, lo derivaban a la capital. Por lo menos en ese aspecto estaba bien, pero si es verdad que hasta que no llegas y ves eso no sabes” (Guardabarranco).

“No conocía mucho acerca de la situación que me iba a encontrar cuando llegase allí. Sí que había escuchado algo, pero no lo conocía” (Antílope).

“Entonces eso fue principalmente, pero claro, es que hasta que no estás allí no te lo puedes imaginar” (Antílope).

“Como era un proyecto piloto que comenzábamos ese mismo año y solo habían estado una semana anterior” (Antílope).

“Entonces cuando yo me fui allí ya nos avisaron de que íbamos a encontrar situaciones de riesgo pero hasta que no llegas allí no te das cuenta de la verdad” (Colibrí).

“Hasta que no llegas a un país y te das la “hostia de realidad” tu visión no tiene validez” (Colibrí).

“Pero al final donde de verdad he aprendido ha sido estando allí. Lo que te explican antes de vacunas, los peligros de la calle...hasta que no te ves en el terreno no se aprende tanto” (Colibrí).

“Yo no recibí formación a nivel sentimientos o emociones, ya te digo yo aprendí estando allí como me sentía y como tenía que gestionarlo porque yo al día siguiente no podía ir a trabajar con el miedo de que la noche anterior habíamos escuchado un tiroteo en nuestra puerta. Pero eso lo hemos gestionado entre todos nosotros poco a poco” (Colibrí).

“Trabajamos en contextos complicados y no se hace absolutamente ningún tipo de formación en nada. Yo para irme a Mozambique no recibí absolutamente nada de formación y además ningún apoyo durante el tiempo que estuvimos allí, eso ha cambiado con la gente que va ahora porque se han quejado, evidentemente, sobre el tema de salud mental y se está intentando mejorar la situación” (Lobo).

“No, a nivel emocional no recibimos formación. Nos instaron, no a normalizar el conflicto, pero nos indicaron que se podían plantear situaciones en un grupo de diez personas entre las que ya existía cierto choque cultural porque éramos tres españoles y siete bolivianos. Era una convivencia en situaciones muy extremas y nos indicaban que había momentos en los que no íbamos a estar de acuerdo pero que debíamos solucionarlo y hablarlo todo de manera adulta” (Panthera).

“Luego estando allí fue un poco desastre porque desde el centro de salud de Bolivia no hay ningún encargado, entonces yo me ví ahí sola porque yo no conocía nada de las comunidades, fui un poco aprendiendo allí” (Jucumari).

“La primera vez que fui fue la que más pregunté. No entiendo porque la gente no te daba información de nada. Luego, cuando llegué allí pensé que no me había servido de nada lo que había preguntado, no me habían informado. Pensaba en lo fácil que habría sido explicarme lo que hacían y dónde íbamos a estar como yo después he hecho. Me habría gustado que me hubiesen contado más cosas. Hice mi maleta y cuando llegué a casa lo cambié todo por otras cosas. Cuando llegué me di cuenta de que llevaba oro y me habían metido carbón, lo supe cambiar por mi intuición y por mi experiencia. Si íbamos a hacer anestesia pensaba en lo más importante y en una intervención y metí lo que sabía que iba a haber” (Tapir).

“Pero formación emocional no se hace, porque llegas a una comunidad [religiosa] y esa comunidad es la que te va a apoyar” (Rana).

“No recibamos formación emocional, le damos más importancia a los recursos pero nadie te prepara a qué va a haber unos niños que te cuentan esas historias, entonces pues no, no recibamos ayuda” (Guacamaya).

“Todo fue sobre la marcha y he dado con gente buena que te apoyaba mucho y a base de errores, que también se aprende mucho” (Pájaro campana).

“Cuando fuimos con el maremoto, nos mandaron sin formación porque ya nos habían mandado sin formación al proyecto de tanzania y no había salido mal. Pues pensaron que tendría capacidades y me mandaron a emergencias. Fue una situación complicada en la que estábamos nosotros y bomberos sin fronteras. Con el corazón de hacer cosas pero un desorden. Ahí eché mucho de menos la formación, en emergencias no se puede ir así, fue todo brutal. Creo que no lo hice bien, los conflictos que surgían. El tsunami lo destrozó todo, no quedó nada, era una ciudad destrozada y una población sin nada, sin medios. Es difícil tomar decisiones rápidas y equilibradas si no tienes formación” (Colobo).

4.5.3. La formación emocional

Será reconocida a efectos del estudio, como conocimientos adquiridos previamente a la cooperación que tratan de ayudar al cooperante, por ejemplo, a manejar emociones, conductas, acciones... Los informantes expresan haber recibido formación emocional:

- Cooperantes anteriores: Cuando obtienen por parte de los cooperantes anteriores en el mismo destino lecciones sobre su experiencia o les instruyen en técnicas de relajación.

“Venía gente con experiencia o que ya había estado en esos sitios y te contaba, te iba preparando” (Quetzal).

“Antes de llegar allí se me preparó mucho y se me puso en lo peor. Y las experiencias previas de gente que había estado allí me han ayudado igual que yo he podido ayudar a gente que se acaba de ir. Porque ni todo es tan malo ni todo es tan bueno” (Colibrí).

“Nos hicieron una videollamada y te cuentan un poco que vas a ver, que tienes que esperar y que no, pero no vas muy preparada. Lo que más te ayuda es apoyarte en tus compañeros y yo pude hablar con otra chica española que había ido de preventiva y me dio información y me guió un poco” (Jucumari).

“Los compañeros más antiguos te explicaban la manera de trabajar allí y qué herramientas teníamos al llegar” (Guacamaya).

“En Mozambique, en formación emocional, las voluntarias que estaban allí perennes en todo momento nos enseñaron a hacer yoga, a charlar, a meditar. Ellas sabían perfectamente que tu es poner un pie allí y te sobrepasas. Entonces nos ayudaron mucho con la gestión emocional, vivíamos en un salón las cuatro entonces era pasar eso juntas. Yo no me imagino ese viaje sin ellas, nos ayudaron muchísimo” (Kudú).

- Formación desde los organismos. Cuando los organismos con los que cooperan les aconsejan sobre ciertas habilidades sociales (manejar expresiones, lenguaje no verbal, conocimiento del lenguaje) que les pueden ser útiles con dicha población.

“Y la parte específica la enfocan más a los países a los que vas, en la manera de pensar que ellos tienen. Y contaron, por ejemplo, la manera en que llegas y tienes otra forma de pensar o de ver la vida. La manera de

acercarte allí y entablar una conversación de carácter social” (Guardabarranco).

“Evitar hacer comentarios. Allí es muy común una mujer soltera con cuatro o cinco hijos de padres diferentes. Entonces que cuando te soltaran eso, tu cara no fuera de “vale que tengas dos, pero que tengas cinco... se lo tendría que haber pensado”. Cosas así” (Guardabarranco).

“Bueno, se hacían unas dinámicas que suelen ser dirigidas por psicólogos, que te hacían un poco los problemas, sobre todo con EPM, los problemas con los que vas a ver, cómo se pueden manejar, qué emociones pueden surgir, un poco sí que se trabajaron” (Kanson Wouj).

“Eso es una de las cosas que hacemos, con técnicas de grupo y con gente que ya sabe, pues eso. Lo que intentamos es hacer técnicas y que la gente vea las emociones, cómo te puedes desbordar allí y saber afrontarlas. He trabajado en grupos de jóvenes y niños y hemos trabajado mucho las técnicas de las emociones y el afrontamiento y eso y me sirve muchísimo” (Hipopótamo).

“La única vez que yo he recibido algo, tampoco muchísimo, pero fue con Médicos Sin Fronteras con un par de semanas de formación antes de desplazarnos en el que sí que había formación en temas de seguridad y emociones, que tipo de situaciones te puedes encontrar, cómo afrontarlas. Se toca un poco el tema pero poco pero debería trabajarse más” (Lobo).

- Selección y preparación personalizada. Cuando se les selecciona de manera personal y reciben de manera directa preparación personalizada e incluso tratan con psicólogos previamente o durante el desplazamiento.

“No te advierten de lo que es el choque social, la preparación la tienes que tener más o menos. Pero por eso la gente se selecciona a la hora de ir a determinados países, tú tienes una oferta de Estados Unidos, Canadá, Etiopía, Kenia. Y todos los años se hacen unas reuniones y ahí se agrupan por continentes. Se habla de los países que pueden tener más conflictos o más dificultad a la hora de acceder a ellos, ya sea por los requisitos sanitarios o por la necesidad de ayuda que se da en el país” (Rinoceronte).

“En Haití Mundo te hace una entrevista una psicóloga para explorar esas cosas y ver si tú te vas a ver sobrepasada cuando llegues allí y no vas a poder desarrollar el trabajo para el que ibas, que estés en un momento emocional bueno, por ejemplo, en HM hay una psicóloga que estudia un poco eso, que tu estés en un momento que tu estés bien emocionalmente para poder afrontar aquello” (Kanson Wouj).

“Si que hay un equipo de apoyo psicológico en caso de que lo necesites” (Lobo).

“Esta ONG miraba más el perfil profesional que la experiencia en cooperación, ellos te hacen una entrevista y si ven que cuadras en actitudes te seleccionan” (Panthera).

“En Mozambique hicimos varias sesiones, algunas con una mujer que trabaja con la fundación desde Madrid y fue la que nos presentó los proyectos, aunque ella no se dedicase a eso profesionalmente. Ella nos presentó todos los proyectos y también mandamos nuestro perfil e hicimos varias entrevistas para que vieran donde podían colocarnos y de qué tareas podíamos ocuparnos” (Kudú).

“Cuando me fui con el programa de la diputación , había mucha gente que quería ir. Sacaban 30 plazas y había 100 personas aproximadamente. Primero hacían un proceso de selección, pedían unos requisitos y tú presentabas tu carta de motivación, certificados de voluntariado y cosas así. Después, como segundo filtro, una entrevista personal y , el tercer filtro, era formación y filtro a la vez. Era un grupo más reducido y nos llevaban al albergue juvenil de Huelva, nos hacían una formación a nivel emocional y técnico pero muy general. Íbamos todo el grupo que íbamos a distintos lugares. Se hacía una pequeña introducción y a la vez era proceso de selección, veíamos cómo respondíamos y nos relacionamos entre nosotros y ya sacaban el listado de donde nos íbamos . Nos lo hicieron en ambas cooperaciones, en la de corta duración a República Dominicana y a la de larga duración en Paraguay” (Pájaro campana).

“Con las instituciones que yo he trabajado el equipo STAR sí que lo tiene muy estructurado. Tienen un baremo en su convocatoria, sale publicado en

BOJA y entonces, te convocan en Madrid , en una formación de tres días en la que nos contaban como pueden ser los posibles escenarios. Nos formaron para tratar el afrontamiento y nos formaron mucho sobre el trabajo en equipo. Había una formación previa de la parte técnica y de esa parte de actitudes humanas y relacionales [...] A nivel emocional STAR nos formó, allí tiene equipo de salud mental que atiende a las víctimas pero también al personal que lo necesite y a la vuelta igual, teníamos un contacto psicológico al que acudir” (Camello).

“Cuando volvimos de Turquía nos dejaron un enlace para, quien lo necesitara, hablara con los psicólogos de Médicos del Mundo [...] y te comentan que existe un equipo de psicólogos y tal. Antes de ir no nos han dado formación emocional pero sí que nos han aportado apoyo psicológico al volver” (Búho).

“En las catástrofes que he salido con el equipo STAR sí que he tenido un equipo psicológico que te ayuda tanto durante, trabaja con la población de la catástrofe y a ti, porque la situación no es agradable y ves cosas que no estás acostumbrado en tu práctica. Incluso a la vuelta te proporcionan ese apoyo psicológico, porque te dicen que te esperes unos días y ver cómo te readaptas a tu vida, la vuelta a casa no es fácil” (Chimpancé).

“Y en Médicos del Mundo venía la psicóloga y nos dió una charla de gestión del estrés y las situaciones desagradables, algunos recursos. Te ofrecían un acompañamiento psicológico si lo querías después” (Halcón).

“Pero desde hace tiempo metemos talleres y simulaciones para que se pongan en situación y entiendan que dentro del kit de tratamientos que llevamos y cosas que hacemos. Y una de esas cosas tiene que ser emocional [Imparte formación sobre Crisis Resource Management]” (Tigre).

“Nos proporcionaron un psicólogo, en el hospital de campaña estaba un médico adjunto de psiquiatría y dos chicas más, una psicóloga y otra psiquiatra, en cualquier momento podíamos hacer uso de ellos si lo necesitábamos” (Leopardo).

5. DISCUSIÓN

El estudio del choque cultural en los cooperantes internacionales sociosanitarios mediante un diseño cualitativo nos ha proporcionado una información rica, diversa y completa, permitiendo el análisis de datos desde un modelo interpretativo como es la fenomenología (Husserl, 2012). De las cuatro categorías iniciales (formación, situaciones críticas, choque cultural y gestión y afrontamiento) han emergido importantes categorías con una capacidad descriptiva del fenómeno investigado. Todas las categorías han sido guiadas por el choque cultural, que es el eje central del estudio. El choque cultural hace referencia a la conmoción emocional producida por diferencias en valores, creencias o prácticas de base cultural que se produce en los cooperantes internacionales sociosanitarios, centrándonos en las situaciones que lo producen, las emociones que lo expresan y los mecanismos que lo gestionan.

Las situaciones críticas

Cómo hemos comprobado, los contextos de cooperación de los entrevistados se han caracterizado principalmente por la percepción de dos tipos de peligros, los humanos y los medioambientales.

Al explorar las situaciones críticas asociadas a factores medioambientales, se pone de manifiesto cómo las situaciones meteorológicas asociadas al escaso desarrollo de mecanismos que las detecten y las prevean, generan contextos de difícil manejo para los cooperantes. Todo esto, pone en peligro las vidas de los entrevistados y complica la asistencia sociosanitaria o la convivencia mientras se encuentran en el entorno de cooperación. A pesar de habernos enfrentado a una pandemia mundial sin precedentes, según indica el IFRC (2023) y los testimonios de los cooperantes entrevistados, los peligros obedecen en gran medida al auge de los desastres climáticos o meteorológicos, quedando la pandemia como uno más de los brotes epidemiológicos, eso sí, el de mayor envergadura.

Por otro lado, se ha examinado la problemática de hallarse en entornos humanos inseguros. La existencia de unos cuerpos de seguridad corruptos, la arraigada violencia de género en la sociedad y la posibilidad de acceder a armas para resolver los conflictos tanto gubernamentales como personales, han generado una forma de vida, tendencias conductuales o unas costumbres en los entornos de cooperación a los que se desplazan. Se caracterizan, principalmente, por la falta de seguridad a la hora de relacionarse, de

realizar actividades de ocio o, incluso, a la hora de visitar ciertas zonas para aportar ayuda. Una inseguridad que es el resultado no solo de unos entornos con condiciones económicas muy desfavorables, los cuales generan necesidades en sus ciudadanos que se solventan a través de la violencia callejera. También hay que tomar en consideración el factor cultural, es decir, como indica UNESCO (2001), la cultura engloba “El conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias”(Tarapuez Chamorro, 2016, p. 62). Toda esa cultura de la inseguridad da lugar a riesgos, asumidos o desconocidos, por gran parte de los cooperantes al enfrentarse a esa diferencia cultural, expresándolo a través de la emoción del miedo en reiteradas ocasiones.

En síntesis, las situaciones críticas en entornos de cooperación internacional sociosanitaria no solo representan desafíos logísticos y operativos, sino que también generan una compleja red de emociones que impactan en la capacidad de los cooperantes para llevar a cabo su labor de manera efectiva y sostenible. La comprensión y abordaje de estas dimensiones emocionales son fundamentales para garantizar la salud y el éxito de las intervenciones humanitarias.

La experiencia cultural a través de las emociones.

La investigación del fenómeno del choque cultural experimentado por las personas que realizan cooperación internacional en el ámbito sociosanitario ha constituido la directriz y el eje central de indagación del estudio. A través del análisis de las emociones expresadas por las personas que cooperan, se ha logrado acceder a la conmoción emocional generada por las disparidades en creencias, valores y prácticas en el entorno de cooperación.

En primer lugar, al explorar las emociones, como la ira, sorpresa, alegría, miedo, asco, frustración o tristeza, expresadas por las personas que han participado en las entrevistas, se evidencia el surgimiento de un proceso transcultural cuando las personas colaboradoras se desplazan hacia un nuevo entorno cultural. Este fenómeno, descrito por la reconocida enfermera y antropóloga Madeleine Leininger (1999), subraya la necesidad de adaptar los cuidados a las diversas culturas. Independientemente del concepto de cultura que se seleccione, esta adaptación es crucial para proporcionar un

cuidado cultural holístico, es decir, un cuidado que sea *culturalmente competente*. Aunque la búsqueda de esta calidad en la atención no nos exime de experimentar choques culturales durante el proceso, debería considerarse como un objetivo fundamental para todos los profesionales del ámbito sociosanitario.

¿Es posible obtener beneficios a través del choque cultural que experimentan las personas que cooperan? El choque cultural podría llegar a considerarse una oportunidad en lugar de un obstáculo o una enfermedad, como lo interpretaba Oberg (1960). La adaptación cultural que surge de la conmoción experimentada al cooperar podría llegar a potenciar las cualidades para adaptarse a estos procesos culturales (Martin, 1989). Aunque todo este aprendizaje cultural (Adler, 1975; Bochner, 2003) debería de realizarse de manera controlada, proporcionando herramientas suficientes a las personas que realizan este trabajo internacional, por ejemplo, a través de modelos como el de Prochaska y DiClemente (1983).

En relación con el empleo de las emociones para conocer el fenómeno mencionado, el choque cultural se puede observar desde diferentes perspectivas. ¿Pueden influir las emociones en las personas que cooperan internacionalmente? En el ámbito de la salud las emociones pueden llegar a expresarse de manera más aceptable, como la empatía, o llevarnos a reprimir incluso ciertas conductas que no se consideren tan aceptables, como expresar la tristeza ante la muerte de pacientes (Hochschild, 1983; Leiter, Bakker y Maslach, 2014). Por otro lado, la expresión de las emociones se podría modificar según el contexto cultural. Hablamos, en este caso en concreto, de la influencia de la cultura en la expresión de emociones en los diferentes contextos de atención sanitaria. Por lo que cabe pensar que la expresión de determinadas emociones en pacientes de una cultura diferente a la de origen será probablemente diferente a la expresión de las emociones en las personas atendidas en nuestra cultura originaria (Hofstede, 1980; Kleinman, 1988, Feldman Barret, 2017). Se constata así la importancia de las emociones en el ámbito de la salud, que determinan no solo la calidad de la atención sanitaria y los cuidados que pueden aportar los profesionales, sino también la interpretación, la capacidad de comprender a las personas atendidas de diversas culturas.

Por otro lado, comprender cómo las emociones afectan a las personas que cooperan desde la sociología parece difícilmente separable de la cultura (Hochschild, 1983;

Feldman Barrett, 2017; Collins, 2004; Goffman, 2016; Lutz, 1988). Dejando atrás el modelo universal propuesto por Ekman (2017) y descubriendo a través de los resultados del trabajo realizado el amplio abanico de emociones. No solo por el uso por parte de las personas entrevistadas de una emoción que no es considerada como universal, la frustración, sino por la construcción de emociones ligada a aspectos culturales. La procedencia del mismo país y la consideración similar de las emociones expresadas, podrían ser ejemplos de la construcción social de las emociones (Feldman Barret, 2017). Sumando fuerza a esta teoría las notables diferencias en el significado de las diferentes emociones y su expresión en las culturas a las que han visitado las personas entrevistadas.

Trataremos cada una de las emociones principales de manera independiente:

a) *La ira*

Al abordar la ira, la conceptualizamos como una emoción que surge ante la incapacidad de alcanzar una meta o en respuesta a circunstancias percibidas como injustas o inmorales por parte de los cooperantes. La mayoría de los resultados obtenidos están vinculados a las dificultades que experimentan los cooperantes para brindar ayuda debido a barreras espirituales. En otras palabras, enfrentan obstáculos derivados de las creencias espirituales de los entornos de cooperación, las costumbres asociadas a estas creencias e incluso los rituales que emanan de ellas, generando complicaciones para ofrecer su ayuda.

Por un lado, estos obstáculos generan en los cooperantes sentimientos de ira, obstaculizando el logro de su meta principal: ayudar a la población en la que se han desplazado. Por otro lado, se observa cierta ira relacionada con las relaciones que perciben como injustas o inmorales, como la discriminación racial o económica o las irregularidades, tanto administración de la economía gubernamental como de gestión sanitaria, presentes en los lugares a los que se han trasladado.

Es destacable mencionar la ira que surge en los cooperantes en sentido inverso, dirigida hacia su propio país, al darse cuenta de que se encuentran en un entorno de cooperación donde experimentan un mayor nivel de compasión que el que reciben en sus países de origen. Esto evoca a la compasión, una emoción moral que puede motivar a los individuos a contribuir a la mejora de la humanidad a través de la cooperación

(Nussbaum, 2001). Se podría asociar a los individuos que participan en la cooperación con una fuerte asociación a dicha emoción, la compasión. Por lo tanto, es coherente que estos individuos experimenten cierta ira al presenciar actos injustos, como la discriminación, así como las irregularidades que observan en los entornos de cooperación, y la falta de compasión en sus entornos laborales en comparación con la solidaridad encontrada en el nuevo entorno de cooperación.

La ira podría ser una emoción que siga a la frustración (Averill, 1982; APA, 2021). Encontrándose ambas a lo largo del estudio de manera diferenciadas pero fuertemente relacionadas. Posteriormente, explicaremos las diferencias encontradas una vez haya sido expuesta la frustración.

Esta investigación aporta originalidad al explorar la conexión entre la ira, la cooperación internacional y las barreras culturales en el ámbito sociosanitario. Los hallazgos emergentes destacan la importancia de considerar las creencias espirituales y las barreras culturales en la gestión de la ira por parte de los cooperantes. La identificación de la ira como una emoción prevalente entre los cooperantes subraya la necesidad de diseñar intervenciones y programas de apoyo psicosocial adaptados. La inclusión de elementos de sensibilización cultural y manejo de conflictos en la formación previa de los cooperantes se presenta como una herramienta esencial para equiparlos con habilidades que faciliten la adaptación y reduzcan las tensiones emocionales inherentes a su labor.

b) *El miedo*

En el presente estudio tratamos de abordar el choque cultural que se produce en los cooperantes internacionales a través de sus emociones, siendo el miedo una de las más características de ellas.

La presencia de referencias frecuentes al miedo vinculado a la violencia en los entornos de cooperación revela la impactante realidad que enfrentan los cooperantes. Este temor puede influir en la efectividad de los proyectos sociosanitarios al afectar la capacidad de los cooperantes para trabajar con confianza y seguridad. Por otro lado, la conexión entre la falta de infraestructuras adecuadas y el miedo al contagio destaca la importancia crítica de las condiciones de trabajo. La pandemia de COVID-19 ha añadido una capa adicional de ansiedad, subrayando la necesidad de estrategias de prevención. Y por

último y no menos importante, las inseguridades naturales, ya sean climáticas o geográficas, emergen como desencadenantes significativos de miedo.

Al examinar los resultados clave relacionados con el miedo, hemos identificado una característica fundamental en la mayoría de ellos: la ausencia de control de las situaciones que lo producen, tanto por parte de los cooperantes como de las organizaciones con las que viajaban. Esta falta de control puede inducir en los cooperantes una sensación de evitación, donde el miedo actúa como el principal impulsor de la búsqueda de escape, reforzando así la propensión a huir que mencionaba Epstein. Además, podría generar inseguridad en los propios cooperantes acerca de su capacidad para enfrentar la situación amenazante en la que se encuentran (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

La conexión intrínseca entre las emociones, especialmente el miedo, y el choque cultural destaca la necesidad de abordar estas experiencias emocionales como parte integral del proceso de aprendizaje cultural. La comprensión profunda de la cultura local se vuelve crucial para mitigar el miedo y facilitar la adaptación efectiva.

La comprensión del miedo en entornos de cooperación constituye un fundamento crucial para el desarrollo de intervenciones efectivas destinadas a mejorar la eficacia de los proyectos sociosanitarios en contextos desafiantes y de difícil previsión o control por parte de las organizaciones.

c) *La tristeza*

La presencia de la tristeza entre los cooperantes se vincula directamente con las muertes inevitables que presencian, a menudo asociadas a situaciones de pobreza extrema. Este hallazgo resalta la profunda conexión emocional que los cooperantes establecen con las comunidades a las que brindan ayuda, así como las dificultades emocionales que surgen al enfrentarse a la inevitabilidad de ciertas pérdidas. La tristeza se intensifica en el contexto de la carencia de recursos para tratar a las personas enfermas. La limitación de recursos plantea desafíos éticos y morales, ya que los cooperantes se enfrentan a la difícil tarea de proporcionar ayuda en condiciones difíciles. Este hallazgo subraya la necesidad de considerar el impacto emocional de las restricciones materiales en el personal humanitario.

Al regresar a sus vidas cotidianas, muchos cooperantes experimentan una sensación de “vacío”. Este fenómeno revela la complejidad de la readaptación después de misiones humanitarias, donde la tristeza persiste y afecta la percepción del entorno y las relaciones personales. Es esencial comprender cómo esta sensación de “vacío” puede influir en la salud mental a largo plazo y en la motivación para futuras acciones humanitarias. También encontramos la expresión de “*dos viajes*” para referirse a la cooperación realizada. La tristeza expresa la idea de tener que enfrentar desafíos tanto en el destino de la misión como al regresar a casa. Coincidiendo esta situación expresada por ellos con la idea a la que se refiere Gullahorn y Gullahorn (1963), de que algunos cooperantes experimentan por segunda partida el choque cultural inicial al regresar a casa y deber adaptarse de nuevo a su cultura.

Los cooperantes enfrentan eventos desfavorables que generan en ellos un choque cultural manifestado a través de un dolor anímico, específicamente, la tristeza mencionada (Cuervo Martínez y Izzedin Bouquet, 2007; Walton, 2016). Esta tristeza asociada a la cooperación puede establecer una conexión entre el suceso y la persona, permitiendo que el mismo evento desencadene diversas reacciones emocionales en diferentes individuos o incluso en el mismo individuo en distintos momentos de su vida Sroufe (2000). A pesar de ser una categoría menos extensa en términos de frecuencia, se revela como profundamente significativa, generando una respuesta emocional intensa entre varios cooperantes, como se evidencia en sus discursos y reacciones cuando la abordan acompañándola de lágrimas en ocasiones. Esta tristeza deja una huella perdurable en la memoria, persistiendo a lo largo del tiempo, según ellos expresan: “*eso es de las cosas que nunca superaré*”.

Al comparar estos resultados con la literatura existente sobre el impacto emocional en trabajadores humanitarios, se destaca la singularidad de las experiencias de los cooperantes en situaciones de pobreza extrema. La tristeza en este contexto específico agrega capas adicionales de complejidad emocional que deben abordarse de manera específica en futuras investigaciones y programas de apoyo.

d) *El asco*

La experiencia del asco entre los cooperantes internacionales sociosanitarios revela una notable expansión del concepto tradicionalmente asociado con estímulos físicos, como olores desagradables o condiciones higiénicas precarias. Más allá de estas

manifestaciones convencionales, los cooperantes articulan una repugnancia que se extiende a dimensiones sociales abstractas. Este fenómeno se atribuye a diferencias culturales evidentes, las cuales van más allá de la herencia cultural, es decir, de la educación recibida, y abarcan las limitaciones de infraestructuras básicas, como la carencia de vertederos públicos o acceso insuficiente al agua para el aseo.

La manipulación de alimentos, los lugares de conservación de estos o las condiciones higiénicas, tanto laborales como en los entornos personales, son destacables causas que generan esta emoción en los cooperantes.

Por otro lado, la emoción del asco, según lo expresado por los entrevistados, no se confina únicamente a lo físico, trasciende hacia el ámbito social y se arraiga en la observación de injusticias, tales como “*el machismo, racismo, homofobia y maltrato estructural*”. Esta dimensión interna y profunda se refleja en las palabras de los cooperantes que describen el asco como una respuesta a la “*injusticia social*”. Este cambio de paradigma introduce una dimensión interna y profunda del asco, alejándose de su concepción convencional vinculada a los sentidos como el olfato, el tacto o, en ocasiones, la vista (Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010).

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el asco como una respuesta emocional compleja que se desarrolla en interacción con el entorno sociocultural. Aunque la literatura científica clásica ha delineado la aversión, repulsión o repugnancia hacia objetos u olores (Darwin, 1872-1965; Fernandez-Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2010; Angyal, 1941; Rozin y Fallon, 1987; Nussbaum, 2004; Fonseca Díaz, 2019), las experiencias de los cooperantes sugieren una necesidad de ampliar esta definición para abordar el asco en contextos abstractos y sociales.

Desde una perspectiva práctica, todo esto plantea interrogantes sobre cómo esta emoción influye en la eficacia de los cooperantes en entornos sociosanitarios. ¿Cómo afecta esta respuesta emocional a sus estrategias de intervención y a la percepción de las comunidades locales? Este enfoque más holístico del asco también invita a explorar teorías psicológicas y sociológicas que puedan explicar cómo es la conexión existente entre la emoción del asco y las percepciones de injusticia social. Al comprender mejor

la complejidad de la emoción en este contexto específico, podemos avanzar hacia estrategias más informadas y sensibles en la cooperación internacional sociosanitaria.

e) *La sorpresa*

La sorpresa, como emoción a través de la cual estudiar el choque cultural experimentado por los cooperantes internacionales sociosanitarios, revela dos facetas principales en sus manifestaciones. Estas se asocian tanto a aspectos negativos como positivos, ofreciendo una rica perspectiva sobre la complejidad de la experiencia cultural en el ámbito de la cooperación sociosanitaria.

Los cooperantes, al enfrentarse a situaciones de corrupción en los países de destino, experimentan sorpresa en un contexto negativo. La revelación de prácticas corruptas puede generar desconcierto y malestar, desafiando las expectativas y valores previos de los cooperantes. Por otro lado, la sorpresa se manifiesta de manera positiva al sumergirse en la cultura local, donde las costumbres, rituales y la sororidad de las poblaciones generan una experiencia gratificante. Este contraste resalta la versatilidad de la sorpresa como una emoción que abarca desde la consternación hasta la admiración.

La sorpresa, según las definiciones clásicas que la conceptualizan como la reacción ante un suceso repentino (Darwin 1872,1965; Izard, 1991; Martin Díaz, 2010; APA, 2021), emerge como una emoción clave en la vivencia del choque cultural. Fernandez-Abascal et al. (2010) sostienen que la sorpresa actúa como una emoción neutral, capaz de manifestarse tanto en contextos positivos como negativos. En este sentido, los cooperantes internacionales sociosanitarios reflejan la dualidad de la sorpresa al experimentarla en relación con la corrupción, un aspecto negativo, y la riqueza cultural de las comunidades locales, un aspecto positivo.

La gestión de la sorpresa se convierte en un factor crucial para la adaptación de los cooperantes. En el caso de la sorpresa asociada a la corrupción, la capacidad de procesar y gestionar esta emoción negativa podría influir en la resiliencia cultural (Ungar, 2015) y en la continuidad de la labor sociosanitaria. Por otro lado, la sorpresa positiva relacionada con la riqueza cultural puede potenciar la conexión emocional y la eficacia en la implementación de intervenciones de salud. La habilidad para canalizar la sorpresa

de manera constructiva puede ser determinante en la percepción global de la experiencia sociosanitaria internacional.

En síntesis, la sorpresa se revela como una emoción central en la vivencia del choque cultural por parte de los cooperantes internacionales sociosanitarios. La capacidad de adaptación y eficacia en su labor está intrínsecamente ligada a la gestión de esta emoción dual. Las futuras investigaciones podrían profundizar en la relación específica entre la sorpresa, la resiliencia cultural (Ungar, 2015) y la eficacia de las intervenciones sociosanitarias en entornos culturales diversos.

Dada la ambivalencia de la sorpresa, es imperativo que los programas de formación y preparación de cooperantes aborden de manera integral esta emoción. La atención debe centrarse en desarrollar habilidades para gestionar la sorpresa tanto en situaciones negativas como positivas.

f) *La frustración*

El análisis de la frustración en el contexto del choque cultural entre los cooperantes y las comunidades receptoras revela facetas complejas y multifacéticas de esta emoción. La frustración, en numerosas instancias, ha surgido como una respuesta palpable y penetrante ante las discrepancias culturales que los cooperantes enfrentan en sus misiones.

En primer lugar, la frustración se ha entrelazado de manera significativa con las diferencias en las normas culturales, destacando las divergencias en las normas sociales que han llevado incluso a modificaciones en los discursos de los cooperantes. Este fenómeno se manifiesta claramente en la imposibilidad de trabajar con personas con discapacidad, la incapacidad de implementar los valores occidentales de igualdad de género y las marcadas disparidades culturales en la percepción y tratamiento de la muerte por parte de las poblaciones locales. Estas disonancias generan una sensación de frustración arraigada en la dificultad para conciliar las expectativas occidentales con la realidad cultural de las comunidades.

En segundo lugar, la frustración se vincula estrechamente con prácticas culturales que caracterizan a los entornos de trabajo de los cooperantes. La falta de organización en el sistema de salud local, la ausencia de protocolos efectivos para la organización, la actuación y la evaluación, roles sanitarios difusos y la lentitud en momentos críticos,

todos contribuyen a una experiencia frustrante para los cooperantes. Estas situaciones reflejan la discrepancia entre las expectativas que se marcan de los cooperantes y los medios limitados proporcionados por la sociedad receptora, creando así una brecha que alimenta la frustración.

Finalmente, la frustración se manifiesta ante la imposibilidad de alcanzar metas deseadas debido a la carencia de medios adecuados. La falta de una atención sanitaria universal y calificada, la inadecuada cobertura en situaciones vitales y la escasez de recursos generada por situaciones de catástrofe contribuyen a la frustración de los cooperantes al ver limitada su capacidad para brindar la ayuda esperada. Es decir, en esta última ocasión, la frustración surge de la discrepancia entre las expectativas de los cooperantes y los medios de los que disponían para alcanzarlos (Cloward y Ohlin, 1960, Cohen, 1955, Merton, 1938,1968). La cultura occidental impone metas como mejorar la sociedad y salvar vidas, pero la realidad en las sociedades receptoras presenta limitaciones significativas.

Además, se ha observado que la frustración en este contexto va más allá de las discrepancias culturales y aborda cuestiones éticas, como la observación de normas éticas divergentes y la normalización de situaciones injustas como, por ejemplo, el abuso a las mujeres. Estas dimensiones adicionales sugieren una definición más amplia de la frustración en el contexto de la cooperación internacional. Es decir, la constatación de vulneración de determinados derechos humanos en las poblaciones que visitan las personas que cooperan no podría ser considerada únicamente como la omisión o disminución sorpresiva de un reforzador positivo (Amsel, 1992), sino que va más allá. El reforzador positivo, que se interrumpe para dar lugar a la frustración, no lo sería únicamente para la persona entrevistada, sino para la sociedad, como bien común y concreto de otros, a los que están siendo vulnerados sus derechos más fundamentales. Por lo que cabe cuestionarnos si existe una relación significativa entre la frustración y la conducta prosocial (Baron & Byrne, 2005; Batson, Van Lange, Ahmad, & Lishner, 2007).

Aunque la frustración no es una emoción universalmente reconocida, su prominencia en las experiencias de los cooperantes destaca su relevancia en este contexto específico. A diferencia de la ira, que se manifiesta como una emoción impulsiva y extrospectiva, la frustración adopta un carácter más duradero e introspectivo. Las personas que cooperan expresan sentimientos de vergüenza, interrupción de la acción, confusión mental y la

inclinación a la huida, características que se alinean con la conceptualización de la vergüenza (Lewis, 2000).

Estas observaciones plantean la posibilidad de una definición específica de la frustración en el contexto de la cooperación internacional, que va más allá de las concepciones tradicionales de esta emoción. La comprensión profunda de la frustración en este ámbito enriquece el análisis del choque cultural y ofrece perspectivas valiosas para abordar los desafíos emocionales que enfrentan los cooperantes en su labor humanitaria.

g) *La alegría*

La expresión del choque cultural a través de la alegría en los cooperantes internacionales sociosanitarios plantea una perspectiva intrigante y aparentemente contradictoria. La consideración de una emoción “*positiva*” a la hora de abordar el choque cultural revela un enfoque novedoso para comprender la complejidad emocional de los cooperantes. Inicialmente, se observaba que estos profesionales abordaban su choque cultural enfocándose en emociones consideradas como “*negativas*” durante las entrevistas, es decir, la ira, la tristeza, la frustración... aunque también destacaban aspectos positivos que habían impactado su experiencia de cooperación.

La sorpresa surgió al indagar directamente sobre la emoción de la alegría en la segunda parte de las entrevistas. La asociación primaria de la alegría se relaciona con los logros laborales, destacando tanto el impacto de su labor en el entorno de cooperación como la satisfacción personal derivada de considerar su trabajo como exitoso.

En segundo lugar, las experiencias compartidas con la población beneficiaria se identifican como otra fuente de alegría. Estas interacciones permiten a los cooperantes adquirir nuevos conocimientos, sugiriendo que la alegría surge no solo de los resultados tangibles, sino también de las conexiones humanas y el aprendizaje intercultural.

Esta manifestación, aparentemente positiva, del choque cultural plantea preguntas interesantes sobre la interpretación tradicional de este fenómeno. Debemos discernir si la expresión de la alegría por parte de los cooperantes representa la cuarta etapa del choque cultural, la *adaptación cultural* según Oberg (1960), o si indica la necesidad de considerar modelos alternativos, como el propuesto por Bochner (2003) sobre el

contacto cultural ABC o la mencionada estructura bidimensional de Ward y Kennedy (1999).

La discrepancia entre la percepción inicial de emociones negativas y la posterior asociación de la alegría con la adaptación cultural sugiere una evolución en la experiencia de los cooperantes a lo largo de su participación. Esto podría indicar que el proceso de choque cultural es más dinámico y complejo de lo que sugieren los modelos tradicionales. Explorar estas cuestiones puede contribuir significativamente a la comprensión de la adaptación y las emociones en el contexto de la cooperación internacional sociosanitaria.

Cómo manejar y gestionar la conmoción emocional

La presente investigación aborda la tercera parte enfocada en el estudio del choque cultural, explorando los mecanismos utilizados por las personas que colaboran internacionalmente en el ámbito sociosanitario para gestionar este fenómeno. Los resultados obtenidos se han categorizado en distintos bloques para proporcionar una comprensión más estructurada. En los siguientes párrafos nos propondremos analizar los mecanismos utilizados basándonos en la iniciativa de Educación en Calidad y Seguridad en Enfermería (QSEN), donde cobran importancia dentro de la educación en competencias culturales de los estudiantes de enfermería los conocimientos, las habilidades y las actitudes (Cronenwett et al., 2007, p. 123).

En cuanto a los conocimientos previos que facilitan la gestión del choque cultural, se destaca la importancia de la información adquirida previamente por los individuos entrevistados. Estos basan su preparación en conocimientos que les permiten comprender mejor la cultura a la que se desplazan, siendo el dominio del idioma y la experiencia profesional elementos fundamentales en este proceso.

Respecto a las habilidades utilizadas para gestionar el choque cultural, se observa un énfasis particular en el autocontrol y la búsqueda de apoyo social. El autocontrol se manifiesta como una herramienta relevante, destacando la capacidad de racionalizar las emociones emergentes para protegerse de un choque cultural más significativo. Asimismo, la búsqueda de apoyo social se evidencia como una estrategia común, siendo el grupo de amigos en el destino de cooperación la principal fuente de apoyo identificada.

Entre las redes establecidas por los individuos que cooperan, se identifica una red primaria monocultural, inicialmente conformada por personas con similitudes culturales, es decir, las personas que colaboran internacionalmente. La búsqueda predominante de apoyo social en esta red primaria monocultural se justifica como un entorno propicio para ensayar y expresar valores étnicos y culturales. Las redes secundarias biculturales y terciarias multiculturales, aunque menos frecuentes en cuanto a apoyo, también se reconocen como mecanismos de afrontamiento del choque cultural (Bochner, 2003). En concordancia con la observación de Pantelidou y Craig (2006) acerca del apoyo social, supera en importancia la calidad a la cantidad percibida. En los resultados obtenidos en el apartado 4.1.1.d de *la ira* tratamos de explicar el malestar generado en las personas entrevistadas a pesar de encontrarse en una red primaria monocultural, donde contaban con apoyo social pero de calidad cuestionable por parte de ellos. La instauración del apoyo social, independientemente de su origen, se erige como una herramienta indiscutible en la gestión y manejo de emociones.

En tercer lugar, al examinar las actitudes adoptadas por las personas que colaboran para gestionar las emociones desencadenadas por el choque cultural, se destaca la disposición a adaptarse y la perspectiva positiva. Este enfoque proactivo revela estrategias clave empleadas para afrontar los desafíos emocionales inherentes a contextos interculturales.

En el análisis de los mecanismos utilizados por estas personas para gestionar las emociones derivadas del choque cultural, se identifican coincidencias con diversos modelos teóricos. Algunas teorías, como las propuestas por Tobin et al. (1989) y Lazarus y Folkman (1984), ofrecen explicaciones valiosas para las estrategias expresadas por los entrevistados, ya sea a través de un enfoque centrado en la emoción o mediante la clasificación de estas estrategias en escalas específicas.

Adicionalmente, se observan similitudes con el modelo presentado por ODHAG (1998), cuya clasificación de *afrontamiento directo* y *autocontrol* se alinea con las habilidades exhibidas por los entrevistados, como el conocimiento detallado del destino y el ejercicio del autocontrol. Asimismo, la clasificación de *afrontamiento emocional adaptativo* propuesta por ODHAG encuentra correspondencia en la búsqueda de apoyo y en la aplicación de técnicas de relajación en grupo, como la risoterapia, identificadas como estrategias efectivas.

La convergencia entre los hallazgos y estos modelos teóricos enriquece la comprensión de los mecanismos de afrontamiento empleados por quienes colaboran en situaciones de choque cultural. Este análisis permite identificar patrones recurrentes y proporciona una base teórica sólida para la conceptualización y el estudio más profundo de la gestión emocional en contextos interculturales.

El camino hacia la adaptación cultural

Finalmente, en esta última parte de la discusión incluimos la formación recibida por las personas que cooperaron previamente, durante o posteriormente a su desplazamiento. Las personas entrevistadas recibieron información general referente al destino como ciertos arreglos domésticos, posibles riesgos, nociones básicas para proteger su salud en los sitios endémicos a los que se desplazan o cuestiones generales de supervivencia. Al realizar las entrevistas la mayoría refería una gran desinformación sobre el destino hasta encontrarse en el nuevo entorno. Y con respecto a la formación emocional recibida, es decir, en conocimientos que tratan de ayudar al cooperante, por ejemplo, a manejar emociones, conductas, acciones..., las personas entrevistadas se centraron en la ayuda aportada por cooperantes anteriores o que se encontraban en la zona y les proporcionaban información para manejar la incertidumbre de la primera etapa del choque cultural (Oberg, 1960). Por otro lado, la formación en habilidades o la selección individualizada de los cooperantes está centrada más en esa segunda fase del choque cultural, la *crisis* (Oberg, 1960). Ambos mecanismos de formación pudieron llegar a fomentar un correcto desarrollo de aprendizaje cultural.

Pero dada la escasa formación emocional que se realizó a los cooperantes es necesario considerar ¿Es realmente la conducta prosocial lo que mueve a las personas que cooperan? ¿Influye el nivel de inteligencia emocional o de resiliencia en sus mecanismos de gestión y afrontamiento del choque cultural? ¿Existe un mayor nivel en estas características en las personas con una conducta prosocial? La resiliencia puede afectar de manera positiva a esta adaptación cultural pero existe un obstáculo que es determinante, a su vez, en las situaciones críticas estudiadas, el estrés (Pan, Fu Keung Wong, Lai Wan Chan y Joubert, 2008). Por lo que, estudiar la resiliencia aplicada a situaciones donde el estrés es un componente más del contexto de los cooperantes podría ayudarnos a arrojar luz sobre el fenómeno investigado. Por otro lado, es un hecho bien establecido que las personas con comportamiento prosocial exhiben rasgos

distintivos, como la adopción de respuestas constructivas en conflictos interpersonales, la disposición a colaborar en tareas grupales, la manifestación de autocontrol y una percepción positiva hacia los demás. Estos atributos están estrechamente asociados con la agradabilidad, como se ha documentado en investigaciones anteriores (Caprara, Allesandri, Di Giunta, Panerai, & Eisenberg, 2010; Graziano, Habashi, Sheese, & Tobin, 2007). A lo largo de las entrevistas realizadas en este estudio, se ha evidenciado que estos elementos actúan como estrategias de afrontamiento adoptadas por individuos inmersos en contextos de choque cultural. Además, de acuerdo con Batson et al. (2007), la conducta prosocial también está estrechamente vinculada con la capacidad empática. Este vínculo no solo puede generar experiencias positivas, sino que también puede resultar en niveles inferiores de bienestar o malestar, como han expresado las personas entrevistadas en el contexto del choque cultural. La conexión entre la conducta prosocial y la empatía es destacable y, junto a estas, se encuentran las experiencias emocionales asociadas con la colaboración en entornos sociosanitarios. Es esencial tratar de comprender y abordar estas dinámicas desde la formación y el apoyo a los cooperantes.

En cualquier caso, como han descrito diferentes autores (Miranda Páez, 2011; Egenes, 2012; Ruddock y Turner, 2007; Kilstoff y Baker, 2014) es fundamental la formación intercultural de profesionales. Esta formación, a estudiantes o profesionales de las ciencias sociosanitarias, no sólo produciría una mejora a nivel cognitivo sino que permitiría una mejora en la comprensión de la salud internacional y los mecanismos derivados de ella. A pesar de encontrar leves diferencias sobre en qué momento de su formación debería producirse este aprendizaje cultural, es evidente que la formación cultural y en el manejo de las emociones permitiría conducir a las personas que trabajan en la cooperación internacional sociosanitaria hacia un aprendizaje cultural positivo.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El fenómeno del choque cultural en el personal sociosanitario que coopera internacionalmente es un acontecimiento que se comienza a estudiar de manera reciente. Pues la cooperación entre países ha surgido hace escasas décadas de años y el choque cultural como concepto se ha descrito de manera muy reciente también.

Este estudio se focaliza en una población muy concreta: el personal sociosanitario español que haya cooperado en los últimos veinte años desde el inicio del estudio. Por lo que hay que mirar el estudio con la perspectiva de que el mundo de la cooperación se encuentra en pleno auge y surgen mejoras y modificaciones de manera constante.

Hemos querido conocer el fenómeno de manera holística, investigando también las diferentes técnicas de afrontamiento y gestión utilizadas por las personas entrevistadas. Como una limitación del estudio, es relevante mencionar las dificultades que enfrentamos al acceder a las emociones de ciertas personas en relación con los eventos traumatológicos que vivieron en sus roles profesionales en esas situaciones críticas mencionadas. Trabajamos arduamente para crear un ambiente de confianza y relajación, y en la mayoría de ocasiones logramos que se sintieran dispuestos a compartir sus emociones. Sin embargo, en una ocasión, a pesar de nuestros esfuerzos, no conseguimos que el colaborador expresara plenamente su experiencia respecto a la situación crítica. Nos explicó las dificultades que tenía para hablar de ese incidente, a pesar de haber transcurrido muchos años. Por lo tanto, en la entrevista exploramos otras situaciones críticas que había experimentado.

No obstante, consideramos las posibles limitaciones del estudio como oportunidades para seguir trabajando en el tema y aumentar el conocimiento de este.

7. CONCLUSIONES

Al comenzar el presente trabajo, pensamos en la mochila que llevan desde casa el personal de cooperación internacional sociosanitaria. Con el término mochila nos referimos a todo tipo de conocimientos, experiencia profesional, herramientas de gestión emocional o infraestructuras con las que se desplazan hacia un nuevo mundo. Cómo enfrentan la cooperación con los enseres (de todo tipo) de esa mochila y traen una nueva de vuelta llena de experiencias, herramientas o sentimientos completamente nuevos. En esto consiste el interés del presente estudio, en analizar las afectaciones del choque cultural en los profesionales sociosanitarios desplazados en proyectos de cooperación internacional y los diferentes mecanismos de gestión y afrontamiento que utilizan ante situaciones críticas.

En consecuencia, hemos logrado identificar los contextos que originan situaciones consideradas críticas para las personas entrevistadas, particularmente en condiciones climáticas desfavorables y entornos inseguros afectados por la cultura de la violencia callejera en los destinos de desplazamiento. Contemplamos la posibilidad de mitigar riesgos mediante un estudio más exhaustivo de la zona a la que se desplazan o proporcionando formación a los cooperantes. El objetivo es capacitarlos para gestionar situaciones de peligro que puedan surgir, con la intención de prevenir su ocurrencia.

Por otro lado, hemos logrado interpretar, a través de las expresiones emocionales de los cooperantes, cómo el choque cultural incide en sus tareas de cooperación internacional y, en ocasiones, impacta en sus prácticas laborales subsiguientes, así como en su bienestar emocional a largo plazo. Los diversos mecanismos emocionales para manejar dicho impacto cultural han revelado, por un lado, la carencia de formación emocional expresada por los entrevistados y, por otro lado, la importancia de la inteligencia emocional individual, la cual se puede entrenar desde la infancia. Por lo que, destacamos la posibilidad de cultivar esta inteligencia a lo largo de la vida y, más concretamente, cultivarla de manera inminente en las personas que realizan labores de cooperación internacional.

Un papel fundamental en la gestión emocional ha sido la posible relación entre la conducta prosocial de las personas que cooperan y sus cualidades para atenuar el impacto cultural, propiciando así una adaptación cultural adecuada. Sin embargo, a la

luz de los resultados de esta investigación, subrayamos la urgencia de brindar una formación adecuada en gestión emocional e instrucción de la inteligencia emocional a las personas que cooperan.

A través de los hallazgos encontrados podemos concluir algunas de las competencias en las que deberían recibir formación las personas que cooperan para mejorar significativamente la experiencia del choque cultural serían:

- a) Conocer el idioma local para facilitar la comunicación con los habitantes de la zona a la que se desplazarán o mecanismos que faciliten la comunicación con las personas del nuevo entorno.
- b) Conocer las creencias, valores y prácticas de la población para comprender las diferencias culturales que condicionan el trabajo diario en la cooperación.
- c) Desarrollar la capacidad de adaptarse a nuevos escenarios de trabajo.
- d) Desarrollar técnicas de autocontrol para gestionar las emociones y situaciones que puedan surgir durante la cooperación.
- e) Desarrollar destrezas emocionales para afrontar la frustración que produzca determinadas situaciones inesperadas.
- f) Entrenar la empatía con personas que poseen una cultura diferente.
- g) Saber buscar y aceptar el apoyo social en el entorno de cooperación al que se desplazarán.
- h) Aprender a mantener una actitud positiva ante las situaciones complicadas.

La meta del presente trabajo es asegurar que la mochila que traen de vuelta sea una herramienta valiosa para la interculturalidad laboral y para la gestión personal y profesional de las emociones. En este sentido, se busca, a través del proceso del choque cultural y sus diversas etapas, lograr una adaptación cultural efectiva que facilite las labores in situ y las futuras, enriqueciendo la experiencia de cooperar internacionalmente a las personas que la realizan. Es imperativo considerar que la gestión emocional forme parte integral de la salud laboral del personal que coopera internacionalmente.

8. BIBLIOGRAFÍA

Adler, P. S. (1975) The transitional experience: an alternative view of culture shock. *Journal of Humanistic Psychology*, 15(4), 13-23.

Agencia Española de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2022). Programa Marco. Formación Médica Especializada. Recuperado el 10 de noviembre de 2023, de: https://bibliotecadigital.aecid.es/bibliodig/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1031425.

American Psychological Association. (19 abril 2018. a) Anger- APA. Dictionary of Psychology. Recuperado el 20 de abril de 2021, de: <https://dictionary.apa.org/anger>.

American Psychological Association. (19 abril 2018. b) Fear- APA. Dictionary of Psychology. Recuperado el 20 de abril de 2021, de: <https://dictionary.apa.org/fear>.

American Psychological Association. (19 abril 2018. c) Frustration- APA. Dictionary of Psychology. Recuperado el 20 de abril de 2021, de: <https://dictionary.apa.org/frustration>.

American Psychological Association. (19 abril 2018. d) - APA. Happiness- APA. Dictionary of Psychology. Recuperado el 20 de abril de 2021, de: <https://dictionary.apa.org/happiness>.

American Psychological Association. (19 abril 2018. e) Surprise- APA. Dictionary of Psychology. Recuperado el 20 de abril de 2021, de: <https://dictionary.apa.org/surprise>.

Amezcu, M. (2016). Cómo estructurar un proyecto de tesis doctoral. Gómeres [blog]. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de: <http://index-f.com/gomeres/?p=1418>.

Amezcu, M y Gálvez Toro, A. (2002) Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 5(76), 423-436.

Amezcu, M. y Palacios Ramírez, J. (2015). Botellón, Riesgo Consentido. Claves para comprender el consumo colectivo de alcohol entre jóvenes. [ProTesis]. Granada: Fundación Index. <https://ciberindex.com/c/proT/pt20152>.

Amirkhan, J. H. (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 242-61.

Amsel, A. (1958). The role of frustrative nonreward in noncontinuous reward situations. *Psychological Bulletin*, 55, 102-119.

Amsel, A. (1992). Frustration theory. Cambridge: Cambridge University Press.

Angyal, A. (1941). Disgust and related aversions. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36(3), 393–412.

Auné, S. E., Blum, G. D., Abal, F. J.P., Lozzia, G.S. y Attorresi, H. F. (2014). La conducta prosocial: estado actual de la investigación. *Perspectivas en Psicología*, 11(2), 21-33.

Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American psychologist*, 38(11), 1145.

Ayllón, B. (2007). La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. *Carta internacional*, 2(2), 32-47.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13–25.

Baron, R., y Byrne, D. (2005). Conducta prosocial: ayudar a otros. En R. A. Baron y D. Byrne. (Ed.), *Psicología Social* (10ª Edición, pp. 397-444). Madrid: Pearson Education, S.A.

Basabe, N., y Páez, D. (2017). Cultura, cognición y emoción: investigaciones en valores y emociones a través de los individuos, los grupos y las organizaciones. En J.J. Arrospide, C. Martínez-Taboada, J. F. Morales y coords. (Ed.), *Innovación, transparencia y comunicación en grupos y organizaciones* (pp. 29-107). Madrid: Editorial Sanz Y Torres S.l.

Batson, C. D., y Powell, A. (2003). Altruism and prosocial behavior. En M. Theodore (Ed.) y L. Melvin (Ed.) *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology* (Vol. 5, pp. 463–484). Hoboken: John Wiley y Sons, Inc.

Batson, C. D., Van Lange, P. A., Ahmad, N., y Lishner, D. A. (2007). Altruism and helping behavior. En M. A. Hogg y J. Cooper (Eds.) *The SAGE Handbook of Social Psychology: Concise Student Edition* (pp. 241-259). Londres: Sage

Baumeister, R. F., y Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.

Benner, P., y Gordon, S. (1996). Caring practice. In S. Gordon, P. Benner, y N. Noddings (Eds.), *Caregiving, readings in knowledge, practice, ethics and politics* (pp. 40-55). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., y Sesma, A. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. En R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Handbook of child psychology* (pp. 894-941). Hoboken: John Wiley y Sons, Inc.

- Bericat, E. (2012). Emociones. Sociopedia.isa. <https://doi.org/10.1177/205684601261>.
- Berkowitz, L., y Harmon-Jones, E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4(2), 107.
- Besser, A., Amir, M., y Barkan, S. (2004). Who signs an organ transplant donor card? A study of personality and individual differences in a sample of Israeli university students. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1709-1723.
- Bochner, S. (2003). Culture Shock Due to Contact with Unfamiliar Cultures. Online Readings in Psychology and Culture, 8(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1073>.
- Boni Aristizábal, A. (2010). El sistema de la cooperación internacional al desarrollo. Evolución histórica y retos actuales. En A. Boni Aristizábal, C. Calabuig Tormo, I. Cuesta Fernández, M. L. Gómez-Torres, J. F. Lozano Aguilar, J. M. Monzó Balbuena, y A. J. Torres Martínez (Eds.), *La cooperación internacional para el desarrollo* (pp. 7-48.). Valencia: Editorial Universitat Politècnica de València.
- Bowlby, J. (1969). *El apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bowlby, J (1980). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Brislin, R. (1981). *Cross-Cultural encounters*. Nueva York: Pergamon Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6,185-246.
- Browne, M. B. (1992). Circumplex models for correlations matrices. *Psychometrika*, 57, 469-497.
- Buss, A. H. (1961). Psychopathology. In A. H. Buss (Ed.) *The psychology of aggression* (pp. 207–220). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Calduch, R. (1991). Capítulo 4: Las relaciones internacionales. En R. Calduch (Ed.), *Relaciones Internacionales* (pp. 1-14). Madrid: Ediciones Ciencias Sociales.
- Campinha-Bacote J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Di Giunta, L., Panerai, L., y Eisenberg, N. (2010). The contribution of agreeableness and self-efficacy beliefs to prosociality. *European Journal of Personality*, 24, 36-55.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., y Eisenberg, N. (2012). Prosociality: The contribution of traits, values, and selfefficacy beliefs. *Journal of personality and social psychology*, 102(6), 1289-1303.

- Caprara, G. V., & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275-286.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-83.
- Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, 19(42): 128-136. <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>.
- Castro R. (1995). La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo. *Revista de Salud Pública de México*, 37(4), 329-338.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., y Hawkins, D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 98-124.
- Chege, N., & Garon, M. (2010). Adaptation challenges facing Internationally Educated Nurses. *Dimens Crit Care Nurs*, 29(3), 131-135.
- Cialdini, R. B., Schaller, M., Houlihan, D., Arps, K., Fultz, J., y Beaman, A. L. (1987). Empathy-based helping: Is it selflessly or selfishly motivated?. *Journal of personality and social psychology*, 52(4), 749-758.
- Clore, G.L., Ortony, A., Dienes, B. y Fujita, F. (1993). Where does anger Dwell?. En R.S. Wyer y T.K. Srull (Eds.), *Perspectives on anger and emotion. Advances in Social Cognition*, (vol. 6, pp. 57-87). Nueva York: Psychology Press.
- Cloward, R. A., y Ohlin, L. E. (1960). *Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs*. Los Angeles: Free Press.
- Cohen, A. K. (1955). *Delinquent boys: The culture of the gang*. Los Angeles: Free Press.
- Collins, R. (2004). *Interaction Ritual Chains*. Princeton: Princeton University Press.
- Conangla, M. M. (2014). *Crisis emocionales. La inteligencia emocional aplicada a las situaciones de crisis, enfermedad y pérdidas*. Barcelona: Editorial Amat.
- Contandriopoulos, A.P., et al. (1991). *Preparar un proyecto de investigación*. Granada: SG Editores.
- Corbella, J. (1994). *Tristezas y depresión*. Barcelona: Ediciones Folio SA.

- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., y Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131.
- Cruz, H. A., Gutiérrez, O. J., y Chaile, N. B. (2011). Estrategias de afrontamiento ante situaciones traumáticas de los enfermeros del sistema de asistencia médica de emergencias [Proyecto de investigación]. http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cruz_horacio.pdf.
- Cuervo Martínez, A. & Izzedin Bouquet, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*, 2, 35-47.
- Danesh, H. B. (1977). Anger and fear. *The American journal of psychiatry*, 134(10), 1109-1112.
- Darwin, C. (1872/1965). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Chicago: University of Chicago.
- Dávila, C. y Díaz Morales, J. F. (2005). Satisfacción vital y voluntariado. *Intervención Psicosocial*, 14, (1), 81-94.
- De Luca, S. y Telletxea, S. (2017). Choque y adaptación sociocultural una visión en espejo: vascos y brasileños. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-14.
- Díaz, J. L. y Flores, E. O. (2001). La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Mental*, 24, 4. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58242403.pdf>.
- Díaz Sánchez, F. (2010). Las organizaciones internacionales en la gestión de desastres naturales [Trabajo Fin de Máster]. Madrid: Repositorio Digital Universidad Complutense de Madrid.
- Dixon, T. (2008). From passions to emotions. En M. Greco y P. Stenner (Eds.), *Emotions: A social science reader* (pp. 29–33). Nueva York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dollard, J., Dobb, L. W., Miller, N. E., Mower, O. H. y Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Durham, W. H. (1991). *Coevolution: Genes, culture, and human diversity*. California: Stanford University Press.
- Eckermann, A. K., Dowd, T., Chong, E., Nixon, L., Gray, R. y Johnson, S. (2006). *Binan Goonj: Bridging Cultures in Aboriginal Health*. Londres: Churchill Livingstone Elsevier.
- Egenes, K. J. (2012). Health care delivery through a different lens: The lived experience of culture shock. *Nurse Education Today*, 32(7), 760-764.

Eisenberg, N., & Fabes, R. (1998). Prosocial development. En W. Damon y N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional and personality development* (pp. 701-778). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Ekman, P. (2017). *El rostro de las emociones*. Barcelona: RBA libros.

Elena, P. (2018). Enfermería cultural. Una mirada antropológica del cuidado, de Manuel Moreno Preciado. *Nuberos Científica*, 3(26), 72-3 <https://ciberindex.com/c/nc/2672nc>.

Esteban, M. & Ratner, C. (2010). Historia, conceptos fundacionales y perspectivas contemporáneas en psicología cultural. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(2), 117-136.

Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. En E. G. Fernández-Abascal, M. P. Jiménez y M. D. Martín (Coor.)(Eds.) *Motivación y emoción. La adaptación humana* (pp. 369-393). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Etxebarria, I., Conejero, S., Martínez, R., Muñoz, N. y Pérez, V. (2003). Componentes emocionales en la experiencia subjetiva de culpa. [Comunicación presentada en el III Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción]. <http://reme.uji.es/articulos/agarce2130505103/texto.html>.

Febles Llizo, R., Hernández Mallo, P. y Martínez Gallardo, F. A. J. (2019). Una mirada a las emociones y su clasificación. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/14664>.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2023). Informe Mundial 2022 sobre Desastres. Confianza, Equidad y Acción local. Enseñanzas de la pandemia de COVID-19 para una mejor gestión de los desastres futuros. [internet]. <https://www.ifrc.org/es/document/informe-mundial-sobre-desastres-2022>.

Feldman Barrett, L. (2017). *How Emotions Are Made: The Secret Life of the Brain*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Feshbach, S. (1964). The function of aggression and the regulation of aggressive drive. *Psychological review*, 71(4), 257.

Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. García Fernandel-Abascal, M. Chóliz- Montañés, F. Palmero Cantero y F. Martínez-Sánchez (Eds). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.

Fernández-Abascal, E. y Martín, M. D. (2009), *La alegría y la felicidad*. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 103-128) Madrid: Pirámide.

Fernández-Abascal. E.G., García Rodríguez. B., Jiménez Sánchez. M. P., Martín Díaz. M. D., Domínguez Sánchez. F. J. (2010). Psicología de la emoción. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Fink, A. (2003). The survey handbook. Thousand Oaks: Sage Publications.

Finnemore, M. (2003). The Purpose of Intervention: Changing Beliefs about the Use of Force. Nueva York: Cornell University Press.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2023). Informe sobre el Estado de la Población Mundial en 2023. [internet]. <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2023-spanish-.pdf>.

Furnham, A. (2012). Culture Shock. Journal of Psychology and Education, 7(1), 9-22. Disponible en: <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/20120701.pdf#page=11>.

García Canclini, N. (2006). Diferentes, desiguales y desconectados. Barcelona: Gedisa, S.A.

Geertz C. (1989). El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre. En C. Geertz (Ed.). La interpretación de las culturas (Vol. 20, pp. 43-60). Barcelona: Gedisa.

Giger, J. & Davidhizar, R. (1999) Transcultural nursing, assessment & intervention. Missouri: Editorial Mosby.

Goffman, E. (2016). The presentation of self in everyday life. In Social Theory Re-Wired. Nueva York: Routledge.

Goleman, D. (1999). La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós.

Goleman.D. (1996). Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós.

Gómez-Mascaraque Pérez, J., y Corral Torres, E. (2009). Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Arán Ediciones. S. L.

Gómez Pellón. E. (2010). Introducción a la antropología social y cultural. OpenCourseware [internet]. <https://ocw.unican.es/course/view.php?id=11>.

Gómez, M. y Sanahuja, J.A. (1999). El Sistema Internacional de Cooperación al Desarrollo. Una aproximación a sus actores e instrumentos. Madrid: CIDEAL.

González Portal, M. D. (2000). Conducta prosocial: Evaluación e Intervención. Madrid: Morata.

Gould, D. B. (2004). Passionate political processes: Bringing emotions back into the study of social movements. En Goodwin, J., y Jasper, J. M. (Eds.), Rethinking social movements: Structure, meaning, and emotion. (pp. 155-176). Washington: Rowman & Littlefield.

- Graziano, W. G., Habashi, M. M., Sheese, B. E., y Tobin, R. M. (2007). Agreeableness, empathy, and helping: A person $\times$ situation perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 583-599.
- Griffiths, P. E. (1998). What emotions really are: The problem of psychological categories. Chicago: University of Chicago Press.
- Griffiths, P. E. (2008). Jesse Prinz Gut Reactions: A Perceptual Theory of Emotion. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 59 (3), 559-67. <https://doi.org/10.1093/bjps/axn020>.
- Griffin, K. . (1991). Foreign Aid and the Cold War. *Development and Change*, 22, 645 – 85.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (1999). Trabajar con las emociones en psicoterapia. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Goodenough, W. H. (1957). Cultural Anthropology and Linguistics. Georgetown University Monograph Series on Language and Linguistics, 9, 167-173.
- Guedes Gondim, S. M. y Alvaro Estramiana, J. L. (2010). Naturaleza y cultura en el estudio de las emociones. *Revista de Educación Social*, 13, 31-47.
- Gutiérrez-Carmona. A. y Urzúa. M. A. (2019). ¿Los valores culturales afectan el bienestar humano? Evidencias desde los reportes de investigación. *Universitas Psychologica*; 18(1), 1-12.
- Gullahorn, J. T. y Gullahorn, J. E. (1963). An extension of the U-curve hypothesis. *Journal of Social Issues*, 19(3): 33-47.
- Haidt, J. (2012). *The Righteous Mind: Why Good People Are Divided by Politics and Religion*. Nueva York: Vintage Books.
- Harris, M. (2000). *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Hay, D. F., y Cook, K. V. (2007). The transformation of prosocial behavior from infancy to childhood. En C. A. Brownell y C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations* (pp. 100-131). Nueva York: The Guilford Press.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. California: University of California Press.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. California: Sage Publications.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in context. *Online Readings in Psychology and Culture*. <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1014>.

- Holodynski, M. & Friedlmeier, W. I. (2006). Development of emotions and emotion regulation. Nueva York: Springer.
- Howard, J. A., & Piliavin, J. A. (2000). Altruism. Encyclopedia of Sociology. Londres: Macmillian.
- Husserl, E. (2012). La idea de la fenomenología. Barcelona: Herder Editorial.
- Iglesias Casal, I. (2003). Construyendo la competencia intercultural: sobre creencias, conocimientos y destrezas. Carabela, 54, 5-28.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions and emotion-cognition relations. Psychological Review, 99, 561-565.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. Perspectives on psychological science, 2(3), 260-280.
- Jansen, H. (2013). La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social. Paradigmas: Una revista disciplinar de investigación, 5(1), 39-72.
- Jenkins, E., Balneaves, L., & Lust, A. (2011). Students and International Nursing Shock. Canadian Nurse 107 (7), 26-30.
- Johnson, E. H. (1990). The deadly emotions: The role of anger, hostility, and aggression in health and emotional well-being. Westport: Praeger Publishers.
- Kang S-J. (2016). An Effective Model for Improving Global Health Nursing Competence. Frontiers in Public Health, 4, 191. <https://doi.org/10.3389%2Ffpubh.2016.00191>.
- Kilstoff, K., & Baker, J. (2014). International postgraduate nursing students: Implications for studying and working within a different culture. Contemporary Nurse, 22(1): 7-16.
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. Nueva York: Basic books.
- Kleres, J. (2011). Emociones y análisis narrativo: un enfoque metodológico. Revista de teoría del comportamiento social, 41 (2), 182-202.
- Kluckhohn, C. (2017). Mirror for man: The relation of anthropology to modern life. Londres: Routledge.
- Kroeber, A. L. (1939). Cultural and natural areas of native North America (Vol. 38). California: University of California Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Nueva York: Springer Publishing Company.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotions and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S & Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós Iberica.
- LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Leininger, M. M., y McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (6), 5-12.
- León Román, C. A. (2008). *Urgencias Tomo II*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Leiter, M. P., Bakker, A. B., y Maslach, C. (2014). *Burnout at work: A psychological perspective*. Londres: Psychology Press.
- Lévi-Strauss, C. (1991). *Estructuras elementales de parentesco*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 623-636). Nueva York: The Guilford Press.
- Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado. Boletín Oficial del Estado, 248, de 15 de octubre de 2015, pp. 88458-88476. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/15/pdfs/BOE-A-2015-11072.pdf>.
- Lipson J. (2002) Temas culturales en el cuidado de enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 20(1), 56-68.
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychológica*, 5(2), 327-349.
- López, F. (1994). *Para Comprender la Conducta Altruista*. Navarra: Verbo Divino.
- López, F. T. (2015). Miedo, emoción e historiografía. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 19(1), 159-177.

Lucas Soto, F. (2013). Impacto de los desastres en la salud mental del personal sanitario de ayuda de emergencia. Revisión bibliográfica [Trabajo Fin de Máster]. Oviedo: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/20178/6/Felipe.pdf>.

Lutz, C. A. (1988). *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory*. Chicago: University of Chicago Press.

Lyubomirsky, S. & Tucker, K. (1998). Implications of individual differences in subjective happiness for perceiving, interpreting and thinking about life events. *Motivation and emotion*, 22 (2), 155-186.

Lysgaard, S. (1955). Adjustment in a foreign society: Norwegian Fulbright grantees visiting the United States. *International Social Science Bulletin*, 7: 45-51.

Magai, C., & Nusbaum, B. (1996). Personality change in adulthood: Dynamic systems, emotions, and the transformed self. En C. Magai y S. H. Mcfadden (Eds.) *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 403-420). Cambridge: Academic Press.

Masten, A. S. (2015). *Ordinary magic: Resilience in development*. Nueva York: Guilford Publications.

Melguizo Herrera. E. y Alzate Posada. M. L. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances de Enfermería*, 26(1), 112-123.

Mena Roa, M. (2021). Porcentaje estimado de la población mundial por país. [internet] Recuperado el 14 de noviembre de 2023 en: <https://es.statista.com/grafico/22249/porcentaje-estimado-de-la-poblacion-mundial-por-pais/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20los%20datos%20del%20Fondo,en%20menos%20de%20una%20d%C3%A9cada>.

Mesquita, B. & Albert, D. (2007). The cultural regulation of emotions. En J.J. Gross (Ed). *The Handbook of Emotion Regulation* (pp. 486-503). Nueva York. Guildford Press.

Meyer, W. U., Niepel, M., Rudolph, U., & Schützwohl, A. (1991). An experimental analysis of surprise. *Cognition & Emotion*, 5(4), 295-311.

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2018). V Plan Director de la Cooperación Española 2018 / 2021. Recuperado el 15 de mayo de 2023, de: <https://www.exteriores.gob.es/es/PoliticaExterior/Documents/V%20Plan%20Director%20de%20la%20Cooperaci%C3%B3n%20Espa%C3%B1ola.pdf>.

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2021). Informe Anual de Evaluación 2021. Recuperado el 10 de noviembre de 2023, en: <https://www.cooperacionspanola.es/wp-content/uploads/2023/09/Informe-Anual-de-Evaluacion-2021.pdf>.

Ministerio de Sanidad, S. S. (2016). Plataforma del Voluntariado de España. Hechos y cifras del voluntariado en España en 2015. Recuperado el 10 de noviembre de 2023, en: <https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2018/10/hechos-y->.

Miranda Paéz, J. (2011). Aspectos psicológicos en situaciones de emergencias y crisis. *Uciencia*, 7, 42-46.

Merton, R. K. (1957). *Social theory and social structure*. Los Angeles: Free Press.

Merton, R. K. (1968). Social structure and anomie. En Merton, R. K. (Ed.), *Social theory and social structure* (pp. 185-214). Los Angeles: Free Press.

Mestre, V., Samper, P., y Frías, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227-232.

Molina, M. J. P., & Chinchilla, N. R. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista costarricense de Psicología*, 30(45-46), 17-33.

Moreno Preciado, M. (2018). Enfermería cultural: para cuidar en tiempos complejos. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(51). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.51.01>.

Morales, M. S., y Cuenca, M. A. (2003). *Educación de las emociones y los sentimientos: Introducción práctica al complejo mundo de los sentimientos* (Vol. 165). Madrid: Narcea Ediciones.

Moscovici S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Barcelona: Editorial Huelmul.

Moussaoui, D., y Casas, M. (2007). *Salud mental en el paciente magrebí*. Barcelona: Glosa, S. L.

Muecke, A., Lenthall, S., y Lindeman, M. (2011). Culture shock and healthcare workers in remote Indigenous communities of Australia: what do we know and how can we measure it? *Rural and Remote Health*, 11, 1-13.

Muñoz de Rodríguez, L., y Vasquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 1(38): 98-104.

Mustaca, A. E. (2018). Frustración y conductas sociales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 65-81.

Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S. & Ric, F. (2006), *Psychology of emotion: Interpersonal, experiential and cognitive approaches*. Oxfordshire: Psychology Press Taylor & Francis Group.

Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Mayland: Lexington Books.

Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge: Cambridge University.

Oberg, K. (1960). Cultural shock: adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*, 7, 177-182.

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (ODHAG). (1998). *Guatemala: Nunca Más. Vol. I, II y III. Impactos de la Violencia*. Tibás: Litografía e Imprenta LIL, S.A.

Öhman, A., Flykt, A., & Lundqvist, D. (2000). Unconscious emotion: Evolutionary perspectives, psychophysiological data and neuropsychological mechanisms. En R. D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 296–327). Oxford: Oxford University Press.

Ortony, A.; Clore, G.L. y Collins, A. (1988). The cognitive structure of the emotions. *Psychological Review*, 99, 566-571.

Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions?. *Psychological review*, 97(3), 315.

Olivar, R. R. (1998). El uso educativo de la televisión como optimizadora de la prosocialidad. *Psychosocial Intervention*, 7(3), 363-378.

Páez, D., Arroyo, E. y Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43–55.

Páez, D., Fernández, I., y Martín Beristain, C. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. En C. San Juan (Ed.), *Catástrofes y ayuda en emergencia: Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (pp. 85-148). Barcelona: Icaria.

Páez, D. y Vergara, A. (1992). Conocimiento social de las emociones: evaluación de la relevancia teórica y empírica de los conceptos prototípicos de cólera, alegría, miedo y tristeza, *Cognitiva* 4 (1), 29-48.

Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. y Choliz, M.(2001). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid: Mc-Graw Hill.

Pan , J.-Y., Fu Keung Wong, D., Lai Wan Chan, C., y Joubert, L. (2008). Meaning of life as a protective factor of positive affect in acculturation: A resilience framework and a cross-cultural comparison. *International Journal of Intercultural Relations*, 32: 505–514.

Pascual, A., Pérez, V., Etxebarria, I., e Isasi, X. (2003). Algunas diferencias entre culpa y vergüenza. [Comunicación presentada en el III Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción] Valencia.

Pearce, P. L. y Amato, P. R. (1980). A taxonomy of helping: A multidimensional scalling analysis. *Social Psychology Quarterly*, 43(4), 363-371.

Pederson, P. (1995). *The Five Stages of Culture Shock*. Westport: Greenwood.

Pérez Miralles, I. (2013). Estudio cualitativo sobre el bienestar subjetivo y psicológico del voluntariado de cooperación internacional para el desarrollo [Trabajo Fin de Máster]. Madrid: Repositorio Digital Universidad Complutense de Madrid.

Pérez Nieto, M. A., Redondo Delgado, M.M. y León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11 (28). <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/texto.html>.

Plataforma del Voluntariado Español. (2022). La acción voluntaria en 2022. [internet]. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 en: <https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2022/11/laaccionvoluntaria-2022.pdf>.

Plaza del Pino, F.J. y Soriano Ayala, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3),190-194.

Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York: Harper & Row.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

Pujadas, J. J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de antropología social*, (9), 127-158.

Purnell L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 193-196.

Purnell, L. y Paulanka, B. (2003). *Transcultural Health Care: a culturally competent approach*. (2 ed.) Filadelfia: F. A. Davis Company.

Prinz, J. (2004). Which emotions are basic. *Emotion, evolution, and rationality*, 69, 88. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198528975.003.0004>.

Ramírez, O. (2011). Método biográfico. Historia de vida, Historia oral. *Revista Electrónica de Portales Médicos*,(1).

<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2727/1/Metodo-biografico-Historia-de-vida-Historia-oral.html>.

Real Decreto 519/2006, de 28 de abril, por el que se establece el Estatuto de los cooperantes. Boletín Oficial del Estado, 114(1), 18492-18497. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/04/28/519>.

Reivich, K., & Shatté, A. (2002). The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. Broadway books.

Rogers, C. R. (1995). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Rothenburg, A. (1971). On anger. American Journal of Psychiatry, 128, 454-460.

Rozin, P., y Fallon, A. E. (1987). A perspective on disgust. Psychological review, 94(1), 23.

Ruddock, H. C., y Turner, S. (2007). Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study. Journal of Advanced Nursing, 59(4), 361-369.

Ruiz-Rico Ruiz, M., Sotomayor, E. y Amezcua, M. (2023). Enfoques teóricos y metodológicos sobre las emociones en un contexto de cooperación internacional. Index de Enfermería. 2023; 32(3). <https://doi.org/10.58807/indexenferm20236138>.

Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology, 69(4), 719.

Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality, 9(3), 185-211.

Salovey, P., Mayer, J. D., & Rosenhan, D. L. (1991). Mood and helping: Mood as a motivator of helping and helping as a regulator of mood. En M. S. Clark (Ed.), Prosocial behaviour: Review of personality and social psychology. (Vol. 12, pp. 215-237). California: Sage.

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. En L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 24, pp. 93-159). Cambridge: Academic Press.

Scheff, T. J. (1990). Microsociology: Discourse, emotion, and social structure. Chicago: University of Chicago Press.

Scherer, K.R. (1997). Profiles of emotion-antecedent appraisal: Testing theoretical predictions across cultures. Cognition and Emotion, 11, 113-150.

Schieman S (2006) Anger. In: Stets JE and Turner JH (eds) Handbook of the Sociology of Emotions. Nueva York: Springer.

- Schulte, S. K. (2007). Avoiding Culture Shock: Using Behavior Change Theory to Implement Quality Improvement Programs. *Journal of AHIMA*, 78(4): 52-56.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.
- Seligman, M. E. (2017). *La auténtica felicidad*. Barcelona: B de Bolsillo.
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The journal of positive psychology*, 13(4), 333-335.
- Seuba Hernández, F. X. (2009). La emergencia del derecho internacional de la salud. *Revista Digital Facultad de Derecho*, 1: 1-27.
- Sevilla Moreno, A. (2015). Estudio de la alegría: análisis y validación de un instrumento para medir la alegría estado-rasgo en niños (STCI for kids). [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.
- Shmueli Gabel, R., Dolan, S. L., & Luc Cerdin, J. (2005). Emotional intelligence as predictor of cultural adjustment for success in global assignments. *Career Development International*, 10: 375-395.
- Shweder, R. (1990). Cultural Psychology –What is It?. En J. Stigler, R. Shweder y G. Herat (Eds.), *Cultural Psychology: Essays on Comparative Human Development* (pp. 1-43). CambridgeCambridge University Press.
- Sistema de Información de la Ayuda Oficial al Desarrollo. (2020). Módulo de Análisis e Informes. [internet]. <https://infoaod.maec.es/Analisis>.
- Smalley, WA. (1963). Culture shock, language shock, and the shock of self-discovery. *Practical Anthropology*; 10: 49-56.
- Sotomayor, E (2022). Vida y muerte en pandemia: decisiones trágicas y difíciles en un contexto de emociones colectivas. En J. F. Tezanos (Coords.) (Eds.) *Cambios Sociales en tiempos de pandemia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Sotomayor, E. M. (2023a). Emociones colectivas, indignación y movimientos sociales: el desahucio a raíz de la gran recesión del siglo XXI. *Papeles del CEIC*, (2), 9.
- Sotomayor, E. M. (2023b). Migrations and Emotions: A Three-Dimensional Analytical Approach [Conferencia impartida en la Universidad de California San Diego] <https://ccis.ucsd.edu/>.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. *Advances in personality assessment*, 2, 161-189.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience and control of anger. En *Health psychology, individual differences and stress*. Nueva York: Springer-Verlag Publishers.

- Sroufe, A. (2000). Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años. Oxford: Oxford University Press.
- Tarapuez Chamorro, E. (2016). Las dimensiones culturales de Geert Hofstede y la intención emprendedora en estudiantes universitarios del departamento del Quindío (Colombia). *Pensamiento & gestión*, 41; 60-90.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2010). Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona Paidós Iberica.
- Teijón, M. 2018. Anomia, Frustración y Delitio: Una Propuesta de Medición para la Variable Principal de las Teorías Clásicas de la Frustración. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología* 20 (7): 1–17.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Thomas, W. I., y Znaniecki, F. (2006). El campesino polaco en Europa y en América. Centro de Investigaciones Sociológicas y Boletín Oficial del Estado. Madrid: Imprenta Nacional de Boletín Oficial del Estado.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, 13, 343-361.
- Turner, J. H., & Turner, P. R. (1978). The structure of sociological theory. Belmont: Dorsey Press.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 56-66.
- Ungar, M. (2015). Resilience and culture: The diversity of protective processes and positive adaptation. In L. C. Theron, L. Liebenberg, y M. Ungar (Eds.), *Youth resilience and culture: Commonalities and complexities* (pp. 37–48). Berlin: Springer Science y Business Media.
- Vallés, A. & Vallés, C. (2000). Inteligencia emocional: aplicaciones educativas. Madrid: EOS.
- Vásquez, M. L. (2002). El cuidado desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Invest Educ Enferm*, 19: 48-54.
- Velasco, H. y Díaz de Rada, A. (1997). La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Trotta.
- Vera Noriega, J. A., Rodríguez Carvajal, C. K. y Grubits, S. (2009). La psicología social y el concepto de cultura. *Psicología & Sociedad*. 21 (1): 100-107.

- Villanueva Badenes, L., Clemente Estevan, R. A., y Adrián Serrano, J. E. (2000). La comprensión infantil de las emociones secundarias y su relación con otros desarrollos sociocognitivos. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), 6. <http://reme.uji.es/articulos/avilll7280806100/texto.html>.
- Vivar, C. G., Canga Armayor, A., y Canga Armayor, N. (2011). Propuesta de investigación cualitativa: un modelo para investigadores noveles. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 91-95.
- Vívelo, F. R. (1978). *Cultural Anthropology Handbook: a Basic Introduction*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Walton, S. (2016). *A Natural History of Human Emotions*. Salisbury: Dean Street Press.
- Ward, C., & Kennedy, A. (1999). The measurement of sociocultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 23(4), 659-678.
- Warneken, F., & Tomasello, M. (2009). The roots of human altruism. *British Journal of Psychology*, 100(3), 455- 471.
- Watson, D & Tellegen, A. (1985). Towards a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Wendt, A. (1999). *Social Theory of International Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolfe Kohlbry, P. (2016). The Impact of International Service-Learning on Nursing Students' Cultural Competency. *Journal of Nursing Scholarship*, 48:3,303–311.
- Wundt, W. (1897). *Outlines of Psychology*. Londres y Leipzig: Williams and Norgate; Wilhelm Engelmann
- Wundt, W. (1926). *Elementos de psicología de los pueblos. Bosquejo de una historia de la evolución psicológica de la humanidad*. Madrid: Daniel Jorro.
- Yuefang Zhou, Divya Jindal-Snape, Keith Topping y John Todman (2008) Theoretical models of culture shock and adaptation in international students in higher education. *Studies in Higher Education*, 33:1, 63-75.
- Zaragoza Bernal, J. M. (2021). Investigación filosófica y emociones: la ontología histórica de Ian Hacking como alternativa. *Daimon: Revista Internacional de Filosofía*, 84, 199-215.
- Zarco Colón, J. Ramasco Gutiérrez, M. y Pedraz Marcos, A. (2019) *Investigación cualitativa en salud*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Zeitlin, S. (1980). Assessing coping behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(1), 139–144.

ANEXO I. ÁPICES DE MI CHOQUE CULTURAL.



