

Actuación del intérprete-mediador en el ámbito sanitario en situaciones comunicativas problemáticas y conflictos culturales: análisis y comparación entre intérpretes con y sin formación en diferentes pares de lenguas (español > árabe, francés, inglés y rumano)

Liliana Ilie*, Adriana Jaime Pérez** y Bianca Vitalaru***

Resumen: Actualmente existen importantes interrogantes en relación con el papel del intérprete-mediador en el ámbito sanitario, la importancia de la formación para la profesión así como las implicaciones culturales en materia de sanidad. En un intento de entender cómo se pueden eliminar los principales conflictos comunicativos en entornos sanitarios multilingües, hemos recopilado diferentes tipos de dificultades y analizado casos prácticos de mediación intercultural para poder encontrar posibles soluciones. En esta línea, hemos analizado aspectos relacionados con la comunicación verbal y no verbal y contextualizado situaciones comunicativas problemáticas considerando las barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación y afectan a la relación triangular médico-paciente-intérprete en cuatro combinaciones de lenguas distintas y de uso frecuente en centros sanitarios en las zonas de Madrid y de Murcia: árabe-español, inglés-español, francés-español y rumano-español. Finalmente, el trabajo se presenta como una reflexión analítica general sobre cómo la formación afecta a la calidad de la interpretación y a la correcta actuación del intérprete, y se consideran una serie de parámetros de análisis específicos: protocolos de inicio y posicionamiento del intérprete, gestión de la comunicación, intervención con voz propia y aspectos culturales.

Palabras clave: intérprete-mediador, interpretación en el ámbito sanitario, situaciones comunicativas problemáticas, conflictos culturales, formación especializada, diferentes pares de lenguas.

Conduct of the medical interpreter-mediator in instances of problematic communication and cultural conflict: analysis and comparison of trained and untrained interpreters in several language pairs (Spanish-Arabic, Spanish-French, Spanish-English, and Spanish-Romanian)

Abstract: Important questions about the interpreter-mediator's role in the field of healthcare, the importance of interpreter training, and cultural implications for health have yet to be answered. In an attempt to understand how to eliminate the main communicative conflicts in multilingual healthcare environments, we have compiled several types of problems and analyzed practical cases of intercultural mediation to find possible solutions. We have analyzed aspects of both verbal and nonverbal communication and contextualized problematic communicative situations, taking into account the linguistic and cultural barriers that impede communication and affect the doctor-patient-interpreter triangle in four distinct language combinations that are used frequently in healthcare centers in Madrid and Murcia: Arabic-Spanish, English-Spanish, French-Spanish, and Romanian-Spanish. This project is a general analysis of and reflection on how training affects the quality of interpretation and proper action on the part of the interpreter in light of a specific series of parameters: protocols for starting interpretation sessions and interpreter positioning, communications management, interpreter intervention, and cultural factors.

Key words: interpreter-mediator, interpreting in healthcare settings, problematic communicative situations, cultural conflict, specialized training, different language pairs.

Panace@ 2014; 15 (40): 218-234

Recibido: 21.IX.2014. Aceptado: 15.X.2014

1. Interpretación y mediación en el ámbito sanitario en España

1.1. Introducción y contexto. Problemática de la interpretación en el ámbito sanitario en España

Según el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013), en España figuraban 4 676 022 extranjeros con certificado de

registro o tarjeta de residencia en el año 2013, un 7,8% menos que el año anterior. Estos datos revelan que, a pesar de que el proceso migratorio se ha reducido, debido en gran parte a la recesión económica en la que se encuentra el país, la diversidad cultural de la población española es una realidad y conlleva la necesidad, cada vez más emergente, de lograr una comunica-

* Traductora e intérprete inglés-rumano-español, Madrid (España). Dirección para correspondencia: liliana_ilie@hotmail.com.

** Traductora e intérprete francés-español, Madrid (España). Dirección para correspondencia: adrianajp@hotmail.com.

*** Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España). Dirección para correspondencia: bia_bibi@yahoo.com.

ción eficaz entre los profesionales de los sectores públicos y los usuarios de estos servicios, de origen extranjero.

En estos nuevos escenarios de la comunicación se habla de mediación y no solo de traducción/interpretación, porque se ha observado que, además de la barrera lingüística, tanto los proveedores de servicios como los usuarios extranjeros de estos encuentran otros obstáculos en el proceso de comunicación. Estas dificultades de distintos tipos —social, económico, cultural, político o religioso— nos llevaron a realizar la presente investigación, con el objetivo principal de averiguar el estado de la cuestión en determinadas zonas de España (Madrid y Murcia) en cuanto a mediación, los retos y los desafíos a los que se enfrentan los mediadores interculturales e interlingüísticos y a recalcar la necesidad de una respuesta formativa a estas necesidades de comunicación.

En un intento de entender cómo se pueden eliminar los principales conflictos comunicativos en entornos sanitarios multilingües, hemos recopilado diferentes tipos de dificultades y analizado casos prácticos de mediación intercultural para poder encontrar posibles soluciones. En esta línea, hemos estudiado las características de la comunicación verbal y no verbal, y analizado las barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación y afectan a la relación triangular médico-paciente-intérprete. Se han analizado datos en cuatro combinaciones de lenguas distintas y de uso frecuente en centros sanitarios en las zonas de Madrid y de Murcia: árabe-español, inglés-español, francés-español y rumano-español.

1.2. Mediación intercultural: conceptos teóricos

Antes de aproximarnos al análisis práctico de situaciones reales, veamos un breve repaso teórico de los conceptos que nos interesan, partiendo de la definición de uno de los conceptos fundamentales de nuestra investigación: la mediación intercultural. Veamos la definición ofrecida por Giménez Romero (1997: 142):

Entendemos la Mediación Intercultural – o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales – como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados.

Percibimos, pues, la mediación cultural como parte del trabajo del traductor/intérprete, añadida al proceso de eliminación de barreras lingüísticas como función principal, formando así otro concepto: el de «mediación interlingüística e intercultural». Esta nueva profesión, aunque no reconocida de forma oficial en España, es cada vez más popular debido a su vital utilidad.

Cuando hablamos de mediación, nos referimos a un tipo de interpretación requerida en un contexto dado, pero también a una situación sociopolítica que rige unas claras

relaciones de poder, a menudo ligadas a actitudes discriminatorias, estereotipadas o de nuevos racismos. Nos referimos en definitiva a hechos y aspectos que trascienden las cuestiones vinculadas estrictamente al discurso, a su organización y transmisión (Iliescu, 2007: 107).

El mediador interlingüístico e intercultural se puede definir como la figura que actúa como enlace en la comunicación entre los profesionales y los usuarios de los servicios públicos, de modo que elimina no solo la barrera lingüística, sino también las influencias socioculturales que intervienen en la comunicación.

(...) Con todo, el mediador es algo más que un traductor/intérprete, pues la traducción/interpretación es sólo un aspecto de la mediación, que se perfila como una modalidad de intervención social. (...) Así, el mediador tiene que tener siempre presentes un cierto número de datos de la sociedad y la cultura a la que pertenece el interlocutor inmigrante: estructura familiar y de parentesco, religión, y, por ejemplo, en ámbitos sanitarios, su percepción de lo que es salud y enfermedad y la representación del cuerpo en su cultura. Es decir, que quien media necesita poseer una formación (continua) en cuanto a aspectos culturales de los grupos con los que trabaja, documentándose de forma contrastada y especializada (Sales, 2005: 17).

Debido a estas nuevas necesidades de la actual sociedad multicultural y multilingüe, la figura del mediador-intérprete se ha convertido en un personaje imprescindible en todas las instituciones públicas de España, tal vez con mayor prevalencia en el sector educativo y sanitario, si bien este último es el más preocupante debido a la importancia vital del buen estado de salud de todo ser humano.

Además, es muy importante asegurar el derecho a una atención sanitaria de calidad no solo a los adultos, sino también a los hijos de los inmigrantes porque este factor puede tener graves consecuencias para su desarrollo como personas: cambios sociales y culturales, en los mecanismos y en las estrategias para asegurar herramientas y valores democráticos; riesgo de sufrir diferentes formas de desigualdad, de no alcanzar una buena salud, un acceso adecuado a la educación, así como una plena participación social (Carrasco, 2004: 21).

Sin insistir en estudios al respecto, podemos afirmar que, en relativamente poco tiempo, los profesionales sanitarios tuvieron que adaptarse a una nueva demanda de servicios médicos por parte de personas extranjeras de diferentes orígenes —árabe, chino, rumano, ruso, nigeriano, entre otras procedencias— residentes en España, y en particular, en la Comunidad de Madrid, lo que implica un cambio considerable en sus rutinas asistenciales.

El trabajo con esa gran variedad de inmigrantes requiere, pues, muchos esfuerzos por parte de los proveedores de los servicios sanitarios en el proceso de adaptación a las nuevas prácticas de auxilio de unos pacientes con perfiles distintos desde el punto de vista cultural y lingüístico. Los problemas y dificultades tanto de los profesionales como de los usuarios

se agravan cuando no existe ninguna legislación clara sobre el trabajo con intérpretes-mediadores y ninguna ayuda del estado para la formación de estos últimos y del personal sanitario.

En este sentido, se empiezan a tratar distintos temas relacionados con la figura del intérprete-mediador, como su papel, los principios éticos implicados en su trabajo, su formación, la influencia de la cultura de origen de los usuarios, así como otros factores no lingüísticos, como las condiciones de trabajo, la actitud social o el estrés generado por los propios interlocutores (*vid.* Valero-Garcés, 2004: 19; Ortí *et al.*, 2006; El-Madkouri, 2014).

2. Mediación intercultural en la práctica en determinadas lenguas: descripción y análisis

El presente estudio parte de una de las más recientes iniciativas en investigación sobre mediación intercultural en el ámbito sanitario en España: el proyecto I+D+i «Intermed: Mediación interlingüística e intercultural: diseño, coordinación y seguimiento de mediadores sanitarios», dirigido por la Doctora Carmen Pena y coordinado por la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid). La experiencia de las autoras de este artículo como mediadoras en el servicio de traducción e interpretación implantado durante seis meses en los centros de salud del municipio madrileño de Parla —a través del citado proyecto—, así como la de mediadoras en un hospital de Murcia, ha sido una valiosa fuente de datos para el presente trabajo. De hecho, el principal enfoque del trabajo es el estudio del papel del intérprete-mediador en el ámbito sanitario y algunas de las situaciones más problemáticas, tanto comunicativas como culturales, a las que se enfrenta en su trabajo diario.

2.1. Actuación de intérpretes en centros hospitalarios en español-francés-rumano-inglés-árabe

El corpus de documentos a partir del cual se han extraído los datos para el estudio de la actuación del mediador en el ámbito sanitario es doble. El corpus 1 está compuesto por fichas de observación de sesiones de interpretación completadas, como ya mencionábamos, en dos zonas distintas de España. Por una parte, se observaron y analizaron las intervenciones realizadas por las mediadoras del servicio de traducción e interpretación del proyecto Intermed en centros de salud de Parla. Por otro lado, se observó y analizó la actuación de mediadores sin formación del servicio de traducción e interpretación de un hospital de la Región de Murcia. El corpus 2 está compuesto por las fichas de registro de las intervenciones realizadas por los intérpretes de árabe, francés, inglés y rumano del proyecto Intermed. En estas fichas queda reflejado el contenido de las sesiones de interpretación, así

como las principales dificultades encontradas, en particular aquellas originadas por motivos culturales. En el apartado 3.2 se analizará una selección de las situaciones más relevantes.

En el primer corpus, se analizaron en total 39 sesiones de interpretación-mediación: 22 de árabe, 6 de francés, 9 de inglés y 2 de rumano, todas en combinación con el español. Para el estudio de este corpus, hemos establecido una distinción entre las intervenciones realizadas por intérpretes con formación en traducción e interpretación de árabe, francés, inglés y rumano y aquellas llevadas a cabo por intérpretes sin formación de árabe e inglés, con el fin de determinar de qué forma afecta esta preparación previa a la calidad de la interpretación y cuáles son los errores que se producen con más frecuencia en la comunicación a través de intérpretes sin formación a diferencia de aquellos con formación (véase la tabla 1).

Con respecto al nivel de formación, cabe señalar que los intérpretes con formación había recibido una formación postuniversitaria específica en traducción e interpretación en los servicios públicos y estaban especializados en interpretación en el ámbito sanitario. Además, poseían conocimientos de mediación intercultural. Por otro lado, los intérpretes sin formación no habían cursado estudios en este campo, pero disponían de experiencia como intérpretes trabajando en el servicio de traducción e interpretación de un hospital.

Tabla 1. Fichas de observación de sesiones de interpretación

	Intérpretes con formación	Intérpretes sin formación
Árabe	11	11
Francés	6	-
Inglés	5	4
Rumano	2	-
TOTAL	24	15

Las sesiones de interpretación analizadas fueron realizadas en centros de salud y en hospitales y, por lo tanto, la temática y la especialidad médica de las intervenciones varía en función del centro sanitario en el que se realizan, del tipo de enfermedad y de la prueba realizada, así como de la complejidad a nivel comunicativo, terminológico y emocional a la que se enfrenta el intérprete. Para tener una imagen más detallada de nuestro corpus, a continuación, hemos incluido una tabla en la que se han clasificado por lenguas, temas y centro las intervenciones realizadas:



Tabla 2. Temas abordados en las sesiones de interpretación analizadas

	HOSPITAL		CENTRO DE SALUD	
	Contenido	Especialidad	Contenido	Especialidad
ÁRABE	Instrucciones para la recogida de orina	Medicina fetal	Vacunación y sintomatología	Pediatría
	Instrucciones para tratamiento quimioterápico	Oncología	Prescripción para alergia y problemas de estómago	Medicina de familia
	Información sobre resultados de análisis	Oncología	Problemas vaginales	Medicina de familia
	Aparición de signos tumorales y tratamiento	Oncología	Problemas de tensión. Cambios en el tratamiento	Medicina de familia
	Seguimiento y resultado de pruebas	Oncología	Resultados de análisis	Medicina de familia
	Dolores de estómago frecuentes	Pediatría, especialista en digestivo	Dolor de cabeza y oídos debido a problemas de tensión	Urgencias
	Seguimiento y prescripción de tratamiento	Nefrología (diálisis)	Revisión de los doce meses	Pediatría
	Seguimiento tras tratamiento de radioterapia	Oncología radioterápica	Solicitar medicación recetada por el neurólogo	Medicina de familia
	Prescripción de tratamiento y ecocardiograma	Oncología	Dolor de rodillas por artrosis	Medicina de familia
	Diagnóstico de problemas de aprendizaje y desarrollo	Pediatría	Informes al seguro por accidente de tráfico.	Medicina de familia
	Mala adherencia al tratamiento. Empeoramiento de la enfermedad	Nefrología	Dolor en la uña del pie y manos hinchadas	Medicina de familia
	FRANCÉS	-	-	Revisión de los doce meses
-		-	Solicitar medicamentos para su familia	Medicina de familia
-		-	Dolor de oído y espalda	Medicina de familia
-		-	Problemas de estómago	Pediatría
-		-	Vacunación	Pediatría
-		-	Revisión de los cuatro años	Pediatría
INGLÉS	Cura de herida	Otorrinolaringología	Molestias estomacales	Medicina de familia
	Consentimiento informado e información previa a biopsia	Radiodiagnóstico-mamografía	Dolores en el costado	Medicina de familia
	Consentimiento informado e información previa al TAC	Radiodiagnóstico	Exudado vaginal	Enfermería
	Seguimiento del paciente	Oncología radioterápica	-	-
	Información sobre operación de rodilla	Traumatología	-	-
	Realización prueba de radiodiagnóstico	Radiodiagnóstico	-	-
RUMANO	-	-	Examen físico tras accidente (explosión)	Medicina de familia
	-	-	Extracción de cera del oído y seguimiento de diabetes	Enfermería

Como se puede observar en un primer análisis de la tabla mencionada, las intervenciones realizadas en el hospital tienen lugar en consultas de especialidades médicas como oncología, nefrología, radiodiagnóstico, etc. Sin necesidad de analizar el contenido de las mismas, se puede deducir que la terminología utilizada por el profesional sanitario en estas in-

tervenciones será mucho más especializada que la de las interpretaciones en consultas de atención primaria. Cabe destacar el elevado número de intervenciones realizadas en la especialidad de oncología. A la complejidad terminológica de estas sesiones se suma el elevado contenido emocional que suelen tener estas consultas médicas: el intérprete tiene que comuni-

car malas noticias, transmitir al profesional sanitario el dolor, la incertidumbre, el miedo del paciente, etc. Este tipo de situaciones puede conllevar una mayor implicación emocional del intérprete y puede generarle un estrés adicional. Por el contrario, las interpretaciones realizadas en consultas en centros de salud suelen tratar problemas de salud más leves o el simple seguimiento de enfermedades crónicas, y, a diferencia de las intervenciones del hospital, contienen menos terminología especializada y no suelen darse situaciones complicadas a nivel emocional.

El modelo de análisis utilizado para el estudio de las intervenciones antes descritas es, como ya mencionábamos, una ficha de observación de sesiones de interpretación completada por observadores presenciales con formación en traducción e interpretación en los servicios públicos, que acompañaban al intérprete en las consultas médicas o bien analizaban las grabaciones de audio de las mismas (corpus 1). La ficha utilizada para el análisis del corpus de intervenciones incluye diferentes tipos de elementos que permiten recoger tanto datos generales —idioma, duración, motivo, etc.— como datos específicos sobre cada intervención —aspectos comunicativos y culturales y otros relacionados con las técnicas empleadas— y la actuación del intérprete en la intervención, tal y como se puede ver en la tabla 3:

Tabla 3. Ficha de observación de una sesión de interpretación

Autor	Observador externo		
Finalidad	Analizar la actuación del intérprete Detectar errores Proponer mejoras en la actuación del intérprete y en el servicio		
Contenido	Datos generales: intervención	Aspectos comunicativos y culturales	Otros aspectos
	Fecha. Hora. Duración. Tipo de profesional sanitario. Idioma. Solicitante. Lugar de origen del usuario. Motivo de la sesión.	Gestión de la comunicación. Turnos de palabra. Conversaciones paralelas. Uso de la 1. ^a o 3. ^a persona: intérprete, usuario, paciente. Intervenciones con voz propia del intérprete. Simplificación o adaptación del lenguaje. Dominio de la terminología. Malentendidos por diferencias culturales.	Protocolo de inicio y postsesión. <i>Briefing</i> del profesional sanitario. Posición del intérprete. Toma de notas. Otras observaciones. Aspectos positivos. Aspectos negativos. Propuestas de mejora.

En la estructura de la ficha cabe destacar la gran cantidad de elementos que se deben observar durante la intervención en cuanto a:

- aspectos comunicativos: gestión de la comunicación, turnos de palabra, conversaciones paralelas, uso de la 1^a o 3^a persona —intérprete, usuario, paciente—, intervenciones con voz propia del intérprete.
- aspectos lingüísticos: simplificación o adaptación del lenguaje, dominio de la terminología.
- aspectos culturales explícitos: malentendidos por diferencias culturales.
- técnicas de interpretación y actuación antes, durante y después de la intervención: protocolo de inicio y postsesión, *briefing* del profesional sanitario, posición del intérprete, toma de notas, otras observaciones.

2.2. Resultados y análisis cuantitativo de datos

De las cuestiones señaladas en el punto anterior, el presente estudio se centra en el análisis de los siguientes aspectos relacionados, por un lado, con la actuación del intérprete antes y durante la intervención —protocolo de presentación, gestión de la comunicación, posición, intervenciones con voz propia— y, por otro, con la actuación ante posibles conflictos culturales. Veamos cada uno de estos aspectos más detalladamente en los siguientes apartados.

2.2.1. Protocolo de presentación

Antes de comenzar la sesión de interpretación, es esencial que el intérprete siga un determinado protocolo y que se presente tanto al paciente como al profesional sanitario y les explique de forma breve cómo se va a desarrollar la comunicación (CHIA, 2002), ya que en la mayoría de los casos, los intervinientes en la comunicación no suelen estar familiarizados con el trabajo con intérpretes. Los principales códigos éticos establecidos por asociaciones de intérpretes en el ámbito sanitario, como el de la IMIA (*International Medical Interpreters Association*) o el de la CHIA (*California Healthcare Interpreters Association*), aconsejan hacer mención en el protocolo de presentación a los principios de confidencialidad, fidelidad e imparcialidad que los intérpretes deben cumplir en el ejercicio de su labor profesional. Es importante realizar esta presentación para establecer las bases de la comunicación a través del intérprete, quien aconseja a las partes realizar pausas para permitir la interpretación, no realizar intervenciones demasiado largas o no excederse en la velocidad a la hora de hablar. La mención a los principios del código ético contribuye a que el intérprete dé una imagen profesional ante el paciente y el profesional sanitario y ayuda también a evitar posibles conflictos originados por el desconocimiento de los interlocutores acerca de los límites del papel del intérprete en la comunicación.

Concretamente, hemos analizado en primer lugar el empleo de los protocolos o la ausencia de los mismos en las intervenciones del corpus 1 y extraído los siguientes datos: en las intervenciones realizadas por los intérpretes con formación, estos realizaron correctamente el protocolo de presentación en el 65% de los casos (figura 1). Los motivos por los que los intérpretes no se presentan de forma adecuada en el 35% restante

de las intervenciones se deben principalmente a que ya conocen al profesional sanitario y solo se presentan al paciente, bien sea porque realizan la presentación antes de entrar a la consulta o bien porque el profesional sanitario les interrumpe.

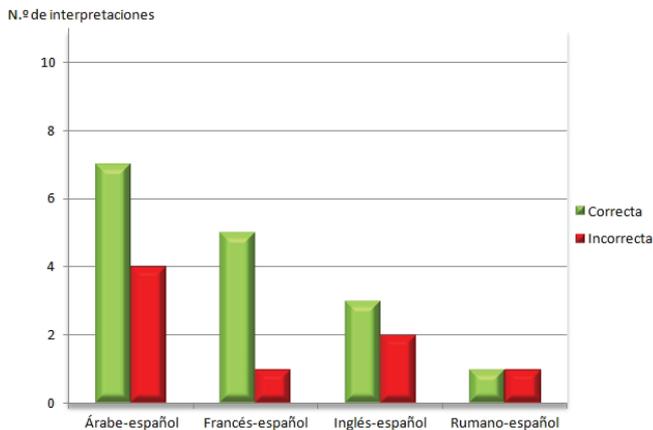


Figura 1. Realización del protocolo de presentación de intérpretes con formación

En el caso de los intérpretes sin formación, en un 46,6% se presentan como intérpretes pero en ninguno de los casos mencionan los principios de confidencialidad, imparcialidad, fidelidad u otros aspectos relacionados con su intervención. En la mayor parte de los casos, el intérprete se presenta solo a una de las partes o saluda de forma informal porque ya conoce al profesional sanitario o al paciente.

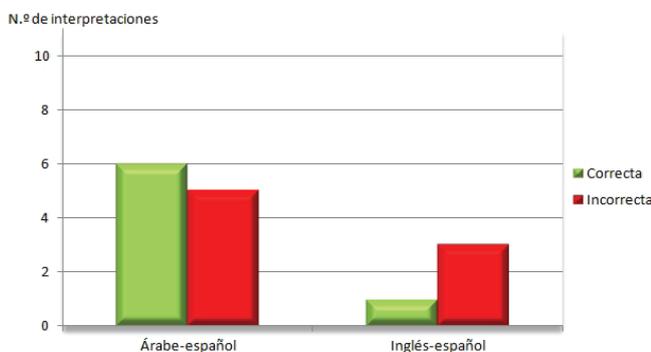


Figura 2. Realización del protocolo de presentación de intérpretes sin formación

2.2.2. Posición del intérprete

En segundo lugar, hemos estudiado la posición en la que se sitúa el intérprete durante la consulta. Se recomienda que se sitúe en posición triangular, entre médico y paciente (Navaza *et al.*, 2009). De esta manera se refuerza su posición neutral siguiendo el modelo conocido como imparcial (Cambridge, 2003), según el cual el intérprete debe limitarse a transmitir las palabras de los interlocutores sin posicionarse a favor de ninguna de las partes. Los intérpretes con formación se situaron en posición correcta en un 82,6% de los casos y los intérpretes sin formación, en un 80% de las intervenciones (figura 3).

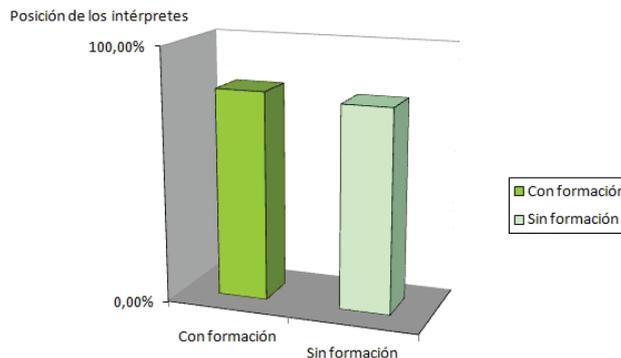


Figura 3. Posición del intérprete

2.2.3. Gestión de la comunicación

En tercer lugar, hemos analizado cómo gestiona la comunicación el intérprete, específicamente si él mismo es el que garantiza que se respeten los turnos de palabra y que no se produzcan solapamientos en las intervenciones. También se comprueba que no haya habido omisiones o modificaciones en la información traducida y que no se hayan realizado conversaciones paralelas entre el intérprete y el usuario o el intérprete y el profesional sanitario. En el caso de los intérpretes con formación, en el 82,6% de las intervenciones el intérprete gestiona correctamente la comunicación (figura 4) mientras que en el caso de los intérpretes sin formación, la comunicación se gestiona correctamente solo en un 40% de las intervenciones (figura 5).

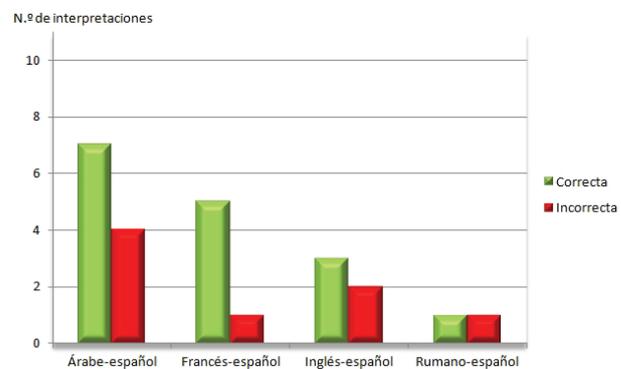


Figura 4. Gestión de la comunicación por intérpretes con formación

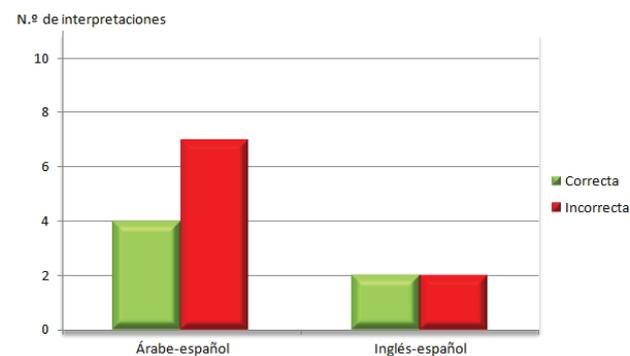


Figura 5. Gestión de la comunicación por intérpretes sin formación

Los principales problemas del 17,4% de intérpretes con formación que no gestionaron bien la comunicación fueron las conversaciones paralelas y las interrupciones. En algunas ocasiones, estas conversaciones se originaron porque el intérprete tuvo que hacer aclaraciones o preguntas adicionales debido a errores de comprensión y diferencias en el dialecto del paciente, en particular en las intervenciones de árabe-español, con pacientes que hablaban bereber y con un nivel de árabe *fusha* (estándar) muy bajo. Cabe señalar que, en estos casos, el intérprete había aclarado al comienzo de la intervención que podían producirse problemas en la comunicación debido a estas diferencias lingüísticas. Por otro lado, las interrupciones de los interlocutores también dificultaron la gestión de la comunicación y provocaron omisiones en la transmisión de la información, así como la pérdida de turnos de palabra.

En el caso de los intérpretes sin formación, los mayores problemas en la gestión de la comunicación se dieron en las interpretaciones del árabe, con numerosas conversaciones paralelas que no se tradujeron a la otra parte, frecuentes omisiones de información y dificultades en la comunicación derivadas de la simplificación del lenguaje por el bajo nivel cultural de algunos de los pacientes. En ocasiones, los intérpretes tradujeron la información de forma resumida o aportaron datos que ya conocían por su experiencia en el hospital pero que no había mencionado el profesional sanitario. Por ejemplo, en el caso de las instrucciones previas a la realización de pruebas de radiodiagnóstico, el intérprete directamente explicaba al paciente cómo se iba a desarrollar la prueba, qué se iba a sentir durante la misma y los posibles efectos secundarios, sin que el profesional sanitario interviniera. Podemos considerar que en esos casos no se trataba de una interpretación propiamente dicha, puesto que la interacción dejaba de ser triangular. En otra de las intervenciones, el intérprete de inglés entabló conversaciones personales durante la sesión con el profesional sanitario y ambos comentaron la situación del paciente.

2.2.4. Intervenciones con voz propia

Otro de los aspectos estudiados es la frecuencia con la que los intérpretes intervinieron con voz propia y el motivo de dichas intervenciones. El intérprete en los servicios públicos, aunque es un elemento activo en la comunicación y pierde su invisibilidad (Lázaro, 2009), debe evitar, en la medida de lo posible, intervenir con voz propia, a menos que sea necesario realizar alguna aclaración, solicitar más información o explicar algún aspecto cultural que pueda estar interfiriendo en la comunicación. En ese caso, el intérprete debe utilizar protocolos para realizar estas intervenciones, como por ejemplo, utilizar la fórmula «habla el intérprete» para marcar la diferencia entre el discurso traducido y el comentario realizado con voz propia.

En el presente estudio, los intérpretes con formación han intervenido con voz propia en el 52% de las sesiones (figura 6). En el caso de la intérprete de árabe, esta tuvo que intervenir en varias ocasiones para pedir o realizar aclaraciones debido a ciertas dificultades de comprensión del dialecto del paciente, si bien para intervenir utilizó un protocolo correcto.

El resto de las intervenciones con voz propia se produjeron cuando el intérprete respondía directamente en lugar del paciente o del médico porque ya conocía la información y, en menor medida, para realizar algún comentario personal.

Por otro lado, los intérpretes sin formación intervinieron con voz propia en el 100% de las interpretaciones. En las interpretaciones del árabe, con frecuencia los intérpretes aportan información al paciente en primer lugar y luego la confirman con el profesional sanitario, responden directamente a las preguntas de los interlocutores con información de la que ya disponen o creen disponer, realizan preguntas al paciente aunque el profesional sanitario no las haya planteado o emiten juicios de valor acerca del paciente. En cuanto al intérprete del inglés, dado que tiene formación en medicina, interviene en ocasiones para añadir observaciones sobre la realización de las pruebas o para tranquilizar al paciente.

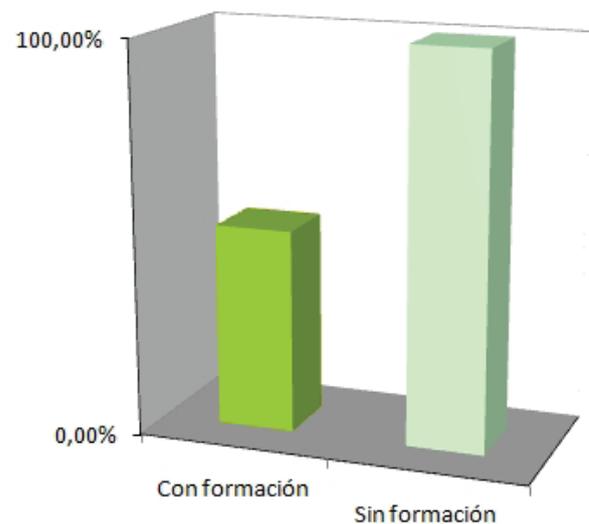


Figura 6. Intervención con voz propia

3. Análisis de situaciones comunicativas problemáticas en el ámbito sanitario

Una vez presentados los resultados cuantitativos obtenidos en este estudio, se pretende profundizar ahora en el análisis de las situaciones problemáticas detectadas en la comunicación a través del intérprete sanitario con el fin de determinar su papel en la resolución de conflictos culturales o comunicativos y de qué forma afecta su intervención a la relación intérprete-paciente-profesional sanitario.

3.1. Análisis de situaciones comunicativas problemáticas

Para realizar este estudio, se ha utilizado un modelo de análisis que se aplicó a los casos seleccionados de los corpus 1 y 2 por su relevancia para la presente investigación: las consultas 1, 2 y 3, realizadas por una intérprete con formación y la consulta 4, en la que interviene un intérprete sin formación. En primer lugar, se incluyó la situación general, con los datos sobre el paciente y el motivo de la consulta. Después, se identificó el tipo de problema al que se enfrentaba el intérprete, es decir, si se trataba de un problema cultural,

lingüístico u otro tipo de problema, y, finalmente, se describió la solución adoptada por el intérprete y sus implicaciones.

Otro de los aspectos importantes que se analizó en cada situación fue si el intérprete ha intervenido como mediador para resolver algún conflicto cultural y cuáles han sido los motivos

que le han llevado a considerar necesaria esta intervención. También se comentó la solución que se habría dado si no hubiera estado presente el intérprete. Por último, se describieron las implicaciones que la intervención del intérprete tuvo en la relación paciente-médico-mediador en cada caso.

Tabla 4. Análisis Consulta 1

Consulta 1	Exudado vaginal
Datos paciente	País de origen: Nigeria Lengua nativa: inglés Sexo: femenino Edad: 28.
Datos del intérprete	Intérprete con formación en traducción e interpretación.
Motivo de la consulta	Acude a la consulta de enfermería para que se le realice un exudado vaginal.
Situación	Al buscar su ficha, la enfermera observa que la paciente no tenía la anamnesis y empieza a preguntarle por los síntomas que la llevan allí, continua con preguntas personales, «aprovechando que la paciente había acudido con la mediadora», para poder completar su registro.
Dificultades	A medida que oía las preguntas personales, la expresión facial de la paciente denotaba sorpresa y enfado al mismo tiempo. Cuando la enfermera le preguntó si alguien de su familia había padecido cáncer, la paciente dijo que no lo sabía, que pensaba que no, pero que no entendía por qué se le hacían esas preguntas. La enfermera le contestó que necesitaba esa información para tener sus datos en el ordenador. Al continuar con las interrogaciones y al llegar a un tema muy sensible, considerado tabú en la cultura de la paciente, concretamente ante la pregunta de si la paciente había abortado alguna vez, la mediadora consideró importante intervenir. La paciente contestó, no muy convencida, que no, e insistió en que no comprendía qué tenía eso que ver con la prueba que tenían que hacerle. La enfermera, con bastante prisa, le volvió a decir que era muy importante grabar esos datos porque podían ser necesarios en caso de una posible enfermedad. Al día siguiente, cuando la paciente acudió al laboratorio para la extracción de sangre, la intervención de la mediadora fue otra vez necesaria, tanto para interpretar como para aportar explicaciones sobre la sanidad occidental y sirvió para tranquilizar a la paciente, quien no entendía por qué le habían extraído tanta sangre y desconfiaba de la finalidad de la prueba.
Aspectos de mediación	La mediadora, observando los gestos de la paciente, que parecían sugerir miedo — frotándose las manos y mirando para abajo—, le pidió permiso a la enfermera para intervenir y le explicó a la usuaria que esos datos podrían influir en su diagnóstico o incluso ayudar en caso de una posible enfermedad; por ejemplo, si ella quería alguna vez quedarse embarazada, el hecho de haber abortado podría tener repercusiones y afectar su fertilidad o la salud del bebé, y por eso los profesionales sanitarios necesitaban saber todo lo que podía influir en su estado de salud. En ese momento, la paciente dijo que sí, que había abortado una vez y que, de hecho, en ese momento quería quedarse embarazada; que, además, lo había intentado en los últimos seis meses, pero que no lo conseguía. Asimismo, la intervención de la mediadora, explicando que el propósito de los médicos era extraer la sangre, tranquilizó a la paciente y le inspiró más confianza en los profesionales sanitarios.
Solución de la intérprete-mediadora	La intervención de la mediadora cambió en su totalidad el motivo de la consulta e hizo posible la obtención de datos reales sobre los antecedentes de la paciente. De hecho, después de la prueba de exudado, la paciente fue citada para una analítica de sangre y el resto de pruebas necesarias para la detección de las posibles causas de su infertilidad. Por otro lado, evitó que la paciente se sintiera incómoda o incluso asustada después de la extracción de sangre.
Solución sin intervención del intérprete	Sin la intervención de la intérprete-mediadora se le habría practicado solo la prueba de exudado, sin conocer la anamnesis de la paciente y sin saber que la usuaria quería quedarse embarazada.

Tabla 4. Análisis Consulta 1

Consulta 1	Exudado vaginal
Implicación para la paciente-médico-mediador	En este caso, la actividad de la intérprete tuvo beneficios para las dos partes: para el profesional sanitario y para la paciente, que logró entender no solo las explicaciones del profesional, sino también las razones de su actuación. Aunque inicialmente el profesional no confiaba en la intérprete y consideraba su intervención como una interrupción, al final resultó estar agradecida por poder ofrecer una atención adecuada a la paciente.

Tabla 5. Análisis Consulta 2

Consulta 2	Dolor de costado
Datos paciente	País de origen: Nigeria Lengua nativa: inglés Sexo: masculino Edad: 39.
Datos del intérprete	Intérprete con formación en traducción e interpretación.
Motivo de la consulta	El paciente acusaba dolor de costado y era la tercera consulta por el mismo problema.
Situación	Aunque el profesional no se opuso a la presencia de la mediadora, rechazó completamente la intervención de la misma, sugiriendo que conocía al paciente y que este sabía defenderse en español.
Dificultades	En esta ocasión, el médico preguntaba al paciente cómo le dolía, utilizando solo preguntas abiertas, aunque se notaba la dificultad del paciente para explicar qué sentía y además hacerlo en español.
Aspectos de mediación	En una intervención «a la fuerza» de la intérprete, que entendía la expresión de desconcierto del paciente, que había contestado afirmativo a una pregunta del médico con respecto al tracto intestinal, el paciente reconsideró la respuesta y la convirtió en negativa.
Solución de la intérprete	La intérprete no pudo ayudar al paciente durante la consulta por el rechazo definitivo del profesional, por lo que decidió asegurarse de que el paciente había entendido al profesional y le expuso un resumen de la conversación, ya fuera de la consulta.
Solución sin intervención del intérprete	El paciente, que había acudido dos veces más a su médico acusando los mismos síntomas, se fue de la consulta muy desorientado, sin obtener un tratamiento y sin entender cuál era el diagnóstico.
Implicación para paciente-médico-mediadora	Esta conversación no solo fue asimétrica —los turnos del médico fueron mucho más largos que los del paciente—, sino que, además, no se utilizaron ni los recursos disponibles —una mediadora presente— ni otros mecanismos para ayudar al paciente a sentirse tranquilo o a expresarse. Por otro lado, la relación médico-intérprete fue desequilibrada y tensa, lo que puede haber provocado frustración no solo al intérprete, sino también al paciente, de modo que este pierde la confianza en los dos profesionales.

Tabla 6. Análisis Consulta 3

Consulta 3	Traumatología
Datos paciente	País de origen: Senegal Lengua nativa: francés (lengua vehicular: inglés) Sexo: masculino Edad: 42.
Datos del intérprete	Intérprete con formación en traducción e interpretación.
Motivo de la consulta	El paciente acudía al servicio de traumatología para recoger los resultados de una radiografía de su rodilla derecha.

Tabla 6. Análisis Consulta 3

Consulta 3	Traumatología
Situación	El usuario ya tenía en sus antecedentes una operación de menisco que tenía como causa un accidente laboral. Al ver los resultados que mostraban una rotura de ese menisco, el médico le transmitió al paciente la necesidad de una operación. A continuación, el profesional intentó explicar en detalle al paciente en qué consistía esa intervención utilizando un lenguaje muy técnico.
Dificultades	El lenguaje confundía más al paciente. Lo que el paciente quería saber concretamente en este caso era cuándo le iban a operar y cuánto duraba la recuperación, ya que no podía faltar del trabajo.
Aspectos de mediación	En la situación expuesta, se recurrió al resumen de la información debido no solo a la impaciencia del paciente, sino también a la imposibilidad del intérprete —que utilizó también la toma de notas— de mantener el ritmo por las intervenciones muy largas del profesional.
Solución de la intérprete	Realizar una interpretación resumida.
Solución sin intervención del intérprete	El paciente se habría asustado y posiblemente no habría entendido al médico.
Implicación para el paciente-médico-mediador	Debido a la falta de conocimiento de cómo trabajar con intérpretes, el profesional consideraba a la mediadora como un familiar o amigo del paciente y no como a otro profesional.

Tabla 7. Análisis Consulta 4

Consulta 4	Oncología
Datos paciente	País de origen: Marruecos Lengua nativa: árabe Sexo: mujer Edad: -
Datos del intérprete	Intérprete sin formación en traducción e interpretación.
Motivo de la consulta	El oncólogo tenía que comunicar a la paciente los resultados de unos análisis previos.
Situación	La paciente venía acompañada por su hija. Su marido estaba esperando fuera de la consulta. El médico le comunicó que los resultados de los análisis revelaban signos tumorales en sus pulmones y le explicó que tendría que seguir un tratamiento de quimioterapia. El médico le explicó a la paciente en qué consistía el tratamiento y cuáles eran los efectos secundarios del mismo.
Dificultades	El médico le comunicó a la hija de la paciente que su madre padecía cáncer, pero la hija no quería traducir esta información a la madre. El intérprete se quedó al margen y fue el médico el que le pidió que tradujera la información. A pesar de la presencia del intérprete, la hija actuó como tal y tradujo parte de las intervenciones del médico. El marido de la paciente entró a la consulta más tarde y, al conocer la noticia, regañó a su hija por haber informado a la madre. Durante toda la consulta la situación fue emocionalmente complicada, pues la paciente y su hija lloraban y se produjeron momentos tensos cuando el marido entró en la consulta. La sesión de interpretación resultó especialmente compleja, puesto que el tema del que se trataba era muy delicado. Además, muchas personas estaban presentes en la consulta, entre ellas la hija de la paciente, que hablaba español y que se dirigía directamente al médico.
Aspectos de mediación	Se produjo un malentendido debido a diferencias culturales cuando la hija de la paciente no quiso transmitirle a la madre la información que el médico les había comunicado sobre su enfermedad. En algunas culturas, entre ellas en la cultura árabe, no se comunican las malas noticias directamente a la persona en cuestión, sino a los familiares; son ellos los que se encargan de informar a esta persona.

Tabla 7. Análisis Consulta 4	
Consulta 4	Oncología
Solución de la intérprete	El intérprete, sin formación en traducción e interpretación ni en mediación, no intervino en un primer momento, sino solo cuando el médico le pidió que tradujera la información. El intérprete no tradujo muchas de las intervenciones del médico porque la hija de la paciente comprendía el español, a pesar de que el médico había requerido su presencia y de que la paciente no estaba comprendiendo nada durante la mayor parte de la consulta.
Solución sin intervención del intérprete	Es el médico el que resuelve la situación conflictiva al solicitar al intérprete que traduzca la información a la paciente.
Implicación para la paciente-médico-mediador	El tema de la consulta era delicado y la gestión de la comunicación era complicada para el intérprete, debido al número de personas presentes y a las implicaciones emocionales del tema tratado. El intérprete pudo verse afectado por el estrés y la emotividad de la situación. El médico estaba, a su vez, confuso ante las reacciones del intérprete, que traducía la información en algunas ocasiones y en otras no, y que se dirigía al marido de la paciente en lugar de a la paciente. Además, el médico se quedó al margen durante varias conversaciones paralelas que se establecieron entre el marido de la paciente y el intérprete. En cuanto a la paciente, esta se quedó al margen durante la mayor parte del tiempo y perdió mucha información que no se tradujo acerca de su estado y del tratamiento de su enfermedad.

De los casos expuestos en las tablas 4, 5, 6 y 7 podemos extraer las siguientes observaciones generales en cuanto a los tipos de dificultades encontrados en las intervenciones:

- a) Barreras lingüísticas: los pacientes no hablan y no entienden español.
- b) Obstáculos administrativos: no sabe cómo funciona el sistema sanitario español, no recibe ayuda para poder explicar cuáles son los motivos de su visita (consulta 1).
- c) Diferencias culturales:
 - Temas que en la cultura de la paciente representan aspectos tabú; otras formas de percibir la salud y las prácticas sanitarias; tradiciones y simbolismos peculiares (consulta 1).
 - Diferencias a la hora de comunicar malas noticias. El hombre prevalece en la comunicación y en la toma de decisiones frente a la mujer (consulta 4).
- d) Actuación de los profesionales de la salud:
 - Comportamiento poco adecuado de los propios profesionales, que desconocen la situación del paciente y no tienen la formación necesaria para poder trabajar con una tercera persona que sirva de puente para la comunicación (consulta 1).
 - El lenguaje, las técnicas de comunicación y el comportamiento del profesional sanitario produce un estado de confusión en el paciente y contribuye a una frustrante repetición de las consultas (consulta 2).
 - El lenguaje, las técnicas de comunicación y el comportamiento del profesional sanitario produce un estado de confusión en el paciente, que no quiere saber los detalles técnicos, sino los aspectos prácticos de la intervención (consulta 3).
 - El rechazo de la ayuda de la mediadora afecta a la relación triangular porque, por un lado, el paciente no recibe el apoyo lingüístico esperado, y por otro,

entre la mediadora y el profesional no existe una relación de igualdad (consulta 2).

- e) Gestión de la comunicación deficiente por parte del intérprete:
 - No se respetan los turnos de palabra, se producen conversaciones paralelas intérprete-marido e intérprete-médico que no se traducen y frecuentes omisiones de información (consulta 4).
 - Los turnos de palabra son muy asimétricos, el profesional sanitario ofrece mucha información a un ritmo rápido y sin esperar a que la mediadora termine su intervención (consulta 3).

Cabe señalar que los trámites administrativos representan el primer paso que los pacientes tienen que seguir para poder acceder a la atención sanitaria. Nuestros estudios reflejan que en la mayoría de los casos los pacientes logran pedir una cita con el médico, pero difícilmente consiguen expresar correctamente o completamente sus necesidades. Asimismo, los profesionales no entienden por completo lo que los usuarios desean, lo que puede resultar en un círculo vicioso en el que las consultas se repiten hasta que se encuentra una solución o hasta que el paciente desiste de buscar ayuda en los servicios públicos de salud.

En estos casos, nos atrevemos a afirmar que el comportamiento de los profesionales desempeña un papel muy importante porque el hecho de no reconocer esta necesidad de mediación y de permitir un uso excesivo de elementos no verbales o de intérpretes *ad hoc* conlleva una relación triangular médico-paciente-intérprete frágil que, al final, puede desembocar en un conflicto.

Por otro lado, el lenguaje y las técnicas utilizadas por parte de los profesionales para transmitir la información a un paciente extranjero no son siempre las más adecuadas. Desde este punto de vista, nos gustaría hacer referencia al tipo de preguntas utilizadas en algunos casos por parte del profesional sanitario

para conocer la situación y determinar el diagnóstico. Veamos el caso de las preguntas abiertas a usuarios extranjeros en situaciones tan específicas como las que hemos analizado. Aunque, en general, el uso de la pregunta abierta sea recomendable en este ámbito para poder obtener una información detallada para un posible diagnóstico, en los casos referidos tal vez hubiese sido preferible utilizar preguntas estándar o más simples para poder obtener del paciente los datos concretos que se necesitaban y así eliminar la frustración lingüística del mismo.

Otros métodos que podrían ayudar a los profesionales a gestionar mejor esas conversaciones con pacientes extranjeros podrían ser tareas sencillas, como repetir las frases o confirmar si el paciente ha comprendido la información, métodos que, en los casos expuestos en este trabajo, no se dieron.

Como se puede observar, los rasgos culturales del paciente pueden tener igualmente influencia en su comportamiento y en el tratamiento recomendado por el médico si no se le explican claramente las técnicas y las razones para el empleo de las mismas. Por ejemplo, en el primer caso expuesto, la paciente, que proviene de un país con un sistema sanitario distinto al español, y con creencias sociales y religiosas distintas a las españolas, se le debe explicar que la sangre y sus antecedentes médicos no se utilizan para otros propósitos que no sean los estrictamente relacionados con su estado de salud.

A raíz de estas situaciones surge una serie de preguntas que parecen ser algunos de los dilemas más comunes entre los mediadores del ámbito de la salud: ¿qué pueden hacer los mediadores cuando los profesionales rechazan su ayuda y ellos ven que esa negativa puede tener consecuencias graves? Además, en la segunda situación, la mediadora sintió la necesidad de tener una conversación con el paciente después, fuera de la consulta, para asegurarse de que el paciente había entendido lo que el médico le había dicho. ¿Es responsabilidad del mediador mantener un diálogo con el paciente fuera de la consulta, ya sea antes o después? ¿Esto no contradiría el código ético del intérprete? ¿Deberían los intérpretes resumir la información o transmitirla de una forma más comprensible (caso 3)?

Aunque es muy difícil contestar a estas preguntas sin un reconocimiento real de la profesión por parte de las instituciones, existen soluciones, como la formación adecuada de los intérpretes, por un lado, y la de los profesionales sanitarios por otro. Consideramos que en ambos casos la formación debe tratar aspectos relacionados con los distintos principios de los códigos éticos para la interpretación en el ámbito sanitario, con la mediación intercultural, así como con los métodos de trabajo y la actuación de los intérpretes profesionales y de los profesionales de la salud. Esto permitiría que ambas partes fueran capaces de respetar las funciones de todos los agentes implicados y facilitaría su comunicación y trabajo.

Concretamente, cabe destacar que, en el caso de los intérpretes, la formación tendría que ser aún más especializada en cuanto a cuestiones de mediación intercultural y deontología, de modo que se les aportase las bases para que fueran capaces de tomar decisiones justificadas con respecto a su intervención en todo momento y especialmente en situaciones conflictivas. De este modo sabrán evitar o resolver adecuadamente los conflictos originados por las diferencias culturales.

A su vez, teniendo en cuenta la multitud de factores que influyen en una consulta médica con un paciente extranjero, también se considera necesaria una formación específica de los profesionales sanitarios para que conozcan y manejen los aspectos multiculturales que pueden intervenir e incluso obstaculizar la comunicación con los usuarios extranjeros, aunque no de manera tan específica como el intérprete. Asimismo, los profesionales de la salud deben tener, a su vez, ciertos conocimientos básicos relacionados con el trabajo con un intérprete-mediador en cuanto a las técnicas utilizadas y a las necesidades que implican —toma de notas, respeto del turno de palabra, etc.—, el funcionamiento del servicio de traducción e interpretación utilizado en su centro de trabajo y ciertos detalles en este sentido para orientar al paciente —los idiomas que ofrece, el procedimiento administrativo para solicitar la asistencia del intérprete o del mediador, etc.—.

Estas razones, junto con una visible carencia de material informativo para los proveedores de estos servicios, nos impulsaron a proponer la elaboración de una pequeña guía de formación e información para el profesional sanitario que trabaje en entornos multiculturales y que sirva de apoyo en la atención y asistencia a los pacientes extranjeros.

3.2. Aspectos culturales problemáticos: análisis y actuación del intérprete

Una vez analizada la actuación de los intérpretes considerando determinados parámetros expuestos en el anterior apartado, dedicaremos ahora una sección aparte en nuestro estudio a las situaciones problemáticas que surgen debido a las diferencias culturales entre el profesional sanitario y el paciente. Analizaremos también la actuación de los intérpretes con formación y sin formación en traducción e interpretación, quienes en ocasiones adquieren funciones de mediadores interculturales. Para ello, hemos analizado el corpus 2, compuesto por las hojas de registro de las intervenciones completadas por los intérpretes una vez finalizada la sesión de interpretación en los centros sanitarios y el hospital antes mencionados. En ellas se describe el contenido de la intervención y se incluyen observaciones acerca de las dificultades encontradas. En un total de 79 intervenciones analizadas, se encontraron dificultades causadas por motivos culturales en 10 de ellas —4 en árabe, 3 en francés, 1 en inglés y 2 en rumano—. En la figura 7 se refleja el número de problemas culturales señalados por los mismos intérpretes según la lengua en la que se realizó la interpretación:

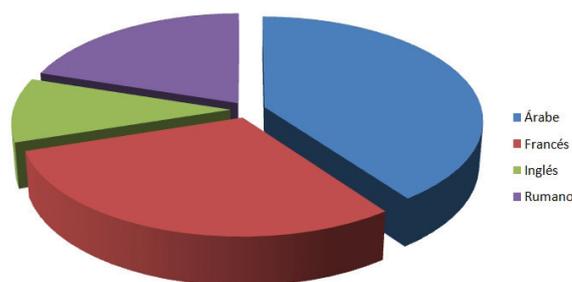


Figura 7. Problemas culturales en función de la lengua

A continuación analizaremos algunas situaciones problemáticas desde el punto de vista cultural en todas las lenguas mencionadas seleccionadas del corpus 1 y 2, y recalcaremos la intervención del intérprete y su actuación ante el posible conflicto por diferencias culturales. En las situaciones dadas encontraremos aspectos culturales relacionados con la sexualidad, la actitud de las mujeres en la interacción médico-paciente, la comunicación de malas noticias sobre la salud y la actitud ante las autoridades.

Como veremos, el mayor número de dificultades debido a las diferencias culturales se dio en las consultas en las que intervinieron los intérpretes de árabe, entre las que haremos referencia a cuatro ejemplos seleccionados. En esos ejemplos encontramos intérpretes tanto con formación en traducción e interpretación en los servicios públicos y experiencia como intérpretes *ad hoc* (1) sin formación específica (3). Para poder hacernos una idea general, también hemos seleccionado casos específicos en francés y en rumano (2 para cada lengua) y en inglés (1).

A. Interpretación y aspectos culturales de árabe

En una de las intervenciones de la intérprete de árabe, la paciente de origen marroquí utilizaba eufemismos, como «allí abajo», para referirse a sus órganos genitales y se incomodaba cuando la intérprete mencionaba la vagina o el clítoris. Según El-Madkouri (2014), en la cultura árabe, en situaciones comunicativas consideradas ajenas al espacio íntimo, el discurso sobre sexualidad es poco explícito y se origina un malestar comunicativo en los interlocutores. Los problemas surgen porque en España el espacio considerado íntimo es más amplio y más transparente que en la cultura árabe. En este caso en concreto, la intérprete —con formación— tradujo el eufemismo utilizado por la paciente por el término médico en español, «vagina», y la consulta transcurrió con aparente normalidad. En este caso nos preguntamos si la técnica empleada, la adaptación, fue la más adecuada. Teniendo en cuenta el conocimiento de la intérprete acerca de la cultura de la paciente, ¿tal vez se podría haber mantenido la expresión «allí abajo» para evitar que esta se sintiera incómoda? El médico habría comprendido perfectamente a qué se refería la paciente, sin embargo la intérprete optó por utilizar el término «vagina». Evitó en este caso la necesidad de explicaciones adicionales y, tal vez, mediación, pero, por otro lado, es posible que se haya perdido la información que le podría haber sugerido al médico la existencia de algunas diferencias culturales. Mantener el eufemismo «allí abajo» tal vez habría sido una solución válida, pues no habría alterado la comprensión del mensaje y se habrían mantenido las connotaciones culturales implícitas. En cualquier caso, una posible solución para que no se pierda información esencial durante la interpretación es la formación de los intérpretes no solo en aspectos relacionados con la terminología, sino también en mediación y en el planteamiento de posibles situaciones de este tipo y modalidades de actuación considerando los diferentes elementos que intervienen.

En otras dos intervenciones de los intérpretes de árabe, se repitió la misma situación: las pacientes eran mujeres, con

enfermedades graves en su mayoría, y los intérpretes, una mujer y un hombre, ambos sin formación, traducían las intervenciones del médico al acompañante masculino de las mismas, no dirigiéndose directamente a las mismas pacientes. Las pacientes adoptaban una posición de sumisión, bajaban la mirada y no intervenían en ningún momento, a pesar de que en la consulta se estaba hablando de su estado de salud. En dos de estos casos, el acompañante de la paciente comprendía el español, por lo que muchas de las intervenciones no se traducían al árabe, a pesar de que el profesional sanitario había requerido expresamente la presencia del intérprete para que la paciente comprendiera bien toda la información. En relación con este tema, diversos estudios como los del Grupo CRIT (Ortí *et al.*, 2006) explican que el comportamiento comunicativo en las mujeres árabes se caracteriza por bajar la voz, rehuir la mirada o adoptar una actitud pasiva en la interacción. En una familia árabe, suele ser el hombre el que toma la iniciativa y, generalmente, la mujer es la que habla peor el idioma del país de acogida puesto que pasa más tiempo en casa. Una posible solución a este tipo de situaciones conflictivas podría ser, por un lado, que el intérprete realizara una aclaración cultural y, por supuesto, que tradujera toda la información transmitida por los interlocutores siguiendo el principio de fidelidad presente en los principales códigos éticos de los intérpretes en los servicios públicos. Por esta razón, se enfatiza la importancia de la formación en mediación intercultural, en gestión de la comunicación y en códigos éticos de los intérpretes para asegurar una buena comunicación con los pacientes de distintos orígenes.

En una de las intervenciones del intérprete de árabe, situación analizada también en el apartado 3.1 (tabla 7, consulta 4), se produce además otra situación conflictiva originada porque la hija de la paciente se niega a comunicarle una mala noticia a su madre, enferma de cáncer. En algunas culturas, entre ellas la árabe, no se comunican las malas noticias directamente a la persona en cuestión, sino que se transmiten primero a los familiares y son ellos los que se encargan de informar a esta persona posteriormente. De ahí la reticencia de la hija a informar a su madre de que padecía cáncer. En este caso, el intérprete carecía de formación en traducción e interpretación aunque era de origen árabe y se asumía que conocía la cultura de las usuarias. Consideramos que con una buena base formativa en mediación intercultural la intérprete podría haberle proporcionado las herramientas y el conocimiento adecuado para solucionar esta situación conflictiva.

B. Interpretación y aspectos culturales de francés (Senegal)

En cuanto a las consultas realizadas por la intérprete de francés, se abordó el tema de la circuncisión de unos menores, que tradicionalmente se realiza en algunos países africanos, entre ellos, Senegal, país de origen de los pacientes. La propia usuaria le explicó a la doctora esta tradición cultural y, a su vez, la doctora le informó de que en España no se realizan este tipo de intervenciones por motivos culturales. Considerando que tanto la paciente como la doctora comprendieron la situación dada, la intérprete, con formación en traducción e interpretación en los servicios públicos, no

tuvo que intervenir e interpretó con fidelidad cada una de las intervenciones.

En otro de los casos, la intérprete de francés, con formación, esperaba fuera de la consulta a que el paciente fuera atendido por su médico. Durante el tiempo de espera, el paciente explicó a la intérprete que en su país, la República Democrática del Congo, se recurría con frecuencia a la medicina tradicional y que su propio padre había trabajado como médico tradicional en su aldea. También le comentó que él confiaba en la medicina occidental pero que en España los médicos solían recetar muchos calmantes para el dolor y no solucionaban el problema en su origen y que su intención era pedirle a la doctora que le recetase antibióticos. La intérprete le pidió que repitiera toda esta información en el interior de la consulta, pero el paciente no lo hizo y la consulta transcurrió con normalidad. No fue necesario intervenir para realizar aclaraciones culturales ya que el paciente seguía correctamente los tratamientos y no se produjo ningún conflicto en la comunicación médico-paciente, pero quedan patentes una vez más las diferencias culturales en cuanto a la concepción de la salud, la enfermedad y el dolor. En este caso, la intérprete decidió no comentarle al médico la conversación con el paciente que transcurrió antes de la consulta, aplicando el principio de exactitud y fidelidad en cuanto al mensaje comunicado en el encuentro real. La intérprete tomó esta decisión ya que la vida del paciente no estaba en peligro y la información transmitida fuera de la consulta no tenía repercusiones en su estado de salud.

C. Interpretación y aspectos culturales de inglés (pacientes africanos)

En general, en las intervenciones de los intérpretes de inglés con pacientes de origen africano, surgieron dificultades debido a la concepción de la salud y el uso de la medicina tradicional. Un ejemplo en este sentido es el de un paciente procedente de Nigeria que explicó a la intérprete fuera de la consulta que sufría fuertes dolores de estómago y que la medicación no le hacía efecto. Pensaba que tenía gusanos en el estómago y, para solucionarlo, en su país se tomaba una infusión preparada con unas hierbas especiales que aquí no podían encontrar. Después, preguntó a la intérprete por sus creencias religiosas. La intérprete, con formación, le explicó que no podía responder a estas preguntas, pues se trataba de temas personales que no debían interferir en su actuación como profesional. Dentro de la consulta, el paciente no mencionó nada sobre este aspecto pero sí le comentó a la doctora que la medicación no le aliviaba el dolor. La doctora explicó al paciente que solo estaba tomando un protector y que dejara de tomar ibuprofeno pues estaba dañando su estómago. Sin embargo, y a diferencia de la situación anterior, la intérprete intervino e informó a la doctora de que el paciente creía tener gusanos en el estómago. Además, comentó que pensaba que una infusión de hierbas que tomaban en su país era la solución. La doctora explicó al paciente que no había signos que mostrasen que padecía este tipo de dolencia y, para que estuviera tranquilo, le citó para realizarle una colonoscopia. En este caso, las dificultades de comprensión del pacien-

te en consultas previas y su desconocimiento acerca de los medicamentos usualmente prescritos en España le llevaron a desconfiar de la eficacia de los tratamientos indicados por su médico. Las enfermedades parasitarias son muy comunes en países africanos, de ahí la tendencia del paciente a pensar que sufría una de estas dolencias. Gracias a la presencia de la intérprete en el centro de salud, el paciente pudo comprender correctamente las explicaciones de la doctora. En este caso, a diferencia de la actuación de la intérprete con formación de francés, la intérprete de inglés decidió comunicar al médico parte de la conversación transcurrida con el paciente fuera de la consulta. Aunque, de acuerdo con el principio de exactitud y fidelidad de los códigos de conducta utilizados en otros países, se debe traducir solamente el contenido de las conversaciones de la consulta/encuentro entre paciente y médico, la intérprete comunicó la parte que consideró fundamental para que la doctora estuviera al tanto de la intención del paciente de tomar unas infusiones de hierbas y así evitar posibles incompatibilidades con el tratamiento que pudieran ocasionar otros problemas de salud y, al mismo tiempo, tranquilizar al paciente. Nos preguntamos si era lo más adecuado o si la intérprete simplemente tenía que haber aplicado el mismo principio del código deontológico de conducta. Al no existir un código específico que se aplique en España ni una base de datos de precedentes aceptados por una comunidad establecida de intérpretes-mediadores profesionales, no nos atrevemos a sugerir la aplicación del principio de exactitud y fidelidad como norma general en todos los casos y situaciones posibles.

Por otro lado, en una de las intervenciones, un miembro del personal administrativo solicitó un intérprete de árabe para una usuaria que llevaba un velo cubriéndole el pelo; sin embargo, la paciente era de origen pakistaní y hablaba inglés. En este caso, se trató de una generalización derivada de la tendencia que todos tenemos a asociar ciertas costumbres o, en este caso, vestimentas, a determinadas culturas sin plantearnos que puedan existir similitudes y diferencias entre ellas y sin manifestar interés por conocer más acerca de las mismas. Si se impartieran al personal de los centros sanitarios cursos de formación en aspectos culturales y distintas concepciones de la salud y la sanidad, estos profesionales estarían más familiarizados con los usuarios de otras culturas.

D. Interpretación y aspectos culturales de rumano

En general, uno de los aspectos más problemáticos con la población de origen rumano es el orgullo que «impide» a los usuarios confesar que no han entendido, y algunos —especialmente de zonas rurales— prefieren no hablar ni pedir aclaraciones cuando se trata de temas que consideran tabú —aborto, sexualidad, muerte—.

Por otro lado, el miedo que algunos miembros de esta comunidad —especialmente personas mayores provenientes de zonas rurales— tiene a la policía o a una institución pública que, desde su punto de vista, podría poner en peligro su situación legal, puede dificultar la comunicación con los proveedores de servicios. Por ejemplo, en una intervención de la intérprete-mediadora de rumano en un caso relacionado con una explosión de gas en el domicilio de una familia ru-

mana (corpus 1), fue necesaria la mediación, aunque en este caso para explicarles a los pacientes que convendría decir la verdad sobre la situación en la que vivían. En el momento del suceso, en la casa se encontraba una señora de 68 años, sus dos nietos de dos y cuatro años y una pareja que afirmaba ser familia del matrimonio que tenía los dos niños. Cabe añadir que ninguno de los miembros hablaba español. Además, dado que estaban presentes también los agentes policiales para averiguar las circunstancias del accidente y los datos de los pacientes, estos últimos, aunque se encontraban en una situación legal en España, no querían reconocer que vivían en el domicilio del accidente y dijeron que estaban allí de visita.

Al preguntar a la abuela de los niños si llevaba mucho tiempo viviendo en España, esta decía constantemente que no, pero, al preguntarle si tenía en casa alguna medicina para sus problemas respiratorios, dijo que sí, que utilizaba un tubo de oxígeno. Ya que las respuestas de los pacientes en el proceso de toma de datos no coincidían, la mediadora les explicó que tenían que decir la verdad porque los médicos tenían que conocer el historial de la señora mayor para poder ayudarla, pues había sido la más afectada por el accidente. A partir de ese momento los pacientes decidieron decir la verdad: que la abuela de los niños llevaba tres años en España, que había acudido al hospital con anterioridad, pero que ya no la podían tratar porque no tenía tarjeta sanitaria. A raíz de la intervención de la intérprete, con formación, que explicó los procedimientos a los pacientes, los médicos le buscaron la ficha y pudieron administrarle la medicina correspondiente.

Otro aspecto importante desde el punto de vista cultural en lo que concierne a la población de origen rumano, y especialmente característico para las personas mayores, es el de hablar de sus familias e incluso pedir consejos relacionados con la situación familiar de estos. En una consulta de medicina de familia a la que acudía una mujer rumana de 61 años con problemas de oído (corpus 1), la intérprete, en esta ocasión con formación, se vio en la situación de quedarse sola con la paciente mientras el médico buscaba un instrumento y no sabía si contestar a las preguntas personales que la paciente le hacía. Por un lado, contestar a esas preguntas denotaba una falta de profesionalidad por parte de la intérprete, pero la omisión de las respuestas también podía suponer un acto de mala educación por parte de la mediadora, que podría tener como consecuencia una falta de confianza de la paciente en la intérprete e incluso un rechazo en la colaboración con la intérprete o con el médico. Finalmente la intérprete no contestó a las preguntas de la mujer fuera de la consulta. Este aspecto no afectó en absoluto la confianza de la paciente, ya que esta manifestó reiteradamente su agradecimiento a la intérprete y, además, se interesó acerca del modo de solicitar el servicio de interpretación en el futuro.

E. Interpretación y aspectos culturales en general

Cabe señalar, además, un aspecto muy importante aplicable a todas las culturas implicadas en nuestro estudio. Hemos podido observar la importancia que tienen determinados elementos específicos del comportamiento y expectativas de y hacia los profesionales de la salud, que son distintos según la

cultura, los conocimientos de otras culturas o la empatía de estos hacia sus pacientes: el uso de los gestos y su lenguaje corporal en el trato con los pacientes de origen extranjero, el hecho de dar demasiada o muy poca información, de utilizar un lenguaje excesivamente técnico o de no hacer uso de los mecanismos más adecuados para aumentar la participación de los pacientes en la conversación, y de este modo obtener información relevante sobre su estado de salud.

Estos elementos son percibidos por los usuarios de distintas maneras, según la cultura a la que pertenecen. El problema no es tan grave si se consideran las culturas rumanas y la española al existir una gran proximidad cultural y al presentar la cultura rumana un grado de confianza muy elevado hacia los profesionales sanitarios españoles —incluso excesivo a veces, pues llegan a tomar la prescripción médica sin saber ni entender por qué—. Esta seguridad en el sistema sanitario tiene su fundamento principalmente en las diferencias culturales y económicas del país de origen, donde los pagos informales son muy comunes. Pero la situación llega a ser más problemática en el caso de los pacientes subsaharianos porque los usuarios de África presentan, por el contrario, un gran escepticismo en lo que concierne a las técnicas y a la eficacia de los tratamientos sugeridos por los médicos.

En ambos casos, esta situación tiene su raíz en un sistema sanitario deficiente del país de origen. Mientras el sistema rumano es parecido al español, aunque en peores condiciones y menos desarrollado, al que se le añade un elevado nivel de corrupción y gasto extraordinario, el sistema de salud de los pacientes subsaharianos es casi inexistente o muy básico. Una gran parte de los usuarios de origen africano residentes en Madrid y entrevistados en los centros de salud no saben qué es una analítica de sangre, pues han confiado toda su vida en la medicina tradicional, a base de plantas o curas holísticas.

Como hemos visto, es precisamente el desconocimiento de este tipo de aspectos socioculturales el que puede llevar a posibles conflictos y dificultades en la comunicación o a una comunicación ineficaz en el ámbito sanitario. A su vez, la formación de los intérpretes y de los mismos profesionales de la salud o la ausencia de ella es un factor determinante en el correcto desarrollo de la comunicación y afecta a la calidad de la misma.

4. Conclusiones generales

Nuestras investigaciones nos han ayudado a extraer una serie de causas que consideramos que llevan a una comunicación ineficaz en el ámbito sanitario y que apuntamos a continuación.

A. Factores socioculturales

Además de las bien conocidas barreras lingüísticas que impiden el acceso de los extranjeros residentes en España a los servicios de salud, así como la falta de traductores-intérpretes-mediadores habilitados para ese propósito, existe una segunda categoría de factores socioculturales que no solo imposibilita el intercambio adecuado de información entre médico y paciente, sino que también hace la operación más larga y costosa. Tomando como base nuestras investigaciones, consideramos que las dos causas más importantes que llevan a

una comunicación ineficaz son: por un lado, la precariedad de la información de los pacientes y, por otro, la falta de entendimiento y su reconocimiento formal por parte de los profesionales sanitarios. Ambas conducen a un círculo vicioso del que difícilmente se puede salir sin la ayuda de un mediador.

Al analizar distintos casos de mediación en el ámbito sanitario, se observan una multitud de elementos, como la lengua, la cultura, la religión, la percepción de la salud, del dolor, del cuerpo humano y del género, elementos todos que condicionan la aproximación y el acceso de las personas inmigrantes al sistema público de salud español y a una adecuada atención sanitaria. Si añadimos a este listado factores como la propia situación legal y educativa, el entorno socioeconómico y los hábitos sanitarios y estilo de vida según distintas normas tradicionales, podemos afirmar con seguridad que el proceso de adaptación de los inmigrantes y los distintos mecanismos sanitarios españoles es muy complicado.

B. Actitud de los proveedores de servicios

Por otro lado, y a nivel más específico, es conveniente hablar concretamente de la actitud de los proveedores de servicios, que es igualmente importante para lograr una comunicación eficaz con los pacientes. Tal y como se ha ilustrado en los casos elegidos para el análisis, muchos de los conflictos que surgen en la consulta con pacientes inmigrantes se deben también a un comportamiento de los profesionales, lo que denota inexperiencia al trabajar no solo con usuarios extranjeros, sino también con intérpretes. En lo que concierne al trabajo con estos últimos, los médicos o enfermeros todavía no saben muy bien cómo comportarse, por lo que no saben que tienen que respetar los turnos de palabra, dirigirse al paciente o no crear una relación ni de superioridad ni de inferioridad con el intérprete.

Asimismo, el hecho de que los profesionales consientan que los pacientes extranjeros con problemas lingüísticos acudan a la consulta con un amigo o miembro de la familia con mejor conocimiento del idioma, pero sin experiencia en el dominio, puede provocar situaciones muy delicadas o incluso diagnósticos erróneos.

En relación al trato con los pacientes de origen extranjero, se perciben muchos inconvenientes al emplear los profesionales el lenguaje corporal, o al dar demasiada o muy poca información o bien por no hacer uso de los mecanismos adecuados para aumentar la participación de los pacientes en la conversación, que tiene como objetivo la obtención de información sobre el estado de salud del paciente en cuestión.

Este comportamiento de los profesionales de la salud es percibido de distintas maneras por los usuarios extranjeros, según la cultura a la que pertenezcan. Pero, independientemente del origen y la cultura de los pacientes, los profesionales sanitarios deberían saber gestionar esa diversidad cultural y facilitar la interacción para fomentar un modelo simétrico de conversación.

En los casos propuestos para el estudio, los profesionales no usan la empatía para crear un clima de confianza e, implícitamente, no logran solventar todas las dudas de los pacientes y tampoco promover unos hábitos saludables y prevenir posibles enfermedades futuras.

C. Formación

Finalmente, consideramos que uno de los mayores problemas que impide una comunicación eficaz entre profesionales y usuarios en el ámbito sanitario, y que posiblemente derive de la falta de reconocimiento a nivel nacional de la profesión en sí, es la carencia de formación específica tanto para los mediadores-intérpretes como para los profesionales sanitarios, que no están acostumbrados al hecho de que una tercera persona intervenga como enlace en la comunicación. En particular, el desconocimiento de los códigos éticos para intérpretes en el ámbito sanitario, especialmente por parte de los intérpretes sin formación, da lugar a situaciones en las que no se respetan los principios de imparcialidad y fidelidad y se perjudica la imagen profesional del intérprete ante el personal sanitario y ante los pacientes. La falta de formación adecuada en mediación intercultural centrada en el conocimiento de los aspectos culturales y sociales implicados, la interpretación de otros elementos no lingüísticos que intervienen en la comunicación —proxémica, gestos, percepción de determinados conceptos como vida, muerte, nacimiento entre otros—, el conocimiento del funcionamiento de los sistemas de salud y funciones de los profesionales del mismo, etc. son factores que también influyen negativamente en la comunicación, ya que el intérprete carece de las herramientas necesarias para ayudar en la resolución de conflictos de origen cultural.

Como hemos visto, la ignorancia general acerca de la profesión en sí y de otros elementos que intervienen en la comunicación con personas de otro origen, con una cultura, religión y estatus social distinto, puede dar lugar a diferentes malentendidos y conflictos que podrían perjudicar tanto a la población de acogida como a las personas extranjeras residentes en ese país.

En un intento de entender cómo se pueden eliminar estos conflictos, hemos recopilado diferentes tipos de dificultades y analizado casos prácticos de mediación intercultural. Nuestra investigación, aunque limitada, nos ha ayudado a percibir más de cerca una serie de aspectos conflictivos y sus repercusiones así como a reflexionar en cuanto a posibles soluciones. Además, consideramos que, mediante la detección de las causas de las barreras existentes en la comunicación con población extranjera en consultas médicas, podríamos concienciar sobre la necesidad de adoptar las medidas oportunas que consoliden un buen desarrollo de la sociedad y una convivencia en la que los derechos a la salud de los extranjeros sean respetados.

Referencias bibliográficas

- Cambridge, Jan (2003): «Unas ideas sobre la interpretación en los Centros de Salud», en Carmen Valero-Garcés (ed.): *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 51-69.
- California Healthcare Interpreters Association (CHIA) y California Endowment (2012): *Estándares para Intérpretes Médicos en California: Principios Éticos, Protocolos y Lineamientos Sobre la Función y las Intervenciones del Intérprete*. <http://c.ymcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/chia_california_standards_fo.pdf> [consulta: 15.VII.2014].

- Carrasco, Silvia (2004): «Infancia e inmigración: entre los proyectos de los adultos y la realidad de los menores», en C. Gómez-Granell, M. García-Milà, C. Panchón y A. Ripol-Millet: *Infancia y Familias: Realidades y tendencias*. Barcelona: Ariel, pp. 205-232.
- El-Madkouri, M. (2014): «Implicaciones culturales en la interpretación de referencias sexuales en el ámbito social», *Estudios de Traducción*, 4: 181-198.
- Giménez Romero, C. (1997): «La naturaleza de la mediación intercultural», *Revista de Migraciones*, 2: 125-159.
- International Medical Interpreters Association (IMIA): *Código ético*. <http://www.imiaweb.org/code/SPA.asp> [consulta 15.VII.2014].
- Iliescu Gheorghiu, Catalina (2007): «La mediación interlingüística e intercultural en contextos especializados», en Enrique Alcaraz Varó, J. Mateo Martínez y F. Yus Ramos: *Las lenguas profesionales y académicas*. Barcelona: Ariel, pp. 107-118.
- Lázaro, R. (2009): «Dilemas éticos del traductor / intérprete en los servicios públicos», *Translation, interpreting social activism*. <http://www.translationactivism.com/ArticleIndex.html> [consulta: 12.08.2014].
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Secretaría de Inmigración y Emigración. Portal de Inmigración (2013): *Extranjeros residentes en España*. <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/> [consulta: 1.VIII.2014].
- Navaza, Bárbara; Laura Estévez y Jordi Serrano (2009): «“Saque la lengua, por favor”. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España», *Panacea*, 10 (30): 141-156. <http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaActual.htm> [consulta: 1.VIII.2014].
- Ortí, Roberto; Enric Sánchez y Dora Sales Salvador (2006): «Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: Diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural», en B. Gallardo, C. Hernández C. y V. Moreno (eds.): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*. Vol. 3. *Lingüística Interaccional en ámbitos de salud*. Valencia: Universitat de València, pp. 114-139. [http://www.uv.es/perla/3\[08\].OrtiSalesySanchez.pdf](http://www.uv.es/perla/3[08].OrtiSalesySanchez.pdf) [consulta: 15.VII.2014].
- Sales Salvador, Dora (2005): «Panorama de la mediación intercultural y la traducción / interpretación en los servicios públicos en España», *Translation Journal*, 9 (1) enero: 1-15. <http://accurapid.com/journal/31mediacion.htm> [consulta: 1.VIII.2014].
- Valero-Garcés, Carmen (2004): «Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones», *Suplementos Ofrim*, 11: 18-36.

