

*Más allá de las palabras: el impacto de la empatía y las conversaciones triviales en la interpretación médico-sanitaria*

**Nombre:** Leyre Pérez Guillem

**Línea de investigación:** Interpretación

**Tutor(a):** Juan Miguel Ortega Herráez

**Cotutor(a):** Elena Pérez Estevan

**Fecha:** Junio 2024

**Trabajo de  
Fin de Grado de  
Traducción e Interpretación**

*Más allá de las palabras: el impacto de la empatía y las conversaciones triviales en la interpretación médico-sanitaria*

Leyre Pérez Guillem

lpg89@alu.ua.es

**RESUMEN**

El presente trabajo estudia el impacto positivo que tienen la empatía y las conversaciones triviales en la práctica de la interpretación médico-sanitaria. A través de un análisis cualitativo, este estudio demuestra cómo mediante herramientas y estrategias relacionadas con la empatía se obtiene una comunicación profesional de la salud-paciente más efectiva. Además, se examina el papel que juegan las conversaciones triviales en la creación de un ambiente de confianza y confort, mejorando así la calidad de la atención recibida y promoviendo una mayor comprensión. Los resultados de esta investigación muestran lo beneficiosas que resultan estas estrategias en la práctica de la interpretación médico-sanitaria para optimizar la calidad de la atención a pacientes alófonos.

**Palabras clave:** Interpretación médico-sanitaria. Empatía. Conversaciones triviales. Pacientes alófonos. Calidad.

**ABSTRACT**

“Beyond words: the impact of empathy and small talk on healthcare interpreting”

The present paper studies the positive impact of empathy and small talk on the practice of healthcare interpreting. Through a qualitative analysis, this study demonstrates how empathy-related tools and strategies lead to more effective patient-health professional communication. In addition, it examines the role of small talk in creating an atmosphere of trust and comfort, thereby improving the quality of care received and promoting greater understanding. The results of this research show how beneficial these strategies are in the practice of healthcare interpreting to enhance the quality of care for allophone patients.

**Keywords:** Healthcare interpreting. Empathy. Small talk. Allophone patients. Quality.

## Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos .....	5
3. Marco teórico .....	5
3.1 La interpretación médico-sanitaria.....	5
3.1.1 La interpretación médico-sanitaria en la provincia de Alicante.....	7
3.2 La empatía.....	11
3.2.1 La empatía en la interpretación médico-sanitaria.....	12
3.3 Las conversaciones triviales ( <i>small talk</i> ).....	13
3.3.1 Las conversaciones triviales en las consultas médicas.....	14
3.3.2 Las conversaciones triviales en la interpretación médico-sanitaria.....	15
4. Marco analítico.....	16
4.1 Metodología .....	17
4.2 Análisis y resultados.....	20
4.2.1 Análisis y resultados de las entrevistas a los profesionales de la salud.....	20
4.2.2 Análisis y resultados de las entrevistas a los intérpretes médico-sanitarios .....	24
4.2.3 Conclusiones del análisis.....	31
5. Conclusiones.....	31
6. Referencias bibliográficas .....	33
7. Anexos .....	37

## 1. Introducción

En los entornos sanitarios, donde los diagnósticos y tratamientos a menudo centran su foco de atención en síntomas y enfermedades, resulta común pasar por alto la importancia fundamental de la conexión humana en la práctica clínica. Sin embargo, al realizar las prácticas curriculares como intérprete en un centro hospitalario, descubrí que detrás de cada expediente médico y cada resultado de laboratorio, hay una persona con sus propias experiencias, emociones y necesidades.

Por esta razón, el presente Trabajo de Fin de Grado viene motivado por el hecho de haber realizado las prácticas en un hospital, donde pude observar de primera mano cómo la empatía y las estrategias relacionadas con la misma, como establecer conversaciones triviales, influyen en la calidad y la eficacia de la atención sanitaria prestada a pacientes alófonos.

La interpretación médico-sanitaria se erige como un puente vital entre profesionales de la salud y pacientes alófonos provenientes de diversas culturas y contextos lingüísticos. Y cabe tener en cuenta que una interpretación de calidad va mucho más allá de la mera traducción de palabras. Un entendimiento profundo de las sutilezas lingüísticas y culturales es menester, así como un compromiso genuino con la empatía y la comprensión. Para ello, en nuestro trabajo, hemos dedicado las secciones 3.1 y 3.1.1 para explorar la situación de la interpretación sanitaria en sentido general y en el caso concreto de la provincia de Alicante, donde hemos desarrollado nuestro estudio.

Uno de los aspectos menos explorados, pero igualmente esencial de esta dinámica, es la capacidad del intérprete<sup>1</sup> para expresar empatía durante las interacciones médicas. En el apartado 3.2.1 del presente trabajo se aborda cómo esta habilidad no solo facilita una comprensión más profunda de las necesidades y preocupaciones del paciente, sino también cómo contribuye a establecer conexiones significativas entre las partes involucradas y a mejorar la calidad de la atención ofrecida.

Paralelamente, los apartados 3.3.1 y 3.3.2 de nuestro trabajo se han dedicado a estudiar el papel fundamental que las conversaciones triviales (*small talk*), intercambios de información aparentemente insignificantes que van desde comentar el clima hasta compartir anécdotas, desempeñan en los contextos sanitarios. Estas interacciones esporádicas no solo ayudan a establecer una relación de confianza entre el profesional de la salud y el paciente, sino que también

---

<sup>1</sup> En este trabajo se hará referencia a los profesionales de la interpretación médico-sanitaria mediante los términos «el intérprete» o «los intérpretes», independientemente de su género. Esta decisión se ha tomado con el objetivo de seguir la norma gramatical del uso del masculino como género no marcado en español. No obstante, queremos dejar claro que esta elección no pretende en modo alguno invisibilizar o menospreciar a las mujeres intérpretes, cuya contribución y profesionalidad son igualmente valoradas y reconocidas. Esta decisión es aplicable en todo el trabajo a los profesionales de la salud que se mencionan, así como al paciente.

ofrecen información valiosa sobre la vida y las preocupaciones de este que pueden influir en su salud y bienestar.

Cabe mencionar que en el presente trabajo se hará referencia a estas interacciones esporádicas como «conversaciones triviales» con el objetivo de asegurar la claridad y comprensión para todos los lectores. La elección de traducir el término acuñado en inglés (*small talk*) proporciona una mejor adaptación cultural y lingüística al contexto hispanohablante.

En lo que respecta a la traducción escogida, la elección se basa en una investigación exhaustiva realizada para asegurar que la traducción sea precisa y ampliamente reconocida en el contexto hispanohablante. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en Google utilizando las siguientes frases: «conversaciones triviales», «conversaciones casuales» y «charlas triviales». Cada término fue introducido entre comillas para asegurar que los resultados obtenidos correspondieran a coincidencias exactas, permitiendo así una evaluación más precisa de la prevalencia y aceptación de cada posible traducción en el uso cotidiano y académico.

Los resultados de esta búsqueda indicaron que «conversaciones triviales» obtuvo aproximadamente 162.000 resultados, «conversaciones casuales» aproximadamente 296 y «charlas triviales» aproximadamente 22.800. Estos resultados muestran que «conversaciones triviales» es una expresión comúnmente utilizada y comprendida en el contexto del habla en español, y captura adecuadamente el sentido de informalidad y espontaneidad que caracteriza a *small talk*. Además, diccionarios bilingües reconocidos como el Cambridge Dictionary, proponen esta traducción.

A través de una revisión de la literatura existente, estudios de casos y análisis de investigaciones relevantes, se espera arrojar luz sobre la importancia de fomentar la empatía y las conversaciones triviales en el ámbito de la interpretación médico-sanitaria. Al hacerlo, no solo conseguimos ampliar nuestra comprensión sobre lo que significa proporcionar una atención sanitaria verdaderamente integral, sino que también destacamos la necesidad de incluir estos aspectos en la formación y la práctica clínica cotidiana.

Además, en esta investigación se explorará la intersección entre la empatía y las conversaciones triviales en la interpretación médico-sanitaria a través del análisis de una muestra de cinco entrevistas realizadas a profesionales de la salud y cinco entrevistas planteadas a intérpretes médico-sanitarios. Se examinará cómo estas prácticas pueden complementarse mutuamente para mejorar la calidad de la atención médica, promoviendo una comprensión más profunda de las necesidades del paciente alófono y facilitando una comunicación más efectiva entre profesional de la salud y paciente.

## **2. Objetivos**

En este contexto, el presente Trabajo de Fin de Grado se propone estudiar la influencia de la empatía del intérprete médico-sanitario y el papel que juegan las conversaciones triviales (*small talk*) como herramientas para fomentar la comunicación interpersonal. Se postula que la empatía, entendida como la capacidad de comprender los sentimientos del otro, es un componente esencial para superar las barreras lingüísticas y culturales que a menudo se presentan en situaciones de atención sanitaria.

La elección de incluir las conversaciones triviales en esta investigación se basa en la premisa de que estas interacciones esporádicas, aunque aparentemente irrelevantes, pueden desempeñar un papel crucial en la construcción de relaciones empáticas. A través de estas conversaciones informales, los intérpretes pueden establecer conexiones más allá de las palabras, creando un espacio propicio para la comprensión mutua y una atención de calidad centrada en el paciente.

A medida que se avanza en esta investigación, nos proponemos además explorar los desafíos, las estrategias efectivas y el impacto general de la empatía del intérprete, especialmente a través de las conversaciones triviales. Al abordar esta temática, no solo buscamos mejorar la comprensión de las complejidades de la interpretación intercultural en el ámbito sanitario, sino también contribuir así a una atención sanitaria más empática y culturalmente sensible.

## **3. Marco teórico**

En este apartado se abordará el contexto actual en relación con la interpretación médico-sanitaria, la importancia de la empatía en este ámbito y cómo las conversaciones triviales pueden contribuir a mejorar la comunicación intercultural en entornos médicos.

### **3.1 La interpretación médico-sanitaria**

La migración ha contribuido a una creciente diversidad cultural y lingüística en las sociedades actuales. Nunca antes tantas personas habían estado viviendo fuera de su país de origen como en la actualidad. Este fenómeno no solo está transformando la composición demográfica de las comunidades en todo el mundo, sino que también está generando nuevos desafíos y oportunidades en términos de integración, comunicación y acceso a servicios básicos como la atención médica. Como bien explica Navaza (2014), esta responsabilidad en el ámbito sanitario recae en los intérpretes, cuya función principal consiste en asegurar que la información médica se transmite de manera precisa y comprensible, sin importar las barreras culturales o lingüísticas que puedan existir.

La interpretación médico-sanitaria, también conocida como «interpretación médica» o «interpretación sanitaria», se produce cuando un proveedor de salud y un paciente necesitan comunicarse y no comparten un mismo idioma (Angelelli, 2019). En estas ocasiones entra en juego la figura del intérprete, quien se encarga de facilitar la comunicación traduciendo de forma bilateral la conversación entre el proveedor de salud y el paciente. Según The California Healthcare Interpreters Association (2002), este ámbito de interpretación se produce en entornos de atención sanitaria continuada como consultas médicas, clínicas, hospitales, visitas domiciliarias y clínicas de salud mental.

Desde la década de los 90, ha surgido un interés continuo en comprender la interpretación en el contexto de la atención sanitaria. Diversos estudios recientes (Smedley *et al.*, 2003; Abril Martí y Martín, 2011; Al Shamsi *et al.*, 2020, Pérez Estevan, 2023a) han coincidido en señalar que los pacientes alófonos tienden a recibir una atención de menor calidad en comparación con aquellos que hablan el mismo idioma que el personal sanitario. Por lo que, en estas situaciones, el intérprete juega un papel crucial para garantizar una comunicación efectiva y precisa, asegurando que se transmita la información médica de manera clara y comprensible para todas las partes involucradas y se obtenga una atención de calidad.

Aunque no existen requisitos federales sobre la formación de los intérpretes en los centros sanitarios, muchos estados cuentan con legislación que aclara o amplía las directrices federales, facilitando el acceso lingüístico en contextos clínicos específicos (Hsieh, 2015). De hecho, en 2009, California se convirtió en el primer estado de EE. UU. en exigir a las organizaciones de seguros sanitarios que corrieran con la cuenta de los servicios de interpretación y traducción.

Sin embargo, esto no ha ocurrido en todos los países. En España, por ejemplo, la prestación de servicios de interpretación en el ámbito sanitario no está recogida explícitamente en la legislación y, según Foulquié Rubio y Beteta Fernández (2020), ésta podría ser una de las razones que explicaría la falta de profesionalización de traductores e intérpretes. En este país solo existen dos leyes relativas a la materia y, aunque no recogen el derecho del paciente a acceder a los servicios de interpretación como tal, este derecho podría entenderse a partir de cómo están redactadas. Así, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge en sus artículos 2 y 3 los principios básicos, que son los siguientes:

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3.El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

Como bien mencionan Foulquié Rubio y Beteta Fernández (2020), una consideración integral de la redacción de estos derechos entendería que «adecuada» implica que esta información debe ser transmitida en una lengua entendida o hablada por el paciente no hispanohablante. No obstante, la legislación no obliga a los centros proveedores de atención sanitaria a proporcionar servicios de traducción e interpretación.

Por lo que, en el entorno sanitario, podemos encontrarnos con intérpretes profesionales, normalmente con una formación específica en el ámbito de la interpretación médico-sanitaria, que, o bien trabajan en el centro privado de atención sanitaria, o bien contratan los propios pacientes por su cuenta. Y también podemos encontrarnos con intérpretes *ad hoc*, es decir; familiares, amigos o compatriotas que suelen traer los pacientes si no se les proporciona un profesional en el centro al que acuden y que llevan a cabo «labores de interpretación sin disponer de los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarios para desempeñarlas con éxito» (Nevado Llopis, 2015).

Este último tipo de intérpretes suele ocasionar problemas por la falta de formación en interpretación y en términos médicos y técnicos. Lo que puede conllevar problemas, pues se dificulta la transmisión precisa de información crucial entre el médico y el paciente, poniendo en riesgo la seguridad y la eficacia del tratamiento. Como bien explican Sánchez-Reyes y Martín Casado (2005) y Pérez Estevan (2023b) en sus investigaciones, solo los intérpretes con formación profesional pueden garantizar una comunicación médico-paciente precisa y efectiva, promoviendo así una atención sanitaria de alta calidad que no discrimine a los pacientes alófonos. Esta necesidad es cada vez más relevante en una sociedad cada vez más multicultural.

Otra de las razones por las cuales esta profesión no está regulada es que no existe un colegio de intérpretes o traductores que proporcione unas normas o un código de conducta, por lo que los intérpretes profesionales suelen guiarse por los códigos éticos desarrollados por distintas asociaciones de intérpretes en los servicios públicos. En estos códigos se reflejan principios comunes tales como la exactitud, la fidelidad, la confidencialidad y la integridad (Navaza, 2014).

### **3.1.1 La interpretación médico-sanitaria en la provincia de Alicante**

Como se ha abordado en el apartado anterior, la sociedad actual en España refleja la influencia de la globalización y el uso de múltiples idiomas. La Comunidad Valenciana, en particular, se destaca como una región autónoma donde el turismo y la inmigración tienen un impacto significativo en su demografía. En este territorio conviven diversos grupos poblacionales, cada uno con necesidades específicas en cuanto a servicios sanitarios, incluyendo aquellos relacionados con el fenómeno del turismo de salud.



	TOTAL	EXTRANJERA	%*	UE 27	%*	NO COMUNITARIOS	%*
<b>ESPAÑA</b>	47.475.420	5.542.932	11,7 %	1.617.911	29,2 %	3.925.021	70,8 %
<b>Cataluña</b>	7.792.611	1.271.810	16,3 %	295.896	23,3 %	975.914	76,7 %
<b>Comunidad de Madrid</b>	6.750.336	949.969	14,1 %	278.605	29,3 %	671.364	70,7 %
<b>Comunidad Valenciana</b>	5.097.967	784.469	15,4 %	263.340	33,6 %	521.129	66,4 %
<b>Andalucía</b>	8.500.187	741.378	8,7 %	206.934	27,9 %	534.444	72,1 %

\* Sobre el total de la población extranjera de cada comunidad

Tabla 1. Comunidades autónomas con más población extranjera en España

Fuente: INE 01/01/2022

Según el informe anual «Aproximación estadística a la población extranjera en la provincia de Alicante» realizado por la Asociación de Solidaridad con los Trabajadores Inmigrantes, vinculada al Secretariado de Migración de la Diócesis Orihuela-Alicante, la Comunidad Valenciana se posiciona como la tercera comunidad autónoma en España en términos de población extranjera, después de Cataluña y Madrid, con un total de 784.469 personas extranjeras (Díaz Zaragoza y Barceló Mira, 2023). Lo que representa el 15,4 % de la población total en la Comunidad Valenciana. En comparación con el año anterior, esta población extranjera ha aumentado en 32.853 personas. En relación con el total de la población extranjera en España, la Comunidad Valenciana representa el 14,2 %.

	TOTAL	EXTRANJE RA	%*	UE 27	%*	NO COMUNITARIOS	%*
<b>TOTAL NACIONAL</b>	47.475.420	5.542.932	11,7 %	1.617.911	29,2 %	3.925.021	70,8 %
<b>Madrid</b>	6.750.336	949.969	14,1 %	278.605	29,3 %	671.364	70,7 %
<b>Barcelona</b>	5.750.615	886.622	15,5 %	193.058	21,8 %	693.564	78,2 %
<b>Alicante</b>	1.901.594	388.748	20,4 %	114.834	29,5 %	273.914	70,5 %
<b>Valencia</b>	2.605.757	304.795	11,7 %	102.168	33,5 %	202.627	66,5 %

\* Sobre el total de la población extranjera de cada comunidad

Tabla 2. Provincias con más población extranjera en España

Fuente: INE 01/01/2022

Concretamente, la provincia de Alicante desempeña un papel crucial en la recepción y acogida de comunidades extranjeras dentro del conjunto del Estado español. Esta provincia ocupa el tercer lugar en España, después de Madrid (949.969) y Barcelona (886.622) en términos de

población extranjera, con un total de 388.748 personas, lo que representa el 20,4 % de su población total.

El número de residentes extranjeros en la provincia de Alicante ha experimentado un aumento de 15.325 personas en comparación con el año anterior. Este incremento refuerza aún más la posición de Alicante como destino preferido para los extranjeros que eligen residir en la Comunidad Valenciana, ya que casi la mitad de la población extranjera de la región ha optado por establecerse en esta provincia, representando un 49,6 % del total. Estos datos se respaldan con información del Instituto Nacional de Estadística (INE) recopilada hasta el 1 de enero de 2022.

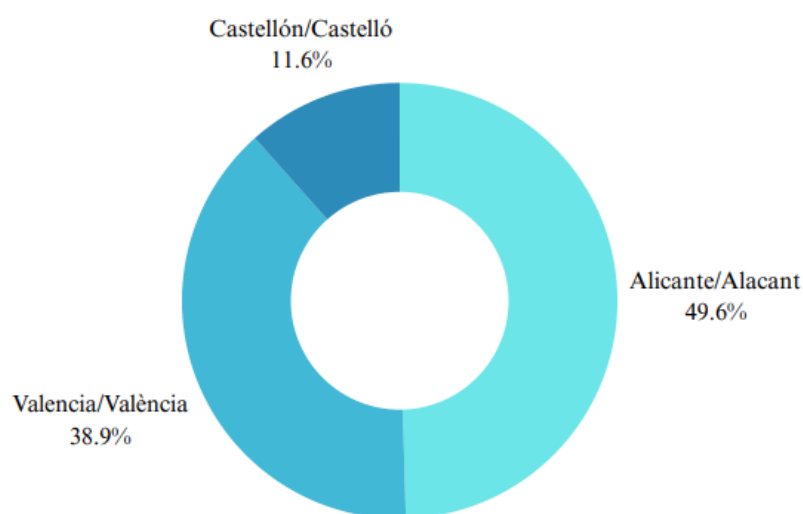


Gráfico 1. Población extranjera en la Comunidad Valenciana por provincias.

Fuente: INE 01/01/2022

En cuanto a los municipios de esta provincia con una destacada población extranjera, Alicante sigue siendo el primero con un 14,6 %, seguido por Torrevieja (9 %), Orihuela (7,1 %), Elche (6,8 %) y Benidorm (5,4 %).

Nos encontramos, por tanto, ante una provincia que está experimentando una rápida transformación hacia un entorno multicultural. En consecuencia, es imperativo abordar los desafíos que surgen de esta situación, como garantizar la igualdad entre los ciudadanos autóctonos y los extranjeros.

La integración de nuevos miembros en la sociedad implica tanto dotarles de derechos y exigirles responsabilidades, como cumplir con las normativas de las instituciones y tener acceso equitativo a los servicios que ofrecen. Sin embargo, como se ha mencionado en el apartado anterior, la situación de la interpretación médico-sanitaria en los servicios públicos de la provincia, al igual que en el resto del país, «continúa siendo muy deficiente» (Gómez Fayos, 2022, p. 99).

En el marco de la legislación valenciana, la Ley 1/2003 de 28 de enero de la Generalitat Valenciana, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana, recoge en su artículo 3, apartado 7 el derecho:

A recibir información sanitaria en la forma más idónea para su comprensión y, especialmente, en la lengua oficial de la comunidad autónoma y asegurarse que aquélla sea inteligible para los pacientes. No obstante lo dispuesto en este punto, y en la medida que la planificación sanitaria lo permita, los centros y servicios sanitarios implantarán los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los usuarios extranjeros.

Diez años más tarde, la ley 10/2014 de Salud de la Comunidad Valenciana vuelve a mencionar la obligación de implantar «los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los pacientes y usuarios extranjeros» en su artículo 50:

Se reconoce el derecho de los pacientes y usuarios a recibir información sanitaria en las lenguas oficiales de la Comunitat Valenciana, en la forma más idónea para su comprensión. En la medida en que la planificación sanitaria lo permita, los centros y servicios sanitarios del Sistema Valenciano de Salud implantarán los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los pacientes y usuarios extranjeros.

No obstante, la ley en cuestión no ha sido desarrollada hasta la fecha, lo que impide determinar qué se entiende por «medios necesarios». Empero, se puede deducir que la ley alude a la necesidad de contar con servicios de interpretación para facilitar la comunicación con los pacientes que no son hispanohablantes. Como explica Sanz Moreno (2018), dado el carácter poco concreto del artículo, es posible que la *Conselleria de Sanitat* se haya planteado implementar un servicio de interpretación telefónica, como se ha hecho en alguna ocasión, o incluso incorporar intérpretes profesionales en los servicios sanitarios.

Sin embargo, esto es algo que aún no ha sucedido ni parece que vaya a suceder, pues como indican Ortega Herráez y Blasco Mayor (2018) en las conclusiones de su radiografía de la provisión de servicios lingüísticos en los servicios públicos de la Comunidad Valenciana, da la impresión de que «tanto las administraciones públicas como el sector privado no han aprendido nada en todos estos años» (Ortega Herráez y Blasco Mayor, 2018, p. 193).

La sanidad pública valenciana sigue manteniendo sistemas de prestación de servicios que no incluyen servicios lingüísticos para la población alófonani en hospitales ni en centros de salud. Llegando incluso a colgar carteles en las paredes de los centros para pedirles a los propios pacientes extranjeros que traigan a «su propio traductor» (Mercader, 2016, citado en Ortega Herráez y Blasco Mayor, 2018, p. 186).

En el ámbito privado la situación muestra mejoras, aunque aún dista de ser perfecta. Por un lado, nos encontramos con hospitales que utilizan un modelo basado en la contratación de

personal que afirma dominar idiomas extranjeros sin poseer una titulación oficial, ubicándolos en la categoría de «administrativos», junto con recurrir a servicios de organizaciones voluntarias de compatriotas extranjeros que se prestan a ayudar como intérpretes *ad hoc*.

Por otro lado, existen hospitales privados especializados en atención a pacientes extranjeros que suelen colaborar con compañías de seguros médicos privados. En estos casos, el papel del intérprete va más allá de la práctica de la interpretación durante la interacción médico-paciente, involucrándose además en tareas de mediación, gestión, información y atención al paciente, así como en labores administrativas (Ortega Herráez y Blasco Mayor, 2018).

### **3.2 La empatía**

La empatía es la habilidad de ponerse en el lugar de los demás, de comprender sus emociones, necesidades y dificultades al ponerse en su situación. Es decir, la capacidad que nos permite responder de manera adecuada a las reacciones emocionales de los demás porque entendemos cómo se sienten.

A lo largo de la historia, ha existido una gran controversia sobre la naturaleza de esta capacidad humana. Principalmente, se han dado dos enfoques distintos: el cognitivo frente al afectivo. Las teorías que apoyaban la visión cognitiva consideraban que ésta consistía fundamentalmente en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro, es decir, comprender lo que siente o piensa el otro a partir del conjunto de signos que emite. Y la visión afectiva, que definía la empatía como un afecto compartido o sentimiento vicario (Fernández-Pinto *et al.*, 2008).

Sin embargo, a partir de 1980 se empezó a trabajar en una definición que integrara ambos enfoques (Davis, 1980; Eisenberg y Strayer, 1987). Y parece que, en 1996, Davis concluyó este debate definiendo la empatía como un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas. Este autor desarrolló un índice destinado a medir la empatía, conocido como el Interpersonal Reactivity Index (IRI), según el cual los componentes de la empatía son: los componentes cognitivos, la toma de perspectiva, la fantasía, los componentes emotivos, la preocupación empática y el malestar personal o distrés (Muñoz Zapata y Chaves Castaño, 2013).

Más adelante, a partir de los años 90, la empatía se empezó a estudiar desde la perspectiva de la inteligencia emocional. El modelo más aplicado es el de Mayer y Salovey (1997), que incluye en su estudio tanto los aspectos relacionados con la percepción y la comprensión de las emociones, como las propuestas cognitivas. Sin embargo, este modelo no toma en consideración los aspectos afectivos de la empatía, lo que delimita la definición del constructo al contemplar la

empatía como una habilidad o capacidad de tipo cognitivo, soslayando su aspecto emocional (Salovey y Mayer, 1990).

Como se puede observar, la empatía ha sido objeto de debate a lo largo de la historia. Y aunque ya parece tener una definición clara, aún queda trabajo por hacer para comprender plenamente su naturaleza y el papel que juega en diversas áreas, como la psicología, la educación y la salud. Futuras investigaciones podrían explorar cómo fomentar y medir la empatía de manera efectiva, así como su impacto en las relaciones interpersonales y la sociedad en general.

### **3.2.1 La empatía en la interpretación médico-sanitaria**

Entre esas áreas en las que aún se carece de un estudio más exhaustivo del papel que juega la empatía, encontramos el campo de la interpretación. El modelo de comportamiento del intérprete se define por las convenciones que han evolucionado con el tiempo y por las demandas del ámbito en el que ha desarrollado su experiencia profesional. Existen divergencias entre las normas de conducta declaradas por los intérpretes y el modo en el que se aplican en la práctica de su profesión. Estas discrepancias han sido ampliamente analizadas en estudios, artículos y seminarios que abordan no solo el comportamiento de los intérpretes, sino también la percepción ética que proveedores y clientes tienen de ellos (Valero Garcés y Alcalde Peñalver, 2021).

Los primeros intentos de elaborar códigos éticos y normas deontológicas surgieron en el ámbito de la interpretación de conferencias, donde el proceso de profesionalización ha sido relativamente rápido y poco problemático si se compara con la interpretación bilateral. Como aclaran Merlini y Gatti (2015), dados los entornos particulares de colaboración internacional en los que típicamente se lleva a cabo la interpretación de conferencias, se consideró que la conducta más apropiada implicaba como corolarios la máxima objetividad, confidencialidad, imparcialidad y neutralidad.

Este pensamiento provocó que cualquier expresión de empatía por parte de los intérpretes se asociara a una mala práctica en cualquier ámbito de la interpretación. No obstante, como aclara Lázaro Gutiérrez (2014), a pesar de que sectores como la interpretación de conferencias favorecen la imparcialidad y la invisibilidad, las personas que se benefician de los servicios de interpretación en otros sectores pueden buscar soluciones que requieran una participación más activa, como ocurre en la interpretación médico-sanitaria.

La práctica de este tipo de interpretación requiere mucha interacción personal con los pacientes, y, en consecuencia, conocimiento de los antecedentes culturales de los mismos. Por lo que estos profesionales tienen que actuar como puente cultural entre los proveedores de salud y los pacientes. Poseer habilidades emocionales es imprescindible, además de la competencia en las lenguas de origen y destino, la competencia cultural, etc. Porque la profesión exige ser capaz

de adaptarse al entorno competitivo de las condiciones de trabajo y una comunicación constante con los participantes.

Según Krystallidou *et al.* (2020), los intérpretes, al igual que el personal sanitario, necesitan poseer habilidades para detectar las señales del paciente, evaluarlas y expresarlas de forma correcta y adecuada. Y, en consecuencia, mostrar comportamientos comunicativos que tengan en cuenta las implicaciones de las situaciones clínicas y faciliten los objetivos comunicativos de cada uno.

Al referirse a la comunicación, autores como Matamoros Franco (2000) manifiestan que ésta debe cumplir ciertos requisitos para ser considerada de calidad, y la empatía destaca como uno de esos requisitos fundamentales. Dicha capacidad se percibe como una herramienta vital en el ámbito sanitario, especialmente en la interacción con los pacientes, siendo este un contexto donde comprender los procesos emocionales de los demás es crucial.

En un estudio sobre los efectos emocionales y psicológicos en los intérpretes de los servicios públicos, Valero Garcés (2005) sugiere que la empatía y la autoestima son elementos muy beneficiosos para el desempeño profesional, y señala la necesidad de que la formación tenga en cuenta estos aspectos. Çoban y Albiz Telci (2016) resaltan igualmente la importancia de estudiar todas las destrezas personales requeridas en la profesión, entre las cuales se encuentra la empatía. Argumentan que un bajo nivel de desarrollo de estas competencias se traducirá en una menor calidad en el desempeño de la práctica del intérprete.

Del mismo modo, Hubscher-Davidson (2013) sostiene que la práctica de la interpretación requiere características interpersonales como la autoestima, la gestión del estrés, la percepción de las emociones y la expresión, la empatía, la conciencia social, la asertividad, la adaptabilidad y la automotivación.

### **3.3 Las conversaciones triviales (*small talk*)**

Una de las estrategias que se suele utilizar para adoptar una conducta empática es motivar conversaciones triviales. En estos intercambios banales, conocidos comúnmente como conversaciones de ascensor, se abordan temas como el clima, el contexto sociopolítico del momento o cualquier aspecto conocido de la realidad que se comparte con el interlocutor.

Varios autores vinculan el inicio del estudio de este fenómeno a la introducción del término «*phatic communion*» por Malinowski (1923). En sus palabras, estas conversaciones son fruto del conjunto del lenguaje utilizado en el intercambio social libre y sin rumbo que surge cuando las personas acompañan «*some manual work by gossip quite unconnected with what they are doing*» (Malinowski, 1923, p. 313).

Dunbar (1996) establece que el objetivo principal de este tipo de conversaciones consiste en cultivar un ambiente de confianza y comodidad entre los interlocutores, darles tiempo para que se evalúen mutuamente, establezcan un estilo de interacción y asienten su reputación.

A lo largo de la historia, estas interacciones han pasado desapercibidas como un discurso marginal que únicamente persigue un objetivo relacional. No obstante, el trabajo realizado por Coupland (2000) marca un punto de inflexión significativo y provoca un cambio de perspectiva. En su obra, el autor aborda los diversos contextos sociales, estilos de comunicación y temas donde la conversación podría ser vista como trivial, y detalla el acuerdo tácito entre las formas «triviales» y las, supuestamente, más «profundas» de hablar, así como la implicación sociopolítica que estas suposiciones conllevan.

A partir de ese momento, autores como Ragan (2000), Tracy y Naughton (2000) y Holmes (2003), comienzan a estudiar las ventajas relacionales que las conversaciones triviales tienen, no solo en contextos informales, sino también en entornos laborales e institucionales, incluidos los sanitarios.

### **3.3.1 Las conversaciones triviales en las consultas médicas**

En las consultas médicas, los pacientes y el personal sanitario mantienen ocasionalmente conversaciones informales que no están directamente relacionadas con el motivo de consulta. De hecho, es posible que sea el profesional de la salud quien incite a esa conversación como parte de la «patient-centred medicine» (término introducido por primera vez por Balint *et al.* (1970)).

Como explican Bickmore y Cassel (2005), cuando las personas mantienen conversaciones triviales, no se limitan a hablar únicamente sobre la tarea que se está desarrollando en el momento en el que sucede el intercambio comunicativo. En lugar de eso, tienden a abordar temas que parecen no estar directamente relacionados con la tarea en sí. A pesar de que estas conversaciones pueden parecer irrelevantes, son cruciales, pues ayudan a las personas a adquirir información sobre los objetivos y planes de los demás interlocutores, y a decidir si colaborar les puede resultar beneficioso.

En términos de interacción, esto puede implicar hacer que el paciente se sienta cómodo a través de la empatía, el interés que se evoca, una actitud no crítica y el humor (McCreddie y Wiggins, 2008); la amabilidad, la escucha empática y reflexiva y el estímulo, y una orientación social general (Ong *et al.*, 1995).

Esto resulta fundamental en el intercambio conversacional que se produce en una consulta médica, ya que:

Medical visits are intrinsically dependent on communication to be successful, as language is an essential tool for patients to describe a health problem and for doctors to elicit enough information

to prescribe a treatment or additional testing and communicate results. (Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez, 2022, p. 22).

Además, las conversaciones triviales también se utilizan como medio para aliviar los sentimientos negativos de incomodidad, ansiedad o vergüenza cuando las pruebas y procedimientos médicos requieren invasiones corporales o desnudez de los pacientes (Macdonald, 2016). E incluso para influir positivamente en la adherencia emocional de los pacientes al tratamiento al que se están sometiendo (Aranguri *et al.*, 2006).

### **3.3.2 Las conversaciones triviales en la interpretación médico-sanitaria**

En la misma línea, un constructo que se ha reconocido como fundamental para la práctica de la interpretación médico-sanitaria, es el de la confianza entre los participantes en el encuentro mediado (Robb y Greenhalgh, 2006). Cuyas dimensiones se extienden más allá de la mera precisión y se relacionan con el papel de la comunicación abierta y eficaz en el desarrollo de relaciones interpersonales positivas.

Las conversaciones triviales, concretamente, pueden ayudar a reducir la ansiedad y el estrés asociados con las consultas médicas, creando así un ambiente más relajado y propicio para una comunicación empática y de confianza. Al establecer un vínculo interpersonal más sólido, los intérpretes pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención médica y promover una mayor comprensión y empatía entre profesionales de la salud y pacientes de diferentes culturas y contextos lingüísticos.

Para facilitar la comunicación entre profesionales y pacientes alófonos, los intérpretes suelen realizar la función de «additional agents or bridges» (Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez, 2022, p. 22), de este modo pueden ayudar a salvar la distancia entre proveedores de salud y pacientes en las consultas interculturales y multilingües. En el ejercicio de este rol, utilizan estrategias como mantener breves intercambios conversacionales para hacer que los pacientes se sientan en un entorno seguro y de confianza, ya que estos intercambios suelen ayudar a suavizar las asimetrías existentes en los encuentros médico-paciente y a minimizar las tensiones iniciales (Valero Garcés, 2014).

Existen varias investigaciones recientes que demuestran el impacto positivo que tienen las conversaciones triviales en los encuentros sanitarios mediados por intérpretes. En un estudio que examina las expectativas y preocupaciones de los proveedores de salud respecto al apoyo emocional de los intérpretes y el dilema que supone para los intérpretes ofrecer apoyo emocional en estos entornos, Hsieh y Jung Hong (2010) observaron que los pacientes se sienten más cómodos y dispuestos a revelar información a los profesionales sanitarios si entablan una pequeña conversación con los intérpretes.



Penn y Watermeyer (2012) examinaron 17 casos de comentarios al margen de la consulta («asides») en interacciones interpretadas que tuvieron lugar en 3 contextos interculturales de atención sanitaria en Sudáfrica. En su análisis hallaron que las conversaciones triviales servían para enmarcar los niveles de comodidad, y se utilizaban generalmente para alinear al intérprete y al paciente u ofrecer orientación.

Más adelante, en un estudio que analiza las grabaciones de interacciones interpretadas de forma natural en un contexto médico, Van De Mierop (2016) manifestó que las conversaciones triviales se dirigen casi siempre a los intérpretes, ya que son las únicas personas con las que tanto pacientes como profesionales pueden comunicarse directamente.

Años más tarde, en un estudio de caso que analiza el papel de un intérprete profesional y experimentado de lengua de signos australiana (Auslan)/inglés en una consulta de medicina general, Major y Napier (2019) revelaron que los intérpretes intervienen de manera deliberada en breves intercambios conversacionales entre el médico y el paciente, especialmente en las fases de apertura y cierre de la consulta.

Este último matiz debe ser muy tomado en cuenta, pues como explican Benwell y McCreaddie (2016), a pesar de que el foco de las conversaciones triviales recae en el paciente, pueden entrar en conflicto con los objetivos de la consulta en curso y obligar al profesional sanitario a tomar medidas para redirigir la interacción al tema que concierne la consulta.

Más adelante, Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez (2022) examinaron datos recopilados de visitas hospitalarias mediadas con intérprete que involucraban a cinco intérpretes profesionales. El análisis de los datos reveló que las conversaciones triviales contribuyen al desarrollo de relaciones interpersonales y la consecución de objetivos. Y que, además, este tipo de conversaciones facilitan, tanto a pacientes, como a proveedores, desempeñar roles similares a los de consultas monolingües.

Como se ha demostrado, muchos estudios recientes han obtenido resultados que refuerzan la tesis que se postula en este trabajo de investigación. No obstante, es bien cierto que aún es un tema que no se ha explorado lo suficiente. Por este motivo, nos hemos propuesto hacer una modesta aportación a partir del análisis que abordaremos en la próxima sección.

#### **4. Marco analítico**

Este trabajo de investigación se centra en explorar el papel de la empatía y las conversaciones triviales en el proceso de la interpretación médico-sanitaria. Se ha optado por una revisión de la literatura existente para elaborar el marco teórico y un enfoque analítico cualitativo

que emplea entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y a intérpretes especializados en este ámbito para abordar la metodología.

En lo que concierne al marco teórico, se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura vigente relativa a la interpretación médico-sanitaria, la empatía y las conversaciones triviales, abarcando tanto fuentes nacionales como internacionales. Se ha dado prioridad a las publicaciones más recientes, principalmente aquellas publicadas en los últimos años.

En lo que atañe al análisis cualitativo, se han llevado a cabo diez entrevistas con el propósito de lograr los objetivos establecidos en esta investigación. La muestra consiste en cinco entrevistas a profesionales de la salud y cinco entrevistas a intérpretes médico-sanitarios. Los informantes proceden de diversos contextos laborales, factor que nos brinda una diversidad de experiencias y perspectivas en el objeto de estudio.

#### **4.1 Metodología**

La elección de emplear una metodología cualitativa con el fin de alcanzar los objetivos marcados en este estudio viene motivada por su capacidad para obtener una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias y percepciones de los informantes a través de entrevistas. En estas se afrontan temas relacionados con el papel que juegan la empatía y las conversaciones triviales en el proceso de la interpretación médico-sanitaria, así como las experiencias y las opiniones de los entrevistados al respecto. Se han diseñado dos modelos de entrevista, una dirigida a los profesionales de la salud y otra dirigida a los intérpretes médico-sanitarios.

La entrevista planteada a los profesionales sanitarios versa sobre la empatía y las conversaciones triviales en un plano más general. Se les pregunta su opinión sobre la importancia de establecer conexiones empáticas con los pacientes, si consideran que esto mejora la calidad de la atención médica proporcionada y cómo se abordan las situaciones en las que las prácticas culturales o las creencias del paciente entran en conflicto con los estándares médicos occidentales, entre otras cosas.

Y, por otro lado, en lo que concierne a las conversaciones triviales, se les pregunta si consideran que estas contribuyen a crear un ambiente empático, si ayudan a reducir el estrés que puede experimentar un paciente durante la consulta y si alguna vez han hecho uso de estas estrategias. En caso de respuesta afirmativa, se les propone si quieren compartir su experiencia. Por último, se les pregunta su opinión sobre el impacto de estas herramientas en la adherencia del paciente al tratamiento médico y si han recibido algún tipo de formación para trabajar estas habilidades.

La entrevista diseñada para los intérpretes médico-sanitarios es más específica, en cambio. Antes de tratar cuestiones concretas sobre la empatía y las conversaciones triviales, se abordan algunos temas relativos a la experiencia en el sector, cómo describirían su papel como intérpretes y cuáles son los desafíos más comunes a los que se enfrentan en la práctica de la profesión. A continuación, la entrevista se divide en dos bloques: uno que aborda las cuestiones relativas a la empatía y otro que trata aquellos asuntos relacionados con las conversaciones triviales.

El bloque relativo a la empatía atiende a cuestiones relacionadas con la opinión del entrevistado en lo que concierne a si la empatía es una habilidad social que un intérprete de esta área debe poseer, si esta habilidad contribuye a respetar y valorar la diversidad cultural de los pacientes, si la empatía se relaciona con los principios éticos de la profesión, si el entrevistado utiliza estrategias relacionadas con la empatía y cómo maneja situaciones emocionalmente cargadas.

En el bloque referente a las conversaciones triviales se indaga en la opinión del entrevistado relativa a si cree que estas interacciones facilitan la construcción de relaciones empáticas entre profesionales de la salud y pacientes, si piensa que tienen un impacto positivo en la comunicación, si alguna vez ha hecho uso de ellas, y si es así, si puede compartir su experiencia. Si estas interacciones proporcionan una interpretación de mayor calidad gracias a haber creado un ambiente más empático, si además ayudan a reducir la ansiedad del paciente y si hay situaciones en las que pueden no ser o apropiadas o efectivas.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual y siguiendo un guion semiestructurado diseñado específicamente para este estudio. Para la recogida de datos, se optó por grabar las entrevistas a profesionales sanitarios, ya que se desarrollaron de forma presencial, y posteriormente se transcribieron. Sin embargo, desgraciadamente no hubo posibilidad de grabar las entrevistas planteadas a los intérpretes, pues se dieron limitaciones circunstanciales espaciotemporales que lo impidieron. Con lo cual, se optó por enviar la plantilla de las entrevistas a los intérpretes para que respondieran a las mismas de forma escrita.

En la siguiente tabla se presentan las características de los profesionales de la salud informantes:

<b>Entrevistado(a)</b>	<b>Tipo de sanitario</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Centro</b>
<b>Profesional de la salud 1</b>	Médica de medicina familiar y comunitaria	43	Mujer	Centro de salud de Castalla (público)
<b>Profesional de la salud 2</b>	Médico residente de medicina familiar y comunitaria	30	Hombre	Hospital General Universitario Dr. Balmis (público)

<b>Profesional de la salud 3</b>	Supervisora de docencia y formación	54	Mujer	Hospital General Universitario Dr. Balmis (público)
<b>Profesional de la salud 4</b>	Enfermera	24	Mujer	Centro de salud de Pinoso (público)
<b>Profesional de la salud 5</b>	Enfermero	51	Hombre	Hospital General Universitario Dr. Balmis (público)

Tabla 3. Profesionales de la salud entrevistados

Entre los intérpretes entrevistados encontramos que las lenguas de trabajo predominantes son el español, el francés y el inglés. Todos los entrevistados han estudiado la licenciatura o el grado de Traducción e Interpretación y algunos los han complementado con el máster de SSPP<sup>2</sup>. El rango de edad de los entrevistados se encuentra entre los 20 y los 40 años y la mayoría son mujeres:

<b>Entrevistado(a)</b>	<b>Idiomas de trabajo</b>	<b>Formación</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Información laboral</b>
<b>Intérprete 1</b>	Español, francés e inglés	Licenciatura en Traducción e Interpretación y Máster en SSPP	Mujer	35	<i>Freelance</i> en hospitales y centros de salud públicos
<b>Intérprete 2</b>	Español, francés e inglés	Licenciatura en Traducción e Interpretación y Máster de educación secundaria	Mujer	36	En plantilla en hospital privado
<b>Intérprete 3</b>	Español, francés, inglés y valenciano	Grado en Traducción e Interpretación	Mujer	26	En plantilla en hospital privado
<b>Intérprete 4</b>	Alemán, español, francés e inglés	Grado en Traducción e Interpretación + Máster de traducción institucional + Máster de educación secundaria	Hombre	25	En plantilla en hospital privado
<b>Intérprete 5</b>	Español e inglés	Licenciatura en Traducción e Interpretación + Máster SSPP	Mujer	31	<i>Freelance</i> en hospitales y centros de salud públicos

Tabla 4. Intérpretes entrevistados

<sup>2</sup> Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos.

## 4.2 Análisis y resultados

Para analizar los datos obtenidos se han identificado patrones, temas y relaciones emergentes en las respuestas de los informantes, permitiendo una comprensión profunda de las percepciones y experiencias relacionadas con el tema de estudio.

### 4.2.1 Análisis y resultados de las entrevistas a los profesionales de la salud

En primer lugar, se hará un análisis de la muestra de las cinco entrevistas realizadas a los proveedores de salud. Estas ofrecen una visión única sobre cómo los profesionales sanitarios practican la empatía en su trabajo diario con los pacientes. Nos centraremos en varios aspectos clave, incluida la comprensión de la importancia de la empatía, la gestión de diferencias culturales y lingüísticas, el valor de las conversaciones triviales y su impacto en la adherencia al tratamiento y la formación en este campo.

#### 1. Empatía y comunicación

Los entrevistados destacan consistentemente la importancia de establecer una conexión empática con los pacientes desde el primer contacto. El profesional de la salud 5 coincide con Robb y Greenhalgh (2006) declarando que «la empatía es el pilar fundamental de las relaciones entre las personas, y cuando esto lo trasladamos al ambiente sanitario, tiene más importancia aún, porque es la única manera de poder entender la angustia y los miedos de esa persona que viene porque tiene un problema sanitario».

Esta idea se refuerza con las aportaciones del profesional de la salud 2<sup>3</sup> quien manifiesta que «muchas veces nos enfocamos solamente en la parte médica, en la parte de cómo manejamos la patología que presenta la persona, pero también es muy importante gestionar las emociones, gestionar el cómo se lo transmitimos y también la manera de tratar al paciente y verlo como persona». Y del profesional de la salud 3 que recalca que «si no hay empatía, toda la información se pierde. Se pierde, y eso puede repercutir en la salud, porque puede que no esté entendiendo ni siquiera el tratamiento que le estás dando, ni siquiera la enfermedad que le estás informando».

Asimismo, coinciden en que la empatía mejora la calidad de la atención médica proporcionada a pacientes de diferentes culturas o con barreras lingüísticas pues el profesional de la salud 4 nos revela que «muchos de ellos sienten que no se les respeta su cultura, o bien por falta de información acerca de esa cultura por parte del personal, o bien porque el paciente no habla el mismo idioma». Cuestión que se ha puesto de manifiesto en los trabajos de Smedley *et al.* (2003); Abril Martí y Martín (2011), Al Shamsi *et al.* (2020) y Pérez Estevan (2023a). En la misma línea,

---

<sup>3</sup> Informante originario de Polonia. La transcripción de sus aportaciones se presenta en su versión original en español. Aunque el informante habla español perfectamente, pueden detectarse ciertas incoherencias de expresión.

el profesional de la salud 5 declara que «si a nivel personal, en el trato personal entre la gente, ya falta [empatía], a nivel sanitario es impresionante».

Todos los entrevistados hacen hincapié en que «la empatía es básica en cualquier consulta médica, de enfermería, de cualquier tipo» (profesional de la salud 3). Pues, como explica el profesional de la salud 4, «una conexión empática con el paciente es muy importante ya que ellos confían plenamente en ti, y toda la información que le transmitas va a ser más tomada en cuenta en un paciente que esté entendiendo lo que le estás comunicando, que otro que piense que el profesional no le está haciendo mucho caso».

## 2. Gestión de diferencias culturales

Algunos de los entrevistados confirman haberse enfrentado a situaciones en las que las prácticas culturales o las creencias del paciente entran en conflicto con los estándares médicos occidentales como «en el caso de los testigos de Jehová, que hay cirugías que por su alto riesgo requieren de o cabe la posibilidad de que se tenga que hacer una transfusión» (profesional de la salud 5). El profesional de la salud 5 explica que «en todo momento se les informa de los riesgos que conlleva».

No obstante, como manifiesta el profesional de la salud 2, los sanitarios siempre intentan «entender cada punto de vista de cada persona y que cada uno viene de donde viene, de sus creencias, y hay que respetarlo». El profesional de la salud 4 aclara que «nunca hay que obligar a ningún paciente a realizar algo que esté contraindicado en su cultura o esté desaconsejado, a pesar de que en España sea lo contrario. Siempre se informará de los beneficios que tiene ese plan para esa persona, pero se respetará su opinión. Cada cultura tiene una forma de vivir la enfermedad, se debe evitar el etnocentrismo».

## 3. Conversaciones triviales

Todos los entrevistados afirman haber mantenido este tipo de conversaciones esporádicas «sobre algo tan trivial como el tiempo que hace, que si ha llovido o que “madre mía qué calor hace” en la sala de espera» (profesional de la salud 2), ejemplos que coinciden con lo recogido en el apartado 3.3 sobre las conversaciones triviales (*small talk*). Incluso suelen ser los propios profesionales de la salud los que incitan a esas conversaciones con preguntas como «“com estàs?” o “mira quin fred que fa” o si saps que se’n ha anat de viatge perquè bàsicament son anglesos que a lo millor se’n han anat de viatge»<sup>4</sup> (profesional de la salud 1). Todos coinciden en que estas

---

<sup>4</sup> Traducción: «“¿cómo estás?” o “mira qué frío hace” o si sabes que alguien se ha ido de viaje porque básicamente son ingleses que a lo mejor se han ido de viaje».

interacciones contribuyen a crear un ambiente más cálido y empático y, en consecuencia, proporcionan mayor calidad en la consulta médica.

El profesional de la salud 2 manifiesta que «hay algunas cosas que con poco esfuerzo se puede hacer mucha diferencia» y que «añadir un poco de conversación ahí, a parte de lo puramente médico, es algo que los pacientes agradecen», coincidiendo con Hsieh y Jung Hong (2010), quienes observaron en su investigación que los pacientes se sentían más cómodos y dispuestos a revelar información a los profesionales sanitarios si entablaban una pequeña conversación con los intérpretes.

El profesional de la salud 3 sugiere que estas interacciones «rompen un poco la tensión que puede haber y pueden ayudar a que el paciente se sienta más cómodo y que nosotros como profesionales sanitarios también nos sintamos más cómodos, dependiendo de lo que tengamos que transmitir».

Además, el profesional de la salud 4 esclarece que el simple hecho de «haber tenido un intercambio de palabras de tan solo diez segundos fuera de consulta mientras el paciente espera» va a propiciar que «la percepción que ese paciente va a tener de ti va a ser muy buena» y que entonces «contará la verdad de si cumple su tratamiento terapéutico porque no se va a sentir juzgado».

Además, los entrevistados confirman que estas conversaciones ayudan a reducir la ansiedad o el estrés del paciente durante la consulta, como argumentan Macdonald (2016) y Valero Garcés (2014) en sus respectivos trabajos y se aborda en el apartado 3.3.2 sobre las conversaciones triviales en la interpretación médico-sanitaria. Ya que «el mismo hecho para acudir a un establecimiento sanitario pues, a mucha gente le genera ansiedad, le genera estrés, le genera emociones negativas. Especialmente en el caso de personas extranjeras, con barrera lingüística, que están fuera de su lugar, que no saben cómo expresarse o no entienden exactamente lo que, una parte o todo lo que está pasando» (profesional de la salud 2).

Y no solo reducen el estrés de los pacientes, sino que también facilitan el trabajo de los profesionales pues como explica el profesional de la salud 3 «la mitad del trabajo está hecho si esa persona se siente cómoda en ese momento y está tranquila, porque está más receptiva, entiende mejor lo que le estás diciendo y tiene la libertad de poder hacerte las preguntas que quiere hacer en ese momento, si no, se van a casa con un montón de dudas».

#### 4. Impacto de la empatía y las conversaciones triviales en la adherencia al tratamiento

A excepción de un entrevistado, todos los profesionales de la salud coinciden con Aranguri *et al.* (2006) en que estas estrategias pueden afectar la adherencia emocional del paciente al tratamiento médico al que se está sometiendo de forma positiva. No obstante, no se debe

confundir la adherencia con la efectividad, como explica el profesional de la salud 5 «mejorar el tratamiento como tal no, sí que mejora el que el paciente quizá confíe en ese tratamiento». Lo que ocurre es que «se establece un vínculo de confianza que te da credibilidad, el paciente te considera una persona creíble y, por tanto, bueno, pues no abandona el tratamiento ni lo pone en duda en ningún momento. Luego ya el que funcione o no, la eficacia del tratamiento, es otra historia».

El profesional de la salud 4 refuerza esta teoría afirmando que «un paciente que se siente comprendido y que nota al profesional más cercano con su postura, su forma de transmitir la información va a tener indirectamente resultados en la satisfacción y salud del paciente» y que, por lo tanto, «los pacientes que se sienten comprendidos suelen tener un manejo eficaz de su régimen terapéutico que es lo más importante para su salud».

#### 5. Formación en habilidades de comunicación empática

La mayoría de los proveedores de salud entrevistados coinciden en que una manera de mejorar las habilidades de comunicación empática de los profesionales sanitarios es «a través de cursos y talleres» (profesional de la salud 2) «en los que se enfatice la importancia de la empatía [...] para [conseguir] una buena comunicación y trato al paciente» (profesional de la salud 4).

Además, el profesional de la salud 3 expresa que estas habilidades no se trabajan solo durante la formación académica, «sino a lo largo de toda nuestra profesión» y «s'ensena en el día a día»<sup>5</sup> (profesional de la salud 1). En la misma línea, el profesional de la salud 2 revela que «mucho más que esos cursos, me ha aportado realmente fichar a las personas un poco que, que me ha parecido. Y yo identificar las cualidades, o sea, las maneras de hablar o las maneras de comunicarse de unas personas que me parecían que hacían algo, que estaba super bien explicado, esto es correcto, esto bien hecho... Y, de hecho, también de otros las actitudes que evitar. Eso aparte, se aprende».

En contraposición, el profesional de la salud 5 opina que «no hay ninguna formación» para esto y que «una persona es empática o no lo es. Y eso es por su carácter, por su forma de ser, por lo tanto, no es que digamos que en la carrera de enfermería o en la carrera de medicina, que hubiera una asignatura específica de empatía, no». Esto puede deberse al hecho de que «quan es formes en el MIR, nosaltres tenim una unitat de formació i a ells els fan cursos. Els del hospital no tenen unitat de formació, és el mateix servici, aleshores si no són ells mateixa els que s'apunten o els obliguen a fer un curs»<sup>6</sup> no se forman, explica el profesional de la salud 1.

---

<sup>5</sup> Traducción: «se aprende en el día a día».

<sup>6</sup> Traducción: «cuando te formas en el MIR, nosotros tenemos una unidad de formación a ellos les hacen cursos. Los del hospital no tienen unidad de formación, es el mismo servicio. Entonces, si no son ellos mismos los que se apuntan o les obligan a hacer un curso».



Considerando esta realidad, todos los entrevistados coinciden con Valero Garcés (2005) y Çoban y Albiz Telci (2016) en que se debe hacer hincapié en la necesidad de que la formación tenga en cuenta estos aspectos y podría solucionarse «dándole importancia a la formación en comunicación desde los propios grados de ciencias de la salud y, una vez ya sean profesionales» en palabras del profesional de la salud 3.

Y como enfatiza el profesional de la salud 2, no debemos pasar por alto que «es algo que hay que ir aprendiendo a la par de la medicina, y después continuar durante el proceso de formación y no solo para los médicos residentes, sino ya para los facultativos porque eso es al final un aprendizaje constante».

#### **4.2.2 Análisis y resultados de las entrevistas a los intérpretes médico-sanitarios**

A continuación, se llevará a cabo un análisis de la muestra de las cinco entrevistas realizadas a los intérpretes médico-sanitarios. Estas nos permiten tanto analizar las experiencias y desafíos a los que se enfrentan en la práctica, como las estrategias que emplean para garantizar una comunicación eficaz y de calidad.

Los intérpretes informantes provienen de diversos contextos laborales, lo que nos brinda una diversidad de experiencias y perspectivas. A través de esta diversidad, se pretende arrojar luz sobre los aspectos críticos de la práctica profesional del intérprete médico-sanitario en la que se incluye la empatía, la gestión de situaciones emocionalmente cargadas y el impacto de las conversaciones triviales en la calidad de la atención médica.

##### **1. Experiencia y papel del intérprete médico-sanitario**

Los entrevistados coinciden en que su profesión es «una tarea muy bonita y muy enriquecedora, pero también dura cuando toca comunicar malas noticias» (intérprete 1). El intérprete 2 esclarece que «en el ámbito sanitario [el intérprete] es la persona de referencia del paciente de habla extranjera en todas las etapas del tratamiento del paciente». Y como exponen Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez (2022) en su investigación, el intérprete 4 subraya la idea de que «el papel de un intérprete médico es el de ser puente entre pacientes de otros países y la dinámica sanitaria española».

Dependiendo del contexto laboral de donde provienen, los intérpretes desempeñan tareas que difieren. Aquellos que trabajan en clínicas privadas asumen normalmente el rol de «asesor del paciente en el hospital y gestionan los servicios prestados, las citas y en general toda la comunicación paciente-centro, evitando cualquier *qui pro quo* que pueda ocurrir entre ambos» (intérprete 2), este ejemplo coincide con lo recogido en el apartado 3.1.1 sobre la interpretación médico-sanitaria en la provincia de Alicante. Esta idea se ve reforzada por el intérprete 5 que expone que, en el hospital privado donde trabajaba, su «papel consistía en acompañar a los

pacientes que provenían de cruceros y yates a las consultas médicas para interpretar y, posteriormente, traducir los informes».

Como se expone en el apartado 3.1 sobre la interpretación médico-sanitaria, esto es algo muy común en todo el país, ya que la legislación vigente no proporciona servicios lingüísticos para la población alófono en los sistemas de prestación de servicios sanitarios públicos. Lo que explica «que precisamente porque la privada ofrece unos servicios de idiomas más amplios que la pública, [los pacientes extranjeros] suelen verse más atraídos a nuestros servicios» (intérprete 4).

## 2. Desafíos que enfrentan los intérpretes médico-sanitarios

En lo que concierne a los desafíos más comunes a los que los intérpretes deben hacer frente, encontramos «la barrera lingüística y otras barreras socioculturales, pudiendo llegar a provocar incidentes en la asistencia al paciente internacional» (intérprete 2). El intérprete 4 explica que «el desafío viene del paciente cuando no entiende los procesos a seguir o que cierta receta no se le puede recetar o que tiene que acudir a urgencias porque su vida puede correr riesgo». El intérprete 5 subraya la necesidad de tomar en consideración la «sensibilidad cultural». Algo que como bien explican Sánchez-Reyes y Martín Casado (2005) y Pérez Estevan (2023b), solo los intérpretes con formación profesional pueden garantizar.

Además, el intérprete 3 menciona la dificultad añadida de no disponer de mucho tiempo en la consulta, aclara que «se necesita mucho tiempo para transmitir la información de un idioma a otro; y a eso le sumas tiempo extra cuando el paciente tiene dudas». El intérprete 5 respalda esta idea añadiendo que «no podemos olvidarnos de las limitaciones de tiempo y recursos».

También es importante mencionar, que pese al gran volumen migratorio que recibe nuestro país año tras año, como se expone en el apartado 3.1.1 sobre la interpretación médico-sanitaria en la provincia de Alicante, aún existen profesionales de la salud que no conocen la figura del intérprete. En su experiencia personal, el intérprete 1 manifiesta que «hace años no se contaba con casi intérpretes y parecía que éramos un sector un poco extraño para muchos profesionales sanitarios. Con el tiempo, el desafío de que contasen con nosotros ha ido cambiando hasta incluso agradecerme en muchas ocasiones mi presencia». Además, a causa del desconocimiento de la profesión por parte de los profesionales sanitarios, comenta haber hecho frente a «algún desafío más bien lingüístico porque les puede parecer extraño que hablemos en primera persona o que deban mirar al paciente en lugar de al/a la intérprete», aspectos que un intérprete *ad hoc* pasaría por alto a causa de no haber recibido una formación (Sánchez-Reyes y Martín Casado, 2005; Pérez Estevan (2023b)).

## 3. Empatía en la práctica de la interpretación médico-sanitaria

Todos los entrevistados coinciden en que la empatía contribuye a respetar y valorar la diversidad cultural de los pacientes alófonos durante el ejercicio de la interpretación médico-sanitaria. «La diversidad cultural de los pacientes es un hecho que debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar cualquier comunicación», aclara el intérprete 2. «No sólo somos los encargados de vigilar los pasos de nuestros pacientes, sino que nos debemos adelantar a cualquier acción que pudiera provocar descontento u ofensa por incompatibilidad de nuestras culturas» añade.

En la misma línea, el intérprete 4 coincide con Krystallidou *et al.* (2020) en que los intérpretes, al igual que el personal sanitario, necesitan poseer habilidades para detectar las señales del paciente, evaluarlas y expresarlas de forma correcta y adecuada; y puntualiza que «si no entiendes a la persona y su contexto, te será muy difícil entender los miedos y preocupaciones del paciente». Y el intérprete 5 esclarece, además, que esta habilidad nos permite «un reconocimiento de las diferencias culturales, fomenta la colaboración y promueve la equidad en la atención médica».

En lo que respecta a cómo se relaciona la empatía con los principios éticos fundamentales de la interpretación médico-sanitaria, como la imparcialidad y la confidencialidad (Navaza, 2014), los intérpretes destacan que «la empatía es un eje que permite ser imparcial y confidencial para realizar un buen trabajo» (intérprete 1). Asimismo, el intérprete 2 aclara que «empatizar con el paciente es vincularse de manera observacional. No es incompatible con la objetividad ni con la imparcialidad». No obstante, «son tres términos que no deben mezclarse. Sí debes tenerlos como intérprete, pero sabiendo siempre establecer el límite. Y muy importante, hacer que el paciente también entienda ese límite» (intérprete 3).

Esto es imprescindible, ya que «a pesar de comprender las emociones del paciente, el intérprete no debe permitir que sus propias opiniones o sentimientos influyan en la interpretación, puesto que puede llevar a diagnósticos erróneos» (intérprete 5). Como explica el intérprete 3 «el profesional sanitario siempre se va a mantener imparcial, y tú [el intérprete], por tanto, debes también hacerlo».

Como bien establece el intérprete 5, «la empatía ayuda al intérprete a comprender la perspectiva del paciente sin perder su objetividad» y para ello los intérpretes necesitan «observar la situación y trasladar la información objetiva y que ésta sea recibida de manera que se pueda comprender» (intérprete 2).

Existen numerosas estrategias que permiten a los intérpretes médico-sanitarios equilibrar el hecho de sentir empatía por los pacientes con la necesidad de mantener la objetividad y la imparcialidad en la práctica profesional. El intérprete 4 comparte algunas de ellas entre las que se encuentran:

1. Escucha activa.
2. Inteligencia social.
3. Conocimiento profundo de las situaciones que se dan en los países de donde vienen los pacientes.
4. Ser directo y avisar al paciente de la figura que tengo en la consulta en mi introducción (*I will be your medical interpreter in this consultation, the doctor will assist you with any medical doubt that may arise*).
5. Controlar las pausas, silencios y ser ágil a la hora de saber interrumpir para poder tomar notas si es necesario.
6. *Chit chat* antes y después de la consulta, pero nunca durante la consulta.

El intérprete 4 hace alusión, en la sexta estrategia, a una cuestión que no podemos pasar por alto, coincide con Major y Napier (2019) en que las conversaciones triviales deben suceder en las fases de apertura y cierre de la consulta, pero nunca durante la misma. Pues por muy centradas en el paciente que estén estas interacciones esporádicas, pueden entrar en conflicto con los objetivos de la consulta en curso (Benwell y McCreddie, 2016).

Las estrategias mencionadas por el intérprete 4 implican una percepción de las emociones y la expresión, empatía, conciencia social, asertividad, adaptabilidad y automotivación. Características interpersonales que, como sostiene Hubscher-Davidson (2013), son cruciales para que la práctica de la interpretación médico-sanitaria sea de calidad.

En la misma línea, como argumenta el intérprete 5 «establecer límites claros, separar los roles y practicar la escucha activa son estrategias clave en este aspecto» que permiten que la empatía se mantenga en armonía con los principios éticos fundamentales en la interpretación médico-sanitaria.

#### 4. Manejo de situaciones emocionalmente cargadas

Como ya se ha mencionado anteriormente, los intérpretes actúan como puentes (Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez, 2022) esenciales en la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes. Esta práctica implica tener que gestionar dinámicas emocionales complejas que pueden surgir durante las consultas médicas. En particular, las situaciones emocionalmente cargadas presentan desafíos significativos que los intérpretes deben manejar con destreza para conseguir una comunicación clara y efectiva.

Una de las estrategias que suelen utilizar es «mantener la calma y centrarse en la tarea» (intérprete 5). Como explica el intérprete 1, ser empático «no quiere decir llevarse los problemas ni preocupaciones de otros a casa, sino más bien hacer sentir bien a las personas durante su consulta médica». El intérprete 5 recalca que «hay que ser neutral lingüísticamente y, en

situaciones complicadas, buscar apoyo para procesar las emociones y mantener la claridad y la objetividad en el trabajo».

No obstante, es importante recalcar que si la situación supera al intérprete siempre se debe «buscar apoyo» (intérprete 5). En su experiencia personal, el intérprete 1 comenta que «si alguna consulta me ha afectado demasiado suelo practicar alguna meditación posterior para mi bienestar, pero siempre sabiendo que como intérprete médico me voy a enfrentar a consultas complicadas en muchas ocasiones».

##### 5. Conversaciones triviales en la práctica de la interpretación médico-sanitaria

Todos los entrevistados coinciden en que las conversaciones triviales facilitan la construcción de relaciones empáticas entre profesionales de la salud y pacientes alófonos durante la práctica de la interpretación.

El intérprete 1 recalca que estas interacciones son «una estrategia que suelen utilizar los profesionales en muchas ocasiones para establecer una relación de confianza con los pacientes», como demuestran Robb y Greenhalgh (2006) en su estudio. Además, el intérprete 3 revela que él mismo hace uso de esas estrategias, inicia conversaciones de este tipo con pacientes «sobre cualquier tema del país de donde vienen o de deporte» y afirma que «sí funciona» para construir relaciones empáticas.

El intérprete 5 manifiesta que estas conversaciones «ayudan a crear un ambiente acogedor y humanizan al profesional». Además, coincide con Dunbar (1996) argumentando que esta estrategia «ayuda a fomentar la confianza» y también con Macdonald (2016) y Valero Garcés (2014) en que además permite «reducir la ansiedad y establecer conexiones culturales» en consulta.

Del mismo modo, también comparten que estas conversaciones tienen un impacto positivo en la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes durante la interpretación. El intérprete 5 considera que «se produce un acercamiento inconsciente entre el profesional y el paciente», pues como hallaron Penn y Watermeyer (2012) en su investigación, las conversaciones triviales sirven para enmarcar los niveles de comodidad, y se suelen utilizar para alinear al intérprete y al paciente.

Además, recalcan que «la confianza del paciente en el profesional es muy importante en cuanto al tiempo de recuperación del paciente: a más confianza, más rápida recuperación» (intérprete 2). Evidenciando que estas interacciones, aparentemente irrelevantes, influyen positivamente en la adherencia emocional de los pacientes al tratamiento al que se están sometiendo, como exponen Aranguri *et al.* (2006) en su estudio.

Cabe destacar que, a pesar de que muchos de estos intercambios banales se producen entre el profesional de la salud y el paciente, el intérprete 3 coincide con Van De Mieroop (2016) manifestando que estas conversaciones también se producen entre el intérprete y el paciente debido «al hecho de que los profesionales no disponen de tanto tiempo como para entablar una conversación que no tenga que ver con el motivo de la consulta».

#### 6. Impacto de las conversaciones triviales en la calidad de la atención médico-sanitaria

El intérprete 1 declara haber mantenido conversaciones de este tipo con el paciente «en la sala de espera» y el intérprete 5 comparte que «cuando iba a recepción a recoger a los pacientes, les preguntaba de dónde venían, si ya habían visitado la ciudad, los planes que iban a hacer al salir de la consulta, etc». Lo que propiciaba que «el camino hacia la consulta se hacía más ameno y se creaba un ambiente acogedor».

El intérprete 3 argumenta que «a lo largo del día puedes pasar muchas horas “muertas” esperando a ser atendido por el sanitario. Este tiempo viene bien para conocer a la otra persona, para conocer un poco su vida y recopilar información que pueda serte útil en la consulta médica». No obstante, es importante hacer hincapié en que «la conversación entre intérprete y paciente suele ser fundada. Es decir, el primer contacto es operativo: cubrir las necesidades inmediatas del paciente (cita, servicios, presupuestos, etc.)» (intérprete 2). Y ya «durante los sucesivos contactos, se suelen compartir información útil para el intérprete en el acompañamiento y mejor asistencia del paciente (fumador, alergias, etc.)» (intérprete 2).

Sin embargo, es de vital importancia establecer límites, pues a pesar de que esta estrategia «ayuda a establecer un núcleo de confianza» (intérprete 1), algo crucial de conformidad con lo expuesto por Robb y Greenhalgh (2006), es imperativo «saber dónde están los límites y qué papel tenemos los intérpretes para que no nos consideren una figura amiga que pueda tener consecuencias negativas» (intérprete 1).

Algunos entrevistados confirman haber experimentado situaciones en las que estas conversaciones han sido especialmente efectivas para mejorar la comunicación entre el proveedor de salud y el paciente. El intérprete 5 explica que «si antes de entrar a consulta se ha producido una conversación trivial, después, durante la consulta médica, el paciente se siente más cómodo y confiado gracias a la conexión establecida con el intérprete previamente lo que facilita la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud, ya que el paciente se siente más dispuesto a compartir sus preocupaciones y preguntas con el intérprete», evidenciando las conclusiones obtenidas por Hsieh y Jung Hong (2010), quienes observaron en su estudio que los pacientes se sienten más cómodos y dispuestos a revelar información a los profesionales sanitarios si entablan una pequeña conversación con los intérpretes.

Además, los entrevistados coinciden en que estas conversaciones pueden ayudar a reducir la ansiedad o el estrés del paciente durante la consulta, cuestión abordada por Macdonald (2016) en su estudio. Una habilidad que, de acuerdo con Hubscher-Davidson (2013), el intérprete-sanitario debe poseer. El intérprete 1 explica que «dependiendo del carácter del paciente, siempre se intentará que éstos se encuentren lo más cómodos posible (salvaguardando la complicación médica existente)». El intérprete 3 refuerza esta idea argumentando que esta estrategia «es una forma muy eficaz de no estar pensando todo el rato en el problema existente» y, en la misma línea, el intérprete 5 añade que además «distráe al paciente, promueve un sentido de normalidad y crea un ambiente relajado».

Para constatar sus aportaciones, el intérprete 1 detalla una situación en la que «una paciente me contó cuántos hijos tenía, qué tratamientos de fertilidad había pasado y simplemente fue una conversación que a ella le vino bien para desahogarse antes de entrar a la consulta. Yo no juzgué ni nada, simplemente me limité a escuchar que es lo que necesitamos las personas en muchas ocasiones». Esta conversación propició que «esta mujer que comento en el caso anterior pudo tomar la medicación (estrógenos) que quería puesto que contó su experiencia previa y el profesional sanitario aceptó».

Empero, no se debe pasar por alto el hecho de que existen ciertas situaciones en las que las conversaciones triviales pueden resultar no ser apropiadas o efectivas en el contexto médico intercultural. Por ejemplo, como pone de manifiesto el intérprete 5, «en culturas donde se valora la formalidad, pacientes con preocupaciones graves o que prefieren mantener la privacidad o cuando nos encontramos con barreras idiomáticas o culturales».

Una de las cualidades que un intérprete debe poseer consiste en «ser avisado para saber si esa persona [el paciente] por razones culturales no le ha sentado bien la pregunta realizada [por el profesional de la salud]» (intérprete 1). Pues como Krystallidou *et al.* (2020) manifiestan, los intérpretes han de poseer habilidades para detectar las señales del paciente, evaluarlas y expresarlas de forma correcta y adecuada. Y, en consecuencia, mostrar comportamientos comunicativos que tengan en cuenta las implicaciones de las situaciones.

Como bien argumenta el intérprete 4, a fin de cuentas «cada paciente es un mundo y tienen contextos diferentes, pero si les muestras tu empatía, tus ganas de ayudar, ellos también ayudan». Y esta es la clave para la obtención de una atención sanitaria de calidad que los pacientes alófonos merecen, como ponen de manifiesto Smedley *et al.* (2003); Abril Martí y Martín (2011), Al Shamsi *et. al.*, (2020) y Pérez Estevan (2023a).

### **4.2.3 Conclusiones del análisis**

Es importante recordar que este estudio tiene ciertas limitaciones, como la naturaleza subjetiva de las experiencias relatadas por los entrevistados y la posibilidad de sesgos inherentes a lo largo del proceso de entrevista. Sin embargo, se han intentado minimizar estos sesgos y los resultados se han analizado cuidadosamente en función de su contexto y validez.

La revisión de los análisis realizados tanto a las entrevistas planteadas a los proveedores de salud como a los intérpretes médico-sanitarios arroja conclusiones esenciales sobre la comunicación efectiva en el ámbito de la atención sanitaria. Se ha puesto en evidencia que ambos colectivos afrontan desafíos lingüísticos y culturales en su día a día que pueden obstaculizar la interacción con pacientes alófonos. Y como se puede comprobar en las respuestas de los informantes, la empatía y las conversaciones triviales emergen como aspectos esenciales para superar estos obstáculos y conseguir una comunicación efectiva y de calidad.

El papel de los intérpretes es crucial, pues realizan la función de puentes culturales entre pacientes y profesionales de la salud. Y en el ejercicio de este rol, la capacidad de comprender las necesidades y preocupaciones de los pacientes, independientemente de su origen cultural, resulta fundamental para establecer vínculos interpersonales de confianza y proporcionar una atención de calidad centrada en el paciente.

En definitiva, la colaboración entre proveedores de salud e intérpretes médico-sanitarios se revela como un elemento clave para superar con éxito los desafíos que puedan surgir en el transcurso de la consulta y garantizar una atención sanitaria equitativa y de calidad para los pacientes alófonos.

## **5. Conclusiones**

Podemos concluir que la investigación desarrollada en este Trabajo de Fin de Grado ha sido exitosa, pues ha logrado obtener resultados consistentes con las premisas iniciales de las que partía el estudio. Al comparar la literatura existente, expuesta en el marco teórico, sobre la materia y su puesta en práctica reflejada en el análisis de las entrevistas, concluimos que los objetivos propuestos se han cumplido.

La realidad de la práctica profesional refleja que la empatía resulta ser una habilidad fundamental en el ámbito de la interpretación médico-sanitaria. Las experiencias de los informantes ponen en evidencia las premisas expuestas en la literatura vigente, demostrando que la empatía es una capacidad que permite a los intérpretes establecer conexiones significativas entre pacientes y profesionales de la salud. Y que, además, propicia una comunicación más efectiva y una atención centrada en el paciente, promoviendo así una atención de calidad durante la consulta médica.



Asimismo, concluimos que, efectivamente, las conversaciones triviales desempeñan un papel crucial en la construcción de relaciones interpersonales en el contexto médico-sanitario como han relatado los informantes. Estas interacciones informales contribuyen a crear un ambiente de confianza y comodidad que favorece una comunicación abierta y empática entre las partes involucradas. Y, además, ayudan a disipar la ansiedad y el estrés que pueden ocasionar las consultas de esta índole.

Como exponen los informantes, el impacto de estas conversaciones en la calidad de la atención sanitaria es notable. Estos breves intercambios intencionales pueden mejorar significativamente la experiencia del paciente alófono, promoviendo una mayor comprensión entre profesionales de la salud y pacientes de diversas culturas y contextos lingüísticos. Algo muy necesario en el contexto sanitario español, donde los centros públicos todavía no cuentan con intérpretes profesionales en plantilla.

Como se puede observar en el perfil de los intérpretes informantes, dos de ellos trabajan de forma *freelance* y tres de ellos en centros privados. Una realidad que demuestra que aún queda mucho trabajo por hacer en este sector, pues en un país que recibe tal volumen migratorio año tras año, la necesidad de instaurar servicios de interpretación en centros públicos de atención sanitaria es urgente. La carencia de dichos servicios no solo limita el acceso equitativo a la salud para los pacientes alófonos, sino que también compromete la calidad de la atención sanitaria proporcionada.

La implementación de estos servicios en centros públicos de atención sanitaria no solo garantizaría una atención de calidad, sino que también promovería la inclusión y el respeto por el derecho de todos los pacientes, independientemente de su origen cultural o lingüístico. En un sistema sanitario de un país que recibe un volumen migratorio tan grande, la incorporación de estos servicios lingüísticos en centros públicos de atención sanitaria es una necesidad vital y una medida de justicia social.

Por otro lado, cabe destacar lo fundamental que resulta para los intérpretes médico-sanitarios que se reciba formación específica en habilidades comunicativas, incluida la capacidad de propiciar conversaciones triviales de manera efectiva. De la misma forma que los profesionales de la salud también pueden beneficiarse de una mayor sensibilización sobre la importancia de estas interacciones informales en el proceso de la atención sanitaria.

En esta investigación se ha cumplido con lo propuesto, no obstante, la muestra se podría ampliar en un estudio futuro para observar con más detalle cómo integrar de manera más efectiva las estrategias relacionadas con la empatía y las conversaciones triviales en la formación de intérpretes y profesionales de la salud, así como su impacto a largo plazo en los resultados clínicos

y la satisfacción del paciente. Estos pasos adicionales podrían contribuir significativamente a mejorar la calidad y la eficacia de la interpretación médico-sanitaria en el futuro.

## 6. Referencias bibliográficas

- Abril Martí, M.I. & Martín, A. (2011). La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. In F.J. García Castaño, & N. Kressova (Eds.), *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1521-1534). Instituto de Migraciones.
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: a systematic review. *Oman medical journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>
- Alvaro Aranda, C., & Lázaro Gutiérrez, R. (2022). Functions of small talk in healthcare interpreting: an exploratory study in medical encounters facilitated by healthcare interpreters. *Language and Intercultural Communication*, 22(1), 21-34. <https://doi.org/10.1080/14708477.2021.2024842>
- Angelelli, C. (2019). *Healthcare interpreting explained*. Routledge.
- Aranguri, C., Davidson, B., & Ramirez, R. (2006). Patterns of communication through interpreters: A detailed sociolinguistic analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 623–629. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00451.x>
- Balint, M, Hunt, J., Joyce, D., Marinker, M., & Woodcock, J. (1970) *Treatment or diagnosis: A study of repeat prescriptions in general practice*. J.B. Lippincott.
- Benwell, B., & McCreddie, M. (2016). Keeping “small talk” small in health-care encounters: Negotiating the boundaries between on- and off-task talk. *Research on Language and Social Interaction*, 49(3), 258–271. <https://doi.org/10.1080/08351813.2016.1196548>
- Bickmore, T., & Cassell, J. (2005). Social dialogue with embodied conversational agents. In: J.C.J. van Kuppevelt, L. Dybkjær, N.O. Bensen (Eds.), *Advances in natural multimodal dialogue systems* (Vol. 30, pp. 23-25). Springer. [https://doi.org/10.1007/1-4020-3933-6\\_2](https://doi.org/10.1007/1-4020-3933-6_2)
- California Healthcare Interpreters Association. (2002). *California Standards for Healthcare Interpreters Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention*. Sacramento: The California Endowment. [https://chia.wildapricot.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards\\_chia.pdf](https://chia.wildapricot.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf)
- Çoban, F., & Albiz Telci, Ü. (2016). The role and importance of emotional intelligence in the acquisition of translation skills and translator training: does a translator or interpreter need emotional intelligence? *The Journal of International Lingual, Social and Educational Sciences*, 2(2), 118-125.

- Comunidad Valenciana. Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 28 de enero de 2003, núm. 48, pp. 587 a 7595. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2003/01/28/1>
- Comunidad Valenciana. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 10 de febrero de 2014, núm. 35, pp. 11133 a 11181. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2014/12/29/10>
- Coupland, J. (2000). *Small talk*. Routledge.
- Davis, M. H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. [https://www.uv.es/friasnav/Davis\\_1980.pdf](https://www.uv.es/friasnav/Davis_1980.pdf)
- Davis, M. H. (1996). *A Social Psychological Approach*. Westview Press.
- Díaz Zaragoza, P.J., Barceló Mira, M.V. (2023). *Aproximación estadística a la población extranjera en la provincia de Alicante 2023*. Asociación de Solidaridad con los Trabajadores Inmigrantes (ASTI Alicante). <https://astialicante.org/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-Aproximacion-estadistica-2023-.pdf>
- Dunbar, R. (1996). *Grooming, Gossip, and the Evolution of Language*. Harvard University Press.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987) *Empathy and its development*. Cambridge University Press.
- España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126 a 40132. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Revista Anales de Psicología*, 24(2), 284-298. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42831>
- Foulquié Rubio, A. I., & Beteta Fernández, D. (2020). Communication issues during triage in a paediatric emergency department. In E. Nga Shan Ng. & I. H. M. Crezee (Eds.), *Interpreting in Legal and Healthcare Settings: Perspectives on research and training* (pp. 243-261). John Benjamins.
- Gómez Fayos, I. (2022). *Análisis de la situación de la traducción e interpretación en los servicios públicos de la comunidad valenciana tras la pandemia de COVID-19*. [Trabajo Final de Máster, Universidad de Alcalá]. Biblioteca digital de la Universidad de Alcalá. <http://hdl.handle.net/10017/54657>
- Holmes, J. (2003). Small talk at work: Potential problems for workers with an intellectual disability. *Research on Language & Social Interaction*, 36(1), 65–84. [https://doi.org/10.1207/S15327973RLSI3601\\_4](https://doi.org/10.1207/S15327973RLSI3601_4)
- Hsieh, E. (2015). Healthcare interpreting. In F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge encyclopedia of interpreting studies* (pp.177-182). Routledge.

- Hsieh, E., & Jung Hong, S. (2010). Not all are desired: Providers' views on interpreters' emotional support for patients. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 192–197. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.004>
- Hubscher-Davidson, S. (2013). Emotional Intelligence and Translation Studies: A New Bridge. *Meta: Translators' Journal*, 58(2), 324-346. <https://doi.org/10.7202/1024177ar>
- Krystallidou, D., Bylund, C. L., & Pype, P. (2020). The professional interpreter's effect on empathic communication in medical consultations: A qualitative analysis of interaction. *Patient education and counseling*, 103(3), 521–529. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.027>
- Lázaro Gutiérrez, R. (2014). Use and abuse of an interpreter. In C. Valero Garcés (Ed.), *(Re) considerando ética e ideología en situaciones de conflicto: (Re) visiting ethics and ideology in situations of conflict* (pp. 214-221). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá. <https://uahmastercitisp.es/wp-content/uploads/2015/11/Valero2014-Reconsiderando-etica-conflicto.pdf>
- Macdonald, L. M. (2016). Expertise in everyday nurse–patient conversations: The importance of small talk. *Global Qualitative Nursing Research*, 3,1–9. <https://doi.org/10.1177/2333393616643201>
- Major, G., & Napier, J. (2019). “I’m there sometimes as a just in case”: Examining role fluidity in healthcare interpreting. In M. Ji, M. Taibi, & I. H. M. Crezee (Eds.), *Multicultural Health Translation, Interpreting and Communication* (pp. 183-204). Routledge.
- Malinowski, B. (1923). The Problem of Meaning in Primitive Languages. In C. K. Ogden, & I. A. Richards (Eds.), *The Meaning of Meaning* (pp. 296-336). London: K. Paul, Trend, Trubner. <https://annabellelukin.edublogs.org/files/2013/07/Ogden-and-Richards-Supplement-1-12vqydr.pdf>
- Matamoros Franco, N. M. (2000). Hermenéutica analógica, comunicación y empatía. *Analogía filosófica: revista de filosofía, investigación y difusión*, 14(7), 1-8.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-34). Basic Books.
- McCreddie, M., & Wiggins, S. (2008). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of advanced nursing*, 61(6), 584-595. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04548.x>
- Mercader, A. (2016, Junio 26) *Al médico, mejor con traductor, «please»*. Diario Información. <https://www.informacion.es/benidorm/2016/06/26/medico-mejor-traductor-please-6127835.html>
- Merlini, R., & Gatti, M. (2015). Empathy in healthcare interpreting: going beyond the notion of role. *The Interpreters' Newsletter*, 20, 139-160. <http://hdl.handle.net/10077/11857>

- Muñoz Zapata, A. P., & Chaves Castaño, L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? *Katharsis*, (16), 123-146.
- Navaza, B. (2014). Interpretación sanitaria y mediación intercultural. In B. M. Gutiérrez Rodilla y F. A. Navarro (Eds.), *La importancia del lenguaje en el entorno biosanitario* (pp. 9-16). Fundación Dr. Antoni Esteve. <https://www.esteve.org/capitulos/documento-completo-61/>
- Nevado Llopis, A. (2015). La influencia de los profesionales sanitarios en el reconocimiento y el desarrollo de la interpretación médica. *Monografías de Traducción e Interpretación*, 2, 185-216. <https://doi.org/10.6035/MonTI.2015.ne2.7>
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-m)
- Ortega Herráez, J. M., & Blasco Mayor, M. J. (2018). Radiografía (2006-2016) de la provisión de servicios lingüísticos en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana. In A. I. Foulquí Rubio, M. Vargas Urpi, & M. M. Fernández Pérez (Eds.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 171–202). Comares. <http://hdl.handle.net/10045/138400>
- Penn, C., & Watermeyer, J. (2012). When asides become central: Small talk and big talk in interpreted health interactions. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 391-398. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.016>
- Pérez Estevan, E. (2023a). Interpreter-Mediated End-of-Life Encounters in Spain: Mapping the Spanish Situation Based on Healthcare Providers' Input. In R. Lázaro Gutiérrez & C. Álvaro Aranda (Eds.), *New Trends in Healthcare Interpreting Studies. New Frontiers in Translation Studies*. (pp. 157-172). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-99-2961-0\\_8](https://doi.org/10.1007/978-981-99-2961-0_8)
- Pérez Estevan, E. (2023b). La voz de pacientes alófonos: un estudio exploratorio de sus experiencias con intérpretes sanitarios en España. *FITISPos International Journal*, 10(1), 112-125. <https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2023.10.1.349>
- Ragan, S. L. (2000). Sociable talk in women's health care contexts: Two forms of non-medical talk. In J. Coupland (Ed.), *Small talk* (pp. 269–287). Routledge.
- Robb, N., & Greenhalgh, T. (2006). “You have to cover up the words of the doctor”: the mediation of trust in interpreted consultations in primary care. *Journal of health organization and management*, 20(5), 434-455. <https://doi.org/10.1108/14777260610701803>
- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

- Sánchez-Reyes, S., & Martín Casado, M. (2005). Intérpretes profesionales e intérpretes 'ad hoc' en un entorno sanitario. In C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 139-146). Universidad de Alcalá. <https://uahmastercitis.es/wp-content/uploads/2015/11/TRAD-COMO-MEDIACION-LGS-Y-CULTURAS-2005.pdf>
- Sanz Moreno, R. (2018). La percepción del personal sanitario sobre la interpretación en hospitales. Estudio de caso. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 19(47), 67-75. <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n47-tribuna-1.pdf>
- Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (Eds.). (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12875>.
- Tracy, K., & Naughton, J. M. (2000). Institutional identity work: A better lens. In J. Coupland (Ed.), *Small talk* (pp. 62–83). Routledge.
- Valero Garcés, C., & Alcalde Peñalver, E. (2021). Empathy in PSI: where we stand and where to go from here. *FITISPos International Journal*, 8(1), 17-27. <https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2021.8.1.298>
- Valero Garcés, C. (2005). Emotional and Psychological Effects on Interpreters in Public Services. *Translation Journal*, 9(3). <https://translationjournal.net/journal/33ips.htm>
- Valero Garcés, C. (2014). Negotiation of meaning in medical consultations. In C. Valero Garcés (Ed.), *Health, communication and multicultural communities. Topics on intercultural communication for healthcare professionals* (pp. 123–150). Cambridge Scholar Publishing.
- Van De Mierop, D. (2016). Small talk in interpreted interactions in a medical setting. *Language and Intercultural Communication*, 16(2), 292-312. <https://doi.org/10.1080/14708477.2015.1117483>

## **7. Anexos**

### Anexo 1. Plantilla entrevista planteada a los profesionales de la salud

1. ¿Cómo describirías la importancia de establecer una conexión empática con los pacientes durante una consulta médica?
2. ¿Crees que la empatía puede mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a pacientes de diferentes culturas o con barreras lingüísticas?
3. ¿Cómo abordas las situaciones en las que las prácticas culturales o las creencias del paciente entran en conflicto con los estándares médicos occidentales?

4. ¿Crees que las conversaciones triviales contribuyen a crear un ambiente más cálido y empático, y, en consecuencia, proporcionan mayor calidad en una consulta médica?
5. ¿Crees que estas conversaciones pueden ayudar a reducir la ansiedad o el estrés del paciente durante la consulta?
6. ¿Alguna vez has mantenido una conversación trivial con un paciente fuera de consulta antes de entrar? Si es así, ¿puedes compartir tu experiencia?
7. ¿Consideras que la empatía y las conversaciones triviales pueden afectar la adherencia del paciente al tratamiento médico?
8. ¿Hay alguna formación específica que creas que sería beneficiosa para mejorar las habilidades de comunicación empática de los médicos?
9. Desde tu perspectiva, ¿cómo puede mejorar la formación médica en términos de enfatizar la importancia de la empatía y las conversaciones triviales en la práctica clínica?
10. ¿Has recibido algún tipo de formación durante tus estudios para trabajar con intérpretes?

## Anexo 2. Plantilla entrevista planteada a los intérpretes médico-sanitarios

### **Preguntas generales:**

1. ¿Cuál es tu experiencia trabajando como intérprete sanitario y cómo describirías tu papel en la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes de diferentes culturas y contextos lingüísticos?
2. ¿Cuáles son los desafíos más comunes que enfrentas al facilitar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes de diferentes culturas?

### **Bloque empatía:**

1. ¿Crees que una de las habilidades sociales que debe poseer un intérprete médico es ser empático?
2. ¿Crees que la empatía juega un papel importante en la interpretación médica, especialmente cuando se trata de pacientes de diferentes culturas y contextos lingüísticos?

3. ¿Crees que la empatía contribuye a respetar y valorar la diversidad cultural de los pacientes durante la interpretación médica?
4. ¿Cómo crees que la empatía se relaciona con los principios éticos fundamentales de la interpretación médica, como la imparcialidad y la confidencialidad?
5. Si utilizas estrategias relacionadas con la empatía como intérprete sanitario, ¿qué estrategias utilizas para equilibrar la empatía con la necesidad de mantener la objetividad y la imparcialidad en tu función como intérprete médico?
6. ¿Cómo manejas situaciones emocionalmente cargadas o difíciles durante las interpretaciones médicas?

**Bloque conversaciones triviales:**

1. ¿Crees que las conversaciones triviales facilitan la construcción de relaciones empáticas entre profesionales de la salud y pacientes durante una interpretación?
2. ¿Crees que las conversaciones triviales tienen un impacto positivo en la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes durante una interpretación médica?
3. ¿Alguna vez has mantenido una conversación trivial con un paciente fuera de consulta antes de entrar? Si es así, ¿puedes compartir tu experiencia? ¿Crees que eso facilitó el intercambio lingüístico en consulta?
4. ¿Has experimentado situaciones en las que las conversaciones triviales hayan sido especialmente efectivas para mejorar la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente? Si es así, ¿podrías compartir un ejemplo?
5. ¿Crees que las conversaciones triviales contribuyen a crear un ambiente más cálido y empático, y, en consecuencia, proporcionan una interpretación de mayor calidad durante una consulta médica?
6. ¿Crees que estas conversaciones pueden ayudar a reducir la ansiedad o el estrés del paciente durante la consulta?
7. ¿Crees que hay ciertas situaciones en las que las conversaciones triviales podrían no ser apropiadas o efectivas en el contexto médico intercultural? ¿Por qué?