

Desencuentros culturales en el ámbito de la salud: las voces de los profesionales sanitarios y los pacientes extranjeros

Carmen Valero-Garcés* y Lissie Wahl-Kleiser**

Resumen: La cultura en el ámbito sanitario lo explica todo y, a la vez, explica nada. No obstante y sin excepción, todos estamos marcados profundamente por procesos de interconexión cultural. Esto es: profesionales sanitarios, pacientes, instituciones, intérpretes/mediadores y cada uno de nosotros como individuos. Nos detenemos en este estudio para observar: (1) el peso que el profesional sanitario le otorga a la cultura cuando atiende a pacientes en ámbitos de hiperdiversidad cultural; (2) el manejo concreto de la interacción e implementación del proceso sanitario por tres poblaciones —marroquí, china e hindú— en comunidades españolas específicas y; (3) la discusión de los retos así presentados dentro del ámbito sanitario español por parte de antropólogos con estudios regionales.

Palabras clave: interpretación médica, mediación cultural, percepción sanitaria sobre pacientes extranjeros, aproximaciones multidisciplinarias e interculturales a la salud, marroquíes, chinos, hindúes.

Cultural differences in healthcare: voices of healthcare providers and foreign patients

Abstract: In healthcare, culture can explain all or nothing. However, we all – healthcare providers, patients, institutions, interpreters-mediators, and all individuals – are without exception deeply affected by connections between cultures. In this article we consider: (1) the importance healthcare providers place on culture when caring for patients in highly diverse environments; (2) concrete management of interaction and compliance in provision of healthcare services to three populations – Moroccan, Chinese, and Hindu – in certain communities in Spain; and (3) the challenges present in Spain's healthcare system as addressed by anthropologists in regional studies.

Key words: medical interpretation, cultural mediation, healthcare providers' views on foreign patients, multidisciplinary and intercultural healthcare approaches, Moroccan, Chinese, Hindu.

Panace@ 2014; 15 (40): 315-328

Recibido: 12.IX.2014. Aceptado: 15.X.2014

1. Introducción

La enfermedad, la salud y la muerte son sucesos naturales. La conceptualización y representación que cada cultura hace de ellas son el resultado de procesos sociales. Más allá de los retos lingüísticos y terminológicos que pueda encontrar un intérprete médico yacen desafíos imperceptibles. Las palabras, términos, conceptos o prácticas que traduce un intérprete no garantizan de por sí el grado de comunicación que se aspira a lograr. Cada actor presente —del paciente al profesional de salud, el intérprete incluido— guarda paradigmas propios para definir la salud, la enfermedad, dolencias diversas, los múltiples factores biosociales tras estas, lo que incluye las comunidades culturales en las que se confía y con las cuales se comparten determinadas percepciones y prácticas.

Lo anterior revela conjuntos de desafíos culturales y su efecto sobre la práctica médica, a partir de la óptica del profesional médico y la de diversos grupos de pacientes. Los costos económicos y para la salud de no atender debidamente a pacientes con bajos presupuestos han sido discutidos

por Bischoff y Denhaerynck (2010), Hardt (2014), Hibbard *et al.* (2013), Hsieh (2013) y Putsch (s. f.), entre otros. En este caso nos servimos de casos surgidos de estudios realizados desde la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, sobre distintas interpretaciones de la salud, producto de la interrelación entre cultura y lenguaje. Veremos cómo los profesionales de salud perciben los retos creados a través de un estudio llevado a cabo en un centro de salud en Madrid. A continuación contrastaremos la visión de los profesionales de la salud con cuatro estudios de caso con diverso nivel de ahondamiento entre poblaciones árabe, china, nigeriana e hindú. A partir de ahí añadiremos algunas consideraciones sobre el papel de la antropología en el ámbito español, para concluir con un conjunto de desafíos que nuestro estudio genera.

2. La cultura en la medicina y la antropología

Las relaciones entre lenguas y culturas han sido tradicionalmente abordadas desde el área de la lingüística o análisis del discurso (Valero-Garcés, 2008; Wahl-Kleiser, s. f.). Sin

* Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España). Dirección para correspondencia: carmen.valero@uah.es.

** Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston (EE.UU.). Dirección para correspondencia: elizabeth_wahl@hms.harvard.edu.

embargo, desde diferentes áreas de conocimiento o disciplinas llegan voces que nos hablan de enfoques y modos distintos de acercarse y tratar las relaciones entre lenguas y culturas. Visibilizada en este estudio la influencia de la cultura en diversos retos, malentendidos, equívocos y reformulaciones ocurridas en el contexto sanitario, tomaremos nota del desafío que ello presupone en la formación del intérprete médico profesional. A partir de ahí reformularemos la visión resultante de la tradicional posición invisible que debe asumir un intérprete.

El concepto de cultura es a la antropología lo que el concepto de enfermedad a la medicina. En este escrito afirmamos que en la comunicación sanitaria la cultura es tan importante como los propios procesos lingüísticos. Introducimos en este apartado una nota aclaratoria respecto a la percepción de los fenómenos culturales dentro de la medicina a diferencia de la antropología, así como algunas formas de articularlas en el futuro en la formación del intérprete médico.

En la educación sanitaria contemporánea el concepto de cultura empleado está próximo al concepto clásico que entró en vigor al surgir la antropología como disciplina hacia fines del siglo XIX —vigente todavía al día de hoy en algunos círculos—. En 1871 Tylor (1975: 29) definió la cultura o civilización «como aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad». Unos 120 años más tarde en el contexto sanitario Cross (1989: iv) hace notar que la cultura «implica un patrón integrado de comportamiento humano que incluye pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e instituciones raciales, étnicas, religiosas o sociales». Carrillo *et al.* (1999: 829) definen la cultura a su vez como «un sistema compartido de valores, creencias y patrones de comportamientos aprendidos» (nuestra traducción).

Observamos en común en estas definiciones que la cultura es presentada como un fenómeno que cada uno lleva dentro y que facilita la confusión entre ideología y cultura y, de este modo, el desarrollo de estereotipos culturales (Knipper *et al.*, 2010; Taylor, 2003^a, 2003^b). Greene (2006) y Putsch (s. f.) notan la relación entre este tipo de cultura llevada en la mente con lo que en Estados Unidos son los ejercicios para lograr una competencia cultural, y los asocian al cumplimiento de la legislación antes que a la comprensión de los procesos culturales y los pacientes.

Cabe añadir que la definición brindada por Tylor (*op. cit.*) nace en el contexto del colonialismo inglés, estrechamente conectada a un concepto de evolución en el que la razón define el futuro y se coloca por encima de otras razones. Esta relación entre razones es frecuentemente observada en el sanitario profesional cuando contrapone la cultura biomédica a las demás culturas sanitarias. La ubicación del poder en el concepto clásico de cultura encuentra un paralelo cercano en el contexto sanitario contemporáneo, donde se intenta establecer la hegemonía biomédica a nivel global e imponer como única la razón médica o, como señalan Baraldi y Gavio-
li (2008), la «voz de la medicina» (*vid.* también DelVecchio,

2010 y DelVecchio *et al.*, 2008). Taylor (2003^a: 555) señala que la cultura médica se considera a sí misma «una cultura sin cultura», o, podríamos decir también, como la razón pura.

El concepto de cultura no se basa exclusivamente en un pasado, tradición, o serie de ideologías asociadas a un grupo humano (Knipper, 2013). Como apunta Wolf (1982: 387), la «cultura es mejor considerada como una serie de procesos que construyen, reconstruyen y desmantelan materiales culturales en respuesta a determinantes». En la antropología médica crítica y la medicina social estos últimos son los que se conocen como condiciones biosociales de la salud (Farmer *et al.*, 2013; Kim *et al.*, 2000; Kleinman/Benson 2006). Incluyen, entre otros, relaciones de poder, circunstancias migratorias y laborales, tipo de economía, nivel de violencia estructural y la propia logística material, lingüística y cultural requeridas para negociar la condición sanitaria (Abbe, 2011; Baer, 1996; Briggs, 2005 y 2003; Clark, 1983; Fassin, 2007; Kleinman *et al.*, 1997; Knipper, 2013; Lock, 2002; Navarro, 2014; Starr, 2013). La concepción biosocial de la salud aúna lengua, cultura y poder (Good *et al.*, 2010; Lock/Nguyen, 2010). A día de hoy, estos son componentes cotidianos de la hiperdiversidad cultural en curso en España y a nivel mundial (Hannah, 2011; Knipper, 2013; Willen/Carpenter Song, 2013; Schneider/Rapp, 1995). Una definición general y a su vez dialógica —en tanto que dinámica, contextual e interactiva— es desarrollada en relación a los procesos sanitarios por Guernaccia y Rodríguez (1996: 421), cuando señalan que la «cultura es a la vez producto de valores, normas y experiencias dentro de un orden social y de innovaciones e historias de vida individuales».

La comunicación dialógica, trabajada en el contexto de la interpretación médica postula que la comunicación se produce cuando la interacción se construye con la participación activa de cada actor presente, con lo que se establece la distinción entre la comunicación como texto y la comunicación como actividad (Putsch, s. f.; Wadensjö, 1998). El primer caso deriva en un monólogo; el segundo, en un diálogo. La dialogía constituye una aproximación y tipo de proceso que, con interpretaciones diversas desde su origen en los escritos de Volosinov (1986) y Bakhtin (1981), resalta como contraparte necesaria en la comunicación intercultural la participación activa de cada actor en la sala de examen médico. Este ejercicio, conocido como constructivismo, es un concepto crítico tanto en la antropología médica crítica como en la medicina social (Baer *et al.*, 1997; Guarnaccia, 2001; *vid.* también Singer/Erickson, 2011) y es obstaculizado en la práctica (Beltrán, 2001; Farmer, 2005; Putsch, s. f.; Wolf, 1999) por diversos factores biosociales frecuentemente camuflados en los desafíos lingüísticos, culturales y de poder que protagonizan la comunicación e interacción sanitaria en la sala de examen. El constructivismo tiene el potencial para abordar y negociar caso por caso la existencia de lo que Povinelli (2001) denomina los componentes inconmensurables e inconcebibles que forman parte de la hiperdiversidad contemporánea, dentro y fuera del contexto sanitario. El intérprete que visualizamos en el futuro es, así, el de una persona informada en diversos campos respecto

a los grupos con los que habrá de facilitar la comunicación intercultural y con capacidad para ejercer su trabajo de manera constructivista, valiéndose de una práctica activa antes que pasiva, neutra o invisible (Bahadir, 2001). Como describe Beltrán, «la lengua es más que una herramienta (...) contiene el poder de darle forma a la realidad» (Beltrán Avery, 2001: s. p.; nuestra traducción).

Los datos que presentamos a continuación describen patrones culturales en el contexto sanitario, tal y como son percibidos por el profesional médico y las diversas poblaciones que transmutan la comunicación e interacción médicas con base en condiciones biosociales. Provisionalmente, y a fin de ilustrar la presencia y el peso considerable de los factores culturales en sí dentro del sistema sanitario, dejaremos de lado las dimensiones de tiempo y espacio, así como las dinámicas biosociales, que a su vez inciden sobre las manifestaciones culturales. Nos centraremos exclusivamente en la variable cultural en el contexto sanitario, y tendremos siempre en mente que la cultura es un fenómeno vivo, un libro abierto sobre el cual se sigue escribiendo en proceso continuo, de adaptación, rechazo o redefinición.

3. Relaciones multiculturales. La opinión del profesional de la salud

3.1. El estudio

En este apartado presentamos los resultados de una investigación sobre el tipo y la calidad de la comunicación lingüística y cultural con la población extranjera en general en el Centro de Salud de Mejorada del Campo (Madrid) como ejemplo de centro al que acuden pacientes de diferentes países con lenguas y culturas diversas. Los datos provienen de encuestas realizadas a los profesionales del centro y a usuarios del mismo por Gómez Lozano (2012), en su trabajo titulado *Estudio comparativo para definir la comunicación lingüística (tipo y calidad) y cultural con la población extranjera en el Centro de Salud de Mejorada del Campo*. El estudio se presenta como una réplica del estudio de Valero-Garcés de 2001, titulado «Estudio para determinar el tipo y la calidad de la comunicación lingüística con la población extranjera en los Centros de Salud». El objetivo es contrastar los resultados y ver si en una década se observa algún cambio.

El corpus de Gómez Lozano consta de 43 encuestas distribuidas de la siguiente forma: 12 médicos (27%), 11 enfermeros (25%), 8 auxiliares administrativos (18%), 2 celadoras (5%), 1 trabajadora social (2%), 1 matrona (2%), 2 odontólogos (5%), 2 higienistas (5%) y 4 pediatras (9%). Los resultados y análisis de aquellas cuestiones que nos interesan los veremos a continuación.

3.2. Idioma utilizado para comunicarse

La mayoría de los encuestados profesionales de la salud encuestados (77%) afirma utilizar a menudo un español simplificado a la hora de comunicarse con pacientes extranjeros. Cabe destacar que el 50% del personal nunca ha utilizado el inglés a la hora de comunicarse. Tan solo un 25% de los encuestados ha utilizado en ocasiones un idioma diferente al inglés.

3.3. Características de la comunicación

El 93% de los encuestados afirma que es necesario utilizar el lenguaje corporal, el 86% asevera que los pacientes necesitan más tiempo para expresarse. Casi la mitad de los encuestados (49%) manifiesta que es fácil «imaginar» lo que quieren decir los pacientes extranjeros, respuesta que nos plantea la duda de si dicho ejercicio de imaginación se hace de acuerdo con los patrones de la propia cultura o si el profesional realmente conoce las diversas culturas y condiciones sociales de los pacientes. Los patrones difieren bastante y pueden surgir malentendidos. Tan solo el 30% manifiesta que las dificultades en la comunicación le restan tiempo para lo importante.

3.4. Quién posibilita la comunicación

Teniendo en cuenta que en España no hay servicio de interpretación establecido dentro de los hospitales o centros de salud, se preguntó quién hacía posible la comunicación. En las respuestas obtuvieron el mayor porcentaje, como era de esperar, los acompañantes de los usuarios (82% a menudo y 16% a veces). Tan solo el 25% de los encuestados (20% a veces y 5% a menudo) manifiesta que en alguna ocasión una tercera persona del centro de salud participó como facilitador de la comunicación. Casi la totalidad de los encuestados (95%) manifiesta no disponer de asesores en el centro de salud que hablen la misma lengua materna que los usuarios.

3.5. Relación de los intérpretes acompañantes con los pacientes

Con el fin de averiguar la experiencia y características de los acompañantes se preguntó sobre su relación con los mismos. Los resultados indican que suelen ser los cónyuges (61%) los que facilitan la comunicación entre paciente y profesional, seguidos de los hijos (59%) y, en el resto de los casos, otros parientes (48%), vecinos, amigos o conocidos (57%) que a veces hacen de intermediario.

3.6. Características de la intervención

La mayoría de los encuestados afirma que los acompañantes no tienen suficientes conocimientos médicos (81%), que hablan con los pacientes sin traducir todo lo que dicen (93%) y que ofrecen traducciones cortas de lo hablado entre ellos (90%). Cabe destacar que casi la mitad de los encuestados (45%) manifiesta que los acompañantes suelen hablar bien el español, respuesta que contrasta con los resultados del estudio de 2001 de Valero-Garcés, en el que se constata que los acompañantes no hablaban bien el español y carecían de vocabulario médico. La conclusión puede ser que se trata de acompañantes que llevan ya años residiendo en España.

3.7. Barreras en la comunicación

Persisten barreras de comunicación, de las cuales una de las más importantes es el hecho de que se invierte más tiempo en hablar con pacientes extranjeros (93%) que con autóctonos. Existen a su vez pocas posibilidades de obtener información de estos pacientes (86%), bien sea por falta de tiempo, por no saber cómo preguntar e, incluso, por la falta de concienciación de que pueden darse diferencias culturales significativas. El 57% manifiesta que estas barreras pueden

ocasionar un cumplimiento deficiente de la terapia y un 55 %, que pueden ocasionar equívocos al rellenar formularios. Este último porcentaje, sin embargo, pudiera estar sesgado por el rol que desempeña cada encuestado dentro del centro. Por ejemplo, un miembro del personal administrativo probablemente manifieste equívocos en los formularios, al no contar con la información requerida para evaluar el cumplimiento de una terapia determinada.

3.8. Opciones percibidas por los profesionales de la salud

En cuanto a las opciones que los profesionales sugieren para superar las barreras de comunicación, la mayor medida sugerida es que, en primer lugar, se disponga de un servicio de intérpretes dentro del centro de salud (48 %), seguido de un servicio telefónico de interpretación (45 %) y, en tercer lugar, la solicitud de intérpretes del exterior según sean demandados por cada departamento (41 %). A continuación se menciona la asistencia directa en el idioma de los usuarios (32 %) y el uso de los acompañantes de los usuarios (30 %). Estas últimas dos cifras contrastan con la realidad, dado que las personas que actúan como intérpretes son, según el estudio de Gómez Lozano (*op. cit.*), en su mayoría los propios acompañantes de los usuarios (82 % a menudo y 16 % a veces). La conclusión es que el profesional sanitario optaría por tener una asistencia profesional, aun cuando en la práctica no la usa al no estar generalmente disponible dentro del centro de salud.

3.9. Valoración de medidas futuras

La mayoría de los encuestados desea que se genere más material informativo y de modo urgente para los usuarios redactado en su propia lengua (43 %). Esta respuesta tal vez encuentre su explicación en la crisis del sistema sanitario en España en general, pues resultaría la más económica de las soluciones. Como medidas convenientes pero no urgentes restan, en primer lugar, la creación de un servicio de intérpretes propio dentro del centro de salud (48 %) y la creación de un puesto de trabajo externo, mediante el cual puedan solicitarse intérpretes (48 %). A estas dos medidas le sigue la de contar con una oferta de cursos en los idiomas más empleados (43 %).

3.10. La conciencia cultural en el sanitario es irrelevante

Apunta Gómez Lozano (*op. cit.*) que entre las medidas consideradas como irrelevantes se encuentra la formación en peculiaridades culturales del personal médico, que, aunque en un porcentaje no muy alto (30 %), hace pensar que, a menos que el intérprete o mediador que hace posible la comunicación advierta problemas debido a esas diferencias, los malentendidos o falta de información para emitir un diagnóstico o tratamiento pueden ser un problema pasado por alto.

3.11. Papel cultural del intérprete como elemento clave

El resultado arriba expuesto concuerda con las respuestas recibidas a la pregunta sobre la formación del intérprete, para la que se obtuvo el resultado de que los dos requisitos más importantes indicados por los profesionales de la salud son la discreción y reserva con un 73 %, seguida de un profundo co-

nocimiento de la cultura en cuestión (59 %). Son considerados irrelevantes la pertenencia a la misma cultura que el paciente (45 %) y la formación como intérprete jurado (41 %). Tales respuestas vienen a indicar que el profesional considera que es el intérprete y no el profesional sanitario el que debe de conocer las culturas, y que espera que sea aquel quien lo ayude en ese campo. Dicha percepción es diametralmente opuesta al ideal protocolar del intérprete invisible, que solo trasmite las palabras que le llegan.

3.12. La labor cultural del intérprete vista por el profesional sanitario

Los datos obtenidos sobre la opinión de los profesionales en relación con la labor del intérprete indican que los profesionales de la salud consideran como parte clave de la labor de intérprete tareas como advertir de equívocos que se generen a lo largo de la conversación (98 %), aclarar afirmaciones imprecisas preguntando directamente al usuario (90 %), simplificar las expresiones médicas a los usuarios (88 %), aclarar los tecnicismos médicos (88 %), resumir las declaraciones detalladas de los usuarios (83 %), cumplimentar cuestionarios y formularios con los usuarios (79 %) y explicar los trasfondos y significados poco claros de la cultura extranjera (71 %). El valor más bajo de la encuesta se refiere a la omisión de afirmaciones secundarias a fin de evitar la pérdida de tiempo (57 %). En definitiva, todo ello contribuiría a hacer visible al intérprete en su papel de enlace entre el profesional médico y el paciente.

3.13. Ausencia de un protocolo apropiado

Para terminar se les preguntó a los profesionales si existía un protocolo de actuación para hacer frente a los problemas de comunicación con los pacientes extranjeros. El 80 % de los encuestados consideró que no existe un protocolo eficiente. En cuanto a disponer de un servicio público de atención lingüística, el 55 % lo consideró importante, lo cual, unido al 32 % que lo considera imprescindible, supone un porcentaje muy alto (87 %) de profesionales que reclaman dicho servicio.

3.14. Conclusiones

Gómez Lozano, autora de este estudio, concluye con respecto a la interacción con población inmigrante puntos que, sin duda, reflejan a su vez el estado de la atención sanitaria en la actualidad en España:

- Dificultades de comunicación y de comprensión mutua
- Desconocimiento mutuo de referencias culturales
- Desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios de los problemas causados por las diferencias culturales, incluidos malentendidos en las relaciones, estereotipos y otros conflictos
- Poco conocimiento del funcionamiento de la sociedad por parte de la población inmigrante, lo que conlleva dificultades de acceso a los servicios sanitarios
- Mejoría en la sensibilidad y reconocimiento de la necesidad de asesoramiento sobre inmigración e inter-

culturalidad entre los profesionales de los servicios sanitarios.

Sin duda alguna, a lo largo del periodo de mayor afluencia de población inmigrante a España en tiempos modernos —aproximadamente entre 1990 y 2008— se han ido generando diversas iniciativas, tanto a nivel personal como a nivel de centro, la mayoría de ellas centradas en resolver el problema del idioma. Ahora bien, se echa en falta una mayor implicación y planificación de la administración pública.

Mientras, sigue sin resolverse o tratarse de forma abierta el tema de las diferencias culturales y a quién corresponde eliminarlas o explicarlas: ¿al intérprete?, ¿al profesional?, ¿cómo?: ¿rompiendo el código de la imparcialidad y exactitud del intérprete?, ¿incorporando estudios relativos a las culturas de los pacientes en la formación de los profesionales?, ¿ampliando la repetida interdisciplinariedad a otras disciplinas?, ¿fomentando el trabajo en equipo de todos los participantes en la consulta médica?

4. Relaciones interculturales. Patrones comunicativos diversos

4.1. Introducción. Más allá de las palabras

Un gran número de estudios referidos a las cuestiones comunicativas en las sociedades multiculturales han abordado diversas dificultades de comunicación por desconocimiento de las lenguas en contacto. Han tratado también el papel o papeles que deben desempeñar las personas que sirven de enlace entre los participantes en la cadena comunicativa que no comparten lengua o cultura comunes. Sin embargo, desde diferentes áreas de conocimiento y disciplinas van llegando voces que nos hablan de enfoques y modos distintos de acercarse y tratar las relaciones e interacciones entre lenguas y culturas.

Tomemos un caso visto desde la comunicación intercultural sacado del estudio del Grupo CRIT *Claves para la comunicación intercultural*. Raga Gimeno (2003: 37-87), miembro de dicho grupo, partiendo de interacciones reales con población extranjera, concluye que el análisis de los patrones comunicativos permite contrastar y conocer diversas culturas y replantea la posibilidad de aproximarnos al otro mediante la interacción de los interlocutores. En el caso de estar interactuando como enlace entre personas que no comparten la lengua, el trasladar e interpretar todo el contenido del mensaje implica la necesidad de ir más allá de las meras palabras. Según Raga Gimeno (*op.cit.*), el patrón comunicativo español es próximo y simétrico, es decir, por lo general, y exceptuando situaciones concretas, no es preciso determinar el tipo de relación social que existe entre los interlocutores, puesto que suele haber gran flexibilidad en este sentido. No suelen evitarse temas personales, se tiende a solapar turnos de palabra, a que los interlocutores hablen a la vez, pues no se suelen soportar los incómodos silencios prolongados. Esto explica el frecuente uso de continuadores y coletillas tales como *ya, hm, ajá, sí, vale*, etc. Un rasgo muy característico es la reformulación reiterada de las preguntas que los interlocutores españoles realizan con frecuencia cuando el receptor no comparte el patrón, ni habla bien la lengua. No obstante, esta estrategia de

reformulación —el «efecto eco», según Roberto Ortí Teruel (2003: 90)— no suele incidir de forma muy positiva en interlocutores que prefieren modelos comunicativos más distantes. En cuanto a los elementos extralingüísticos, la sonrisa, además del contacto físico y visual, es otro de los elementos más recurrentes, como veremos en las páginas que siguen.

Resumido el patrón comunicativo español, pasaremos a analizar qué pasa cuando este patrón de interacción se enfrenta a otros muy distintos. Para ello nos basaremos en un estudio de caso árabe marroquí, seguido de otro chino, nigeriano e hindú. En cada uno de estos estudios podremos percibir múltiples retos interculturales que van desde la lingüística hasta los patrones de comunicación e interacción múltiples, así como a diversas consecuencias en el manejo de la salud y enfermedad generadas en tales marcos. Los datos proceden de estudios sobre la comunicación de los profesionales españoles con pacientes de otras culturas llevados a cabo como trabajos fin de máster por los alumnos del Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, miembro de la Red Europea de Másteres de Traducción y ofertado en diez pares de lenguas distintos. El hecho de que muchos de los autores de estos trabajos pertenezcan a la misma cultura y hablen la misma lengua que los sujetos objeto de estudio facilita la investigación y hace posible llegar de manera directa a los usuarios extranjeros.

4.2. Relaciones interculturales: el caso árabe marroquí

Si comparamos el patrón español con el patrón comunicativo árabe, una de las poblaciones extranjeras de mayor índice de presencia en España, se observan algunas diferencias generales. Según Ortí Teruel (2003: 89-122), el patrón comunicativo árabe es menos próximo y menos simétrico que el español, lo cual se traduce en que sus hablantes, por lo general, tienden a ser más distantes y menos cooperativos.

Al iniciarse el acto comunicativo las miradas directas a los ojos del otro interlocutor son constantes y fijas a fin de establecer una relación de igualdad. Los interlocutores suelen —o necesitan— intercambiar informaciones de tipo sociocultural. Este intercambio previo de información y el hecho de relacionarse directamente en árabe acarrea largos saludos al inicio de una conversación. Las informaciones brindadas entonces suelen aludir a la ciudad de origen, profesión, nivel de estudios, es decir, al posicionamiento social en general. La toma de turnos de palabra sigue un modelo próximo y, cuando se registra un silencio prolongado, suele ser síntoma de problemas lingüísticos o diferencias sociales. Los interlocutores de este modelo no entienden el uso de los continuadores comunicativos tal y como lo entienden los hablantes de español, en tanto que les produce una sensación de acotar su turno de palabra al interferir en su discurso, lo que provoca que se mantengan distantes y poco participativos.

Por lo general, el paciente árabe marroquí no suele aportar información personal y la que aporta no lo compromete de manera personal. La sonrisa no siempre va asociada a una relación de simpatía entre los interlocutores, pues en muchas ocasiones aparece para atenuar problemas de minorización

frente a una incomprensión lingüística o un malentendido cultural. Las mentiras sociales son bastante comunes, y buscan crear un equilibrio entre la autoafirmación de su cultura y el halago a la cultura de acogida.

Según Ortí Teruel (*op. cit.*), y como se muestra en el estudio de caso que sigue, las diferencias de sexo y edad definen en gran medida los actos comunicativos. En cuanto al lenguaje no verbal —una estrategia conversacional de modelos próximos— hay que decir que, cuando se produce de forma enfática, suele confundir al interlocutor, que sigue un patrón más distante. No hay que olvidar que el uso del lenguaje no verbal que acompaña a un determinado patrón comunicativo puede tanto ayudar en la comunicación como interferir en ella negativamente, dado que ni el significado de los gestos ni su frecuencia de uso son algo universal.

4.2.1. Temas y opiniones múltiples del personal sanitario

El estudio de Llenas Ruiz de Manzanares (2008), titulado *Percepciones sentidas por el personal sanitario en atención a pacientes marroquíes*, pone de manifiesto dichas diferencias. Llenas Ruiz de Manzanares llama la atención sobre el hecho de que con frecuencia la falta de entendimiento se debe a malentendidos por falta de conocimiento de la otra cultura o por imágenes preconcebidas que el profesional sanitario puede tener. El estudio se llevó a cabo en tres comunidades autónomas de España: la Comunidad de Madrid, por ser la comunidad con mayor diversidad cultural; Castilla-La Mancha, por las experiencias destacadas en mediación intercultural en algunas de sus provincias; y Cataluña, por tener la comunidad marroquí allí un peso importante.

Los datos de Llenas Ruiz de Manzanares provienen de 27 encuestas y de 7 entrevistas personales. A continuación se indican las opiniones más generalizadas entre el personal sanitario sobre los principales temas tratados en su estudio:

- a) Falta de información. Dirigida a los recién llegados, si bien los usuarios marroquíes que conocen el funcionamiento del sistema de salud español en múltiples ocasiones no la utilizan.
- b) Reacción de los pacientes. Es distinta a la de los españoles, especialmente cuando la conversación se inicia con preguntas directas.
- c) Contacto visual. Hay contacto visual en la interacción médico-paciente pero cabe matizar que el sexo de cada interlocutor definirá la naturaleza de este tipo de contacto.
- d) Reticencia o negación a tomar la medicación. Los casos en los que ha ocurrido son escasos: los motivos principales son por falta de confianza en el tratamiento o en el especialista o por dudar de la composición del medicamento —si contiene derivados del cerdo o cárnicos, por ejemplo—.
- e) Respeto al dirigirse al médico. Se establece una relación más jerárquica entre médico y paciente marroquí que entre médico y paciente español. En general, no consideran que sean los médicos más respetuosos que los españoles en general, pero hay diferencias con relación al sexo del facultativo.
- f) Claridad del lenguaje por parte de los pacientes. Muchas veces el lenguaje no es claro por motivos diversos: por dificultad para expresarse, por no conocer bien el español, por ser la comunicación de los marroquíes menos sintética que la de los españoles, por no existir la costumbre de ir directamente al tema concreto sin hablar antes de otros asuntos y por haber temas tabúes que impiden una significación clara, lo que obliga a emplear un lenguaje metafórico.
- g) Indumentaria. La indumentaria no supone en general un problema para la comunicación, salvo entre una minoría que puede considerar el velo un problema para la comunicación por pensar que es utilizado para esconderse o no mostrar reacciones. Hay también algunos profesionales que relacionan la indumentaria con la falta de higiene en algunos pacientes.
- h) Turnos de palabra. El paciente marroquí respeta los turnos de palabra, al igual que un español.
- i) Gestos. El personal sanitario no detecta ningún gesto distinto al que podría hacer un español, aun cuando por momentos se perciban un tanto más exagerados.
- j) Tono de voz. Detectan un tono de voz más elevado, sobre todo en las salas de espera.
- k) Umbral del dolor. El personal sanitario opina que el paciente marroquí exagera los síntomas y que su umbral de dolor es más bajo.

4.2.2. Importancia del sexo

Dedicaremos a este tema toda esta sección, dada la importancia que tiene en las relaciones entre estas dos culturas y entre el personal sanitario y los pacientes marroquíes. Según el estudio de Llenas Ruiz de Manzanares (*op. cit.*), el personal sanitario observa que la interacción entre médico y paciente está altamente determinada por el sexo de cada interlocutor. En el caso en que médico y paciente son de sexo femenino, por ejemplo, se produce contacto visual. Cuando la interacción se produce entre personal médico femenino con una paciente de sexo femenino acompañada por un hombre, el contacto visual entre las mujeres puede ser reemplazado por el contacto entre el acompañante masculino y la médica. La interacción visual entre un médico hombre y una paciente de sexo opuesto es poco probable. Y en la interacción entre médico hombre y mujer acompañada por un hombre es incluso menos probable. Sin embargo, en la interacción entre médico y paciente de sexo masculino sí suele haber contacto visual directo.

En cuanto a la atención médica y posibles negativas a ser examinados, las profesionales de sexo femenino no encuentran dificultades para atender a pacientes del otro sexo. Raramente encuentra el paciente masculino reticencia a una exploración física en las especialidades concretas que correspondan. En cuanto a las mujeres, se vuelve a detectar una falta de voz propia cuando se encuentran acompañadas por alguien de sexo masculino. Los hombres, en particular, encuentran las mayores dificultades a la hora de atender a pacientes del sexo opuesto y, en muchas ocasiones, optan por solicitar, sobre todo en la especialidad de ginecología, a una médica. Si es

posible, se les cambia de médico. Si no se dispusiera en esos momentos de una ginecóloga, como ocurre en las urgencias, solo entonces suele el paciente acceder a ser tratado por un médico. Se detectan ausencias considerables en las citas programadas cuando se sabe de antemano que la atención será dispensada por alguien del sexo opuesto.

En lo que al respeto se refiere, los hombres declaran que se les trata con mayor respeto. Las mujeres no detectan mayor diferencia. No obstante, varios profesionales detectan cierta actitud reivindicativa y hasta un comportamiento algo agresivo por parte del colectivo marroquí, especialmente en las salas de espera. Lo que sí observan las médicas es que la confianza entre ellas y la paciente árabe —del mismo sexo— permite hablar de temas considerados tabúes de manera más sencilla que con las pacientes españolas. Entre los temas considerados tabú están aquellos referidos a la ginecología: sexo, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual y homosexualidad.

4.2.3. Conclusiones

Como resumen del este estudio de Llenas Ruiz de Llanazares cabría decir que la opinión general de los profesionales de la salud es que la inmigración es un fenómeno creciente, continuo y, en la actualidad, considerado ya un hecho rutinario. Supone un reto para el trabajo de estos profesionales de la salud en modos que apenas vamos deslindando en el caso árabe, apenas considerado en general y visto ahora algo superficialmente. Un desafío con consecuencias aún mayores lo presupone el hecho de que estos pacientes tienden a no integrarse en la sociedad receptora o en las comunidades donde se asientan físicamente. Tenemos así comunidades árabes dentro de comunidades españolas que, si bien han migrado geográficamente, no necesariamente han inmigrado a título individual, y se reinventan más bien como comunidades lingüísticas y culturales bajo condiciones sociales histórica y espacialmente distintas en nuevos parajes.

Llenas Ruiz de Manzanares, además de esta visión global, menciona en su estudio otros cambios incesantes y a diversos niveles que afectan a las condiciones sociales bajo las cuales se produce la comunicación e interacción en torno a la salud. Así, se observan cambios experimentados en el día a día por sobrecarga en el trabajo, grandes diferencias en las actitudes de los profesionales respecto a la atención a los inmigrantes, variaciones significativas en los esfuerzos y tiempo empleados, cambios en los sentimientos y emociones de cada cual, experiencias de frustración e inseguridad, patologías nuevas o poco frecuentes, necesidad de formación sobre las mismas o sobre temas concretos —como son la ablación y los certificados de virginidad—, necesidad de mediadores interculturales, nivel y eficiencia en el trabajo de equipo, mayor o menor interés en otras culturas —dado que la cultura biomédica suele considerarse, y a veces manejarse, como verdad única—.

Como indica Llenas Ruiz de Manzanares, a partir de las opiniones expresadas por los profesionales de la salud que atiende a la población árabe marroquí, con la que no comparte ni lengua ni cultura, se llega a un mayor conocimiento de los contrastes entre la cultura árabe y musulmana con la española.

Tomándolos como base se puede ir reconociendo y actuando sobre las diferencias culturales percibidas, y así poco a poco ir adaptándose a lo más aparente. Ahora bien, no debe olvidarse que los colectivos marroquíes en España no son necesariamente representativos de las poblaciones árabes y musulmanas, entre las que a veces existen más diferencias que acercamientos. Ello exigiría conocer los patrones de interacción dictados por cada participante y en el marco de referencia de su propia comunidad. En el contexto en que nos movemos la experiencia con el colectivo marroquí puede hacerse extensiva a otros colectivos, como se verá a continuación.

4.3. Relaciones interculturales. El caso chino

4.3.1. El modelo comunicativo chino

El modelo comunicativo chino difiere bastante del español. El patrón chino es un modelo asimétrico y distante, con un alto grado de preocupación por evitar cualquier conflicto posible. Las características principales son la evasión de cualquier problema y la demostración de interés en la colaboración mutua (Young, 1964). Sales Salvador (2006: 123-148), en su artículo titulado «Interacción comunicativa intercultural con inmigrantes procedentes de la cultura china», publicado en el libro *Claves para la Comunicación Intercultural*, argumenta que desde el inicio de la conversación, es decir, desde del saludo, hay un claro establecimiento de la relación social entre los interlocutores. En este momento ya se establece el marco sociocomunicativo dentro del cual se va a desarrollar la conversación. Se suelen evitar los temas personales confidenciales mediante el uso de proverbios o metáforas poco explícitas que proporcionan información íntima indirectamente, evitando así herir la susceptibilidad y crear algún conflicto u ofensa.

Por lo general, según Sales Salvador, los turnos de palabra de los interlocutores chinos son bastante largos y bien espaciados, con largos silencios de intermedio. Hacen escaso uso de gestos y continuadores o elementos de contacto. No existen solapamientos en los turnos de habla, puesto que se consideran presuntuosos y descorteses. Hablan en un tono bajo y pausado. No hay contacto físico entre los interlocutores, se guarda la distancia física incluso al hablar. Asimismo, se evita el contacto visual. En situaciones embarazosas, y con el fin de restablecer la armonía conversacional, el paciente chino tiende a sonreír o a reír (Scollon/Scollon, 2001). Todo ello contribuye a crear canales de liberación de tensión.

Un ejemplo muy ilustrativo de las diferencias entre la conversación occidental —más concretamente la inglesa— y la china es la comparación metafórica que describe la escritora chino-americana Betty Bao Lord (*apud* Young, 1994: 90): «Conversing in Chinese is like fishing: whether or not a single carp is caught, there is ample pleasure in drifting hour after hour about the lake (...) Conversing in English is like playing tennis». («Conversar en chino es como pescar: se atrape o no una carpa, dejarse llevar en el lago a la deriva hora tras hora produce en sí gran placer... Conversar en chino es como jugar tenis»; nuestra traducción).

En el caso de los interlocutores españoles, carentes hasta ese momento de experiencias comunicativas con interlocu-

tores chinos, el citado estudio de Sales Salvador (2003: 123-148) muestra que los mecanismos compensatorios desarrollados automáticamente por el interlocutor español —repeticiones, reelaboraciones, aceleración del tempo, entonación enfática o gestualidad exagerada—, lejos de solucionar la situación, la empeoran y terminan desequilibrando completamente el intercambio comunicativo.

4.3.2. Estudio de caso

Zhao Fang (2014), en su estudio *La interpretación y la cultura con la población china en la pediatría*, aporta más datos. El objetivo principal de su estudio es analizar las diferencias culturales en la atención pediátrica entre China y España y con ello contribuir a mejorar los servicios de pediatría con los menores chinos en España. Los datos provienen de entrevistas personales a 5 padres chinos residentes en España sobre la medicina española y de encuestas realizadas a 25 madres españolas y 25 madres chinas sobre aspectos concretos sobre el cuidado de niños. En todos los casos la investigadora advierte de que es muy difícil establecer una entrevista con inmigrantes chinos desconocidos, debido a la falta de confianza que muestran hacia personas que no pertenecen a su círculo próximo.

4.3.2.1. OPINIÓN DE LOS PADRES CHINOS SOBRE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

En cuanto a las entrevistas a padres chinos, resaltamos las respuestas a cinco preguntas: la primera está relacionada con la dieta de los niños, pues es bien sabido que las costumbres y la dieta mediterránea difieren bastante de la china; la segunda está relacionada con el seguimiento del tratamiento y el uso de las medicinas recetadas por el médico, teniendo en cuenta la importancia de la medicina tradicional china; la tercera tiene que ver con la adaptación de los protocolos de la medicina española en el caso del sistema de vacunación infantil; y la cuarta y quinta preguntas están relacionadas con el diagnóstico y el uso o no de las medicinas tradicionales cuando las descripciones de la enfermedad de un hijo se basan en conceptos como el *yin* y el *yang* o frío y caliente. Veamos a continuación resumidas las preguntas y respuestas.

En cuanto a la primera pregunta, destinada a conocer el grado de seguimiento de la dieta recomendada por el médico para el niño enfermo, prácticamente todas las respuestas indican que, por lo general, no se cumplen a rajatabla las recomendaciones del médico y, cuando pueden, los pacientes intentan cocinar sus platos chinos.

En cuanto a la segunda pregunta, destinada a conocer si utilizaban las medicinas recetadas por el médico, la opinión es que los médicos españoles no suelen recetar tantos medicamentos para los niños como para los adultos, y si les suelen recomendar consumir alimentos ricos en hierro, como las lentejas, carne, legumbres y el pan integral. Comentan que este tipo de comida no suelen ser consumida y que prefieren cocinar sus comidas como pueden. Admiten que compran los medicamentos de la farmacia y tratan de cumplir con lo recetado, pero que, cuando desaparecen los síntomas de la enfermedad o el malestar, abandonan el tratamiento.

En cuanto a la tercera pregunta, destinada a conocer si cumplían el calendario de vacunación infantil, una de las res-

puestas indica que cuando sus hijos nacen los llevan a China hasta la edad en que hablan. Reconocen que los tipos de vacuna son casi los mismos que los de China, aunque el calendario de vacunación es diferente. El resto de las respuestas indican que suelen seguir el calendario de vacunación español.

En cuanto a la cuarta pregunta, referida al uso de la medicina tradicional china o a conceptos como *yin yang*, o frío y caliente para describir la enfermedad de su niño, la mayor parte de las respuestas indican que los padres de los niños no suelen conocer ni practicar la medicina china, pero sí lo hacen los abuelos o personas mayores que a veces intentan aplicarlas. Sin embargo reconocen que ese tipo de tratamientos utiliza elementos que o son difíciles de encontrar en España o son muy perecederos, con lo cual no son muy frecuentes, y cada vez más se limitan a los remedios caseros que conocen o siguen las indicaciones de los pediatras.

En cuanto a la última pregunta, relacionada con la anterior, dado que se preguntaba si los adultos utilizaban la medicina tradicional china, las respuestas coinciden con lo dicho anteriormente, en tanto que la mayoría indica que no la practica por completo por las dificultades de conseguir los elementos en España o por su caducidad, pero también indica que creen que esta medicina tiene menos efectos secundarios y que siguen con algunas de sus tradiciones, como cocinar la sopa con algunos ingredientes tradicionales considerados medicinales en el invierno.

En conclusión, Zhao Fang observa que, según las respuestas a las entrevistas de los padres chinos, se puede decir que existe un grado significativo de confianza en la pediatría española por parte de la población residente china. Esto se da tanto en el diagnóstico como en los tratamientos y medicamentos recomendados, especialmente en aquellos casos en que los niños han nacido en España. Por otro lado, si bien los inmigrantes chinos no suelen utilizar los medicamentos tradicionales, sí tienden a seguir la tradición en cuanto a alimentación y dietas especiales cuando alguien está enfermo. Todo lo expuesto hasta aquí indica un fenómeno de mayor arraigo cultural.

4.3.2.2. DIFERENCIAS CULTURALES. OPINIÓN CONTRASTADA SOBRE COSTUMBRES EN EL CUIDADO DE LOS NIÑOS

En la segunda parte de su estudio, Fang realizó una encuesta a 25 mujeres chinas y 25 mujeres españolas. Resaltamos algunas respuestas que llamaron nuestra atención. Concretamente, nos interesa la pregunta sobre si los niños deben bañarse todos los días y la pregunta sobre la necesidad de exponerse al sol, ya que muestran claras diferencias culturales entre chinos y españoles.

En cuanto a la pregunta referida al baño diario de los niños, el 72% de las mujeres chinas respondió negativamente y solo el 28% respondió afirmativamente. Y, en el caso de las mujeres españolas, los datos indican prácticamente lo contrario: el 90% respondió afirmativamente y solo el 10% lo hizo negativamente.

En cuanto a la pregunta referida a la exposición al sol de los niños, los datos son iguales en el caso de las mujeres chinas: un 72% respondió negativamente por considerar que el cuerpo del niño es débil y hay que taparlo bien. Solo el 28%

respondió afirmativamente, si ello ayudaba a evitar que la piel del niño se pusiese amarilla. En el caso de las mujeres españolas, el 80% respondió afirmativamente y el 20% lo hizo negativamente.

En definitiva, y tal y como Fang observa, para la población china tanto bañar al niño con frecuencia como exponerlo al sol no son prácticas comunes en su cultura, mientras que sí lo son en España, donde se consideran importantes para el bienestar de los niños pequeños. Ello pone una vez más en evidencia el modo en que las diferencias culturales pueden causar una falta de entendimiento con el potencial de repercutir sobre la salud en el contexto español. Cuando un médico recomienda alguna de las prácticas comunes en España —no únicamente las mostradas aquí—, puede estar causando gran extrañeza en los pacientes chinos, quienes pueden hasta desconfiar del beneficio de estas prácticas.

4.3.2.3. CONCLUSIONES

En las conclusiones generales de su estudio, Fang subraya diversas dificultades comunicativas derivadas de su estudio y debidas a distintas causas: sistemas sanitarios divergentes, realización de pruebas diagnósticas, desconfianza en la extracción de tanta sangre para los análisis de la misma, dificultad en cambiar la dieta china por la del nuevo país de residencia —que además no implica que sea más beneficiosa ya que el personal médico puede desconocer el valor de los alimentos tradicionales chinos y los nutrientes que contienen—, o la dificultad de los padres chinos para encontrar folletos e indicaciones para los recién nacidos en los que se hable de cómo proceder en España cuando un bebé se enferme.

El estudio de Fang también revela que los padres tienden a utilizar de manera mayoritaria los métodos del país de origen y la automedicación cuando se padece una enfermedad leve, ya que la población china tiene por norma acudir a los médicos solo en casos de urgencia. En este punto cabe comentar que, aunque una gran parte de la población china admitió consultar al médico antes de medicarse, se observó paralelamente que un 40% no acude al médico y que compra en la farmacia los medicamentos que cree convenientes. La mayoría de ellos admite que solamente cuando los síntomas eran leves tomaban esta decisión, y que consultaban al médico cuando el problema se agravaba. La tendencia a la automedicación se basa parcialmente en la percepción de gran parte de la población china de que los tiempos de espera en las salas de consulta en la sanidad española son demasiado largos, lo que, unido al poco tiempo que tienen estas familias por la necesidad de atender el negocio familiar y por su cultura, hace que no consideren que merezca la pena atenerse al protocolo óptimo de atención médica en España.

5. Relaciones interculturales: la cultura hindú

Finalmente presentamos otro estudio centrado en una cultura distinta con el fin de ahondar más en la importancia de los patrones culturales a la hora de llevar a cabo una comunicación efectiva. Nos referimos a la India.

Carrillo Cuesta (2010), en su trabajo *Cultura y salud, análisis de los aspectos de la cultura india a tener en cuenta por*

el mediador/intérprete en el ámbito médico, llama la atención ante todo sobre diversos aspectos diferenciadores en la concepción de la salud por parte de la cultura hindú en relación con el sistema sanitario español. Sostiene que el conocimiento referido al aborto y la maternidad, entre otros rasgos culturales que acompañan la concepción de la salud hindú, puede ser de gran utilidad en la consulta médica y aplicable a la formación de los profesionales sanitarios —médicos, enfermeras, trabajadores sociales, intérpretes, mediadores, etc.— de cara a facilitar la labor de estos profesionales y garantizar una mayor calidad.

Para demostrar la importancia que tiene conocer estos aspectos diferenciadores, presenta varias situaciones en el contexto de una consulta médica en España. Ilustra de este modo algunos choques culturales de mayor o menor importancia que pueden derivar en una falta de entendimiento entre el médico y el paciente. Refiere respecto a la presencia de un intérprete que, como requisito indispensable para llevar a cabo su trabajo, este debe primeramente estar familiarizado con los regionalismos de cada idioma que interpreta, dado que la variedad de inglés que hablan en la India no es necesariamente aquella con la que el intérprete está familiarizado o conoce. No obstante, una formación amplia en lenguas, aun siendo imprescindible, resulta insuficiente para el desempeño de tal labor en el contexto sanitario o para poder funcionar como puente comunicativo. Incluimos dos de esas situaciones:

Situación n.º1:

Una paciente india embarazada, de unos 25 años de edad, va al médico y, tras explicarle el resultado de sus análisis de sangre, este le recomienda una dieta adaptada para suplir la carencia de algunos nutrientes. El lenguaje no verbal y los gestos de la paciente indican cierta incomodidad con esta dieta.

El médico sigue el protocolo establecido en la medicina española e ignora que en la cultura de la paciente los alimentos se clasifican en dos grupos: calientes y fríos. Para mantener un buen estado de salud sería imprescindible hacer una buena combinación de ambos tipos de alimentos. En tanto que el embarazo se considera un estado que genera calor, lo apropiado entonces es que la embarazada evite comer alimentos calientes y que más bien procure ingerir alimentos fríos. La paciente ve que la dieta proporcionada por el médico incluye alimentos que en la cultura india se consideran calientes, tales como los tomates y las carnes de cerdo y ternera. Más aún, su religión (hindú) prohíbe el consumo de carne de ternera.

Estas son razones potenciales para que la paciente demuestre sutilmente no estar conforme con la dieta recomendada. En consecuencia, puede bien decidir hacer caso omiso a las recomendaciones del médico, ya que considera que se contradicen con las pautas que marca su cultura en una situación así, en un momento del ciclo de vida muy íntimo.

La consulta sería mucho más fructífera si el profesional fuese consiente de estas diferencias —directamente o con la ayuda de un intérprete-mediador que haga posible el acercamiento cultural— y pudiese así negociar una dieta más respetuosa con la cultura de la paciente.

Situación n.º 2:

Una madre india lleva a su hijo pequeño a consulta porque este tiene fiebre muy alta y se le ve mal. El médico, para que el niño se sienta cómodo, le hace bromas, usa un lenguaje familiar y le revuelve el pelo como gesto cariñoso, como lo haría paternalmente un español. La madre, sin embargo, parece incómoda.

El médico desconoce que en la India se considera que la cabeza es la parte más sagrada del cuerpo humano y, por tanto, nadie puede tocarla. La razón esbozada es que la cabeza se toma como asiento del alma. Los únicos que están exentos de seguir esta regla son las personas mayores de su propia tradición, que en ocasiones, como forma de aprobación, bendición o cariño, tocan la cabeza de los jóvenes.

La madre se pudo ofender con este gesto del médico hacia su hijo. El médico ha actuado con demasiada familiaridad de acuerdo al patrón comunicativo prevalente en la India. A su vez, ello puede convertirse incluso en motivo de desconfianza general de la madre. La comunicación entre médicos y pacientes en la India se basa en el respeto y la formalidad. Este tono inesperado de la interacción pudo haber suscitado en la madre dudas sobre la profesionalidad del médico, además de sentimientos de ofensa cultural. Las expectativas de la madre eran de una consulta de tono formal, dado que en su cultura se considera la medicina un ejercicio que requiere de gran responsabilidad y que suscita enorme respeto por parte de los pacientes. El tomo familiar y cariñoso del médico hacia el niño choca con sus expectativas. Las connotaciones resultan negativas para la madre del paciente. Si el profesional de la salud conociese estas peculiaridades, o si el profesional de la comunicación que le sirve de enlace le advirtiese sobre las mismas, el conflicto no habría surgido y las expectativas de ambos se habrían cumplido.

6. La antropología en el mundo médico español

Los resultados de los estudios presentados en páginas anteriores muestran la opinión de los profesionales y usuarios de la medicina desde ángulos diversos. Todos los estudios coinciden en la importancia del conocimiento cultural para evitar conflictos. No hemos incorporado la opinión del intérprete por querer huir intencionalmente del debate sobre su forma de actuación, situado entre el modelo imparcial —intérprete invisible pasivo— y el modelo de abogacía —intérprete visible, activo—. Ambos modelos cuentan con una buena argumentación. Sin embargo, es un hecho que todo intérprete debe tener en cuenta quién va a ser el receptor de su texto, ya que el fin último es el de transmitir un mensaje de una lengua a otra con sentido. Por ello el mero transvase de información equivalente de una lengua a otra cumple sus objetivos comunicativos siempre y cuando el emisor y el receptor conozcan en gran medida la cultura y el potencial de variaciones asociadas a esta, así como las condiciones biosociales en las que se movilizan sus pacientes.

Son varios los autores (Angelelli, 2004; Kelly/Bancroft, 200; Hale, 2010; Bancroft, 2013; Valero-Garcés, 2014; Beltrán Avery, 2010) que se hacen eco en sus estudios del resultado de otras investigaciones sobre las dicotomías del tipo

«visible» frente a «invisible», «máquina» frente a «humano», «implicado» frente a «no implicado» y sobre la complejidad de la labor del intérprete, para concluir que es inviable para un intérprete actuar como una máquina. Es imposible para un ser humano mantenerse invisible o dejar de implicarse en una interacción entre tres personas. Brisset, Leanza y Laforest (2013) alcanzan a sugerir que incluso una traducción no literal puede acabar por ser la comunicación más efectiva y precisa. Tal punto fue señalado por varias voces, que en el congreso de la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA en sus siglas en inglés) de 2014 indicaban, en relación con el seguimiento estricto de su código, lo siguiente: «even if I lose my certificate or I am thrown out of the profession, I must say this is how it goes in my actual work practice». («Aun cuando pierda mi certificación o me despidan de la profesión voy a decir lo que hago realmente cuando interpreto» [Wahl-Kleiser, s. f.; nuestra traducción]).

Volver la vista hacia otras disciplinas puede ayudar a hacer realidad la interdisciplinariedad. Es el caso de la antropología, como indican Perdiguero y Comelles (2000: 5) en su obra *Medicina y cultura*, cuando señalan que los estudios entre la antropología y la medicina demuestran que las representaciones, concepciones y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad varían entre culturas. El volumen recoge investigaciones sobre modelos culturales existentes relativos al cuerpo, la salud, la concepción de la enfermedad y los valores simbólicos y emocionales de las enfermedades, y abordan el tema de la manera subjetiva en la que solemos vivir nuestras enfermedades. Ello es independiente de lo que cada dolencia implique desde un punto de vista puramente científico y de las relaciones que se entablan entre los pacientes y el personal sanitario.

Por su parte, González Alcantud y Rodríguez Becerra (1996), en su obra *Creer y curar: la medicina popular*, llaman la atención sobre el hecho de que son muchos los estudios que apuntan a la excesiva objetivación de lo que hemos denominado la cultura biomédica, con su enfoque sobre el proceso patológico, que pasa por alto la subjetividad del paciente. Nos recuerdan a su vez que variantes como son la homeopatía, la acupuntura o la pranoterapia —curación de una enfermedad mediante la imposición de las manos sobre el paciente— son de procedencia popular y suelen caracterizarse por una serie de valores tendentes al rechazo de medicamentos, el ensalzamiento de las plantas medicinales y una concepción holística de la salud y la enfermedad que refuerza el aspecto emocional de las relaciones entre médicos o sanadores y pacientes. Estas son concepciones que, según su origen, y también según su historia y contexto social, puede albergar la población extranjera que es atendida en los centros de salud u hospitales españoles. Sobre este tema es un buen ejemplo el artículo de Raga Gimeno (2005) titulado «Médicos, marabouts y mediadores: problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés».

Cabe añadir que en España y gran parte del mundo está desarrollándose una fuerte tendencia a complementar en distinto grado técnicas y prácticas multiculturales. Por ello algunos estudiosos hacen notar que las diferencias culturales

no son solo un obstáculo en el contexto sanitario. Logran a su vez enriquecerlo y aportan procesos, prácticas y opciones nuevos. De hecho, la variante sanitaria de la antropología está lentamente haciéndose un hueco en el mundo médico español, donde comienza a desarrollarse cierta conciencia de la subjetividad psicocultural en actividades de cooperación intercultural. Los últimos tres antropólogos españoles citados especializados en el ámbito sanitario —Perdigüero y Comelles, González Alcantud y Rodríguez Becerra— sostienen que para que la relación profesional sanitario-paciente funcione es necesario algo más que aplicar los protocolos y conocimientos propios de la medicina occidental científica únicamente mediante las lenguas que se determinen.

Es esencial que los profesionales del sector sean conscientes del importante papel que desempeña la relatividad cultural en cada uno de sus diagnósticos y terapias, así como las concepciones de estos diagnósticos en el sector de la medicina tradicional y étnica. No debe olvidarse que la relatividad cultural involucra a su vez factores psíquicos, emocionales y de establecimiento o ausencia de confianza (Pugh/Vetere, 2009).

La atención sanitaria en España se articula en torno a un modelo de atención integral a la salud (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización). Su piedra angular es la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios, que, teóricamente, se plasma en el concepto de interdisciplina. La interdisciplinariedad se construye a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades con el fin, en primer lugar, de conseguir un conocimiento completo por parte de los profesionales de las diferentes disciplinas —enfermería, medicina, trabajo social, psicología, fisioterapia, etc.— y, en segundo lugar, de fomentar el trabajo en equipo a la hora de determinar el diagnóstico y el tratamiento en un lenguaje común.

Partiendo de estos supuestos, el intérprete en este ámbito tendría que ser un miembro más del equipo, colaborar de manera activa, aportar su conocimiento, lingüístico, cultural y, en el futuro, biosocial. De este modo, abandonaría su papel de mero transmisor de la información para orientar al personal médico o al paciente sobre diferencias culturales y riesgos de malentendidos mediante aquellos aspectos que considera relevantes para la elaboración del diagnóstico y el seguimiento del paciente.

7. Conclusiones

Tomando como punto de partida las relaciones interculturales y la existencia de patrones comunicativos heterogéneos se plantean problemas de comunicación más allá de los lingüísticos dentro del ámbito sanitario. A este fin se presentan una serie de estudios sobre las relaciones entre los profesionales de la salud en España y sus pacientes procedentes de diferentes zonas culturales —árabe marroquí, china e hindú— y se ilustran con sus opiniones y reacciones diversas.

Los profesionales de la salud reconocen la existencia de limitaciones en la comunicación y atención sanitaria a pacien-

tes de procedencia o lengua extranjera. No obstante, tienden a desconocer la naturaleza de sus propios estereotipos, limitaciones y equívocos y, aún más importante, qué hacer frente a estos. Como reflejo de ello, desconocen a su vez la relatividad de su propia cultura biomédica. Les es claro que requieren del apoyo lingüístico de un intérprete médico profesional en los centros de salud donde trabajan. Pero cómo valorar y articular las diversas voces de la cultura sanitaria puestas en juego y quién ha de asumir dicha responsabilidad les resulta menos claro.

El caso de la población marroquí entrevistada pone en relieve el hecho de que la diversidad cultural no es solo materia de valores o ideologías. Percibimos en dicho caso la función central que asumen los modos de interacción. Culturalmente definidos y precisados en el ámbito sanitario, impulsan y a la vez delimitan los términos bajo los cuales se puede producir una interacción válida y viable dentro de la sala de examen. Queda de manifiesto que sin la base de una forma de interacción culturalmente válida, la comunicación médica ni procede ni prospera.

En el caso de la población china vemos la articulación de tres variables. La primera invoca nuevamente la interacción. Sus tiempos, contenidos y evolución proceden bajo términos distintos a los españoles y marroquíes tratados en este estudio. En segundo lugar, se aprecia la importancia de los distintos paradigmas de salud en juego, expresados en este caso en términos de acciones cotidianas, como son la alimentación, la exposición al sol y la frecuencia de baño infantil. En tercer lugar, se aprecia que las recomendaciones biomédicas que pudieran considerarse de origen, recursos humanos y materiales de tradición cultural en vigencia deben estar no solo disponibles sino que deben de ser factibles. Simplificando, en términos de paradigmas culturales se hace y escucha a lo propio hasta donde es posible, y se abandona o se integra lo demás de acuerdo a lo existente. Se ve así a la cultura en proceso continuo de transformación, redefinición y adaptación con referencia a diversos condicionantes biosociales.

En el caso hindú vemos dos instancias de choque cultural aparentemente banales. En uno de estos, una mujer embarazada recibe recomendaciones dietéticas que contradicen el paradigma cultural de salud de una mujer embarazada. En el segundo caso, vemos que el acto inocente de un médico que le toca la cabeza a un niño resulta ser un acto culturalmente vetado. Las diferencias culturales que estos dos casos ponen en evidencia pudieran haber sido de consecuencias trascendentales en otras situaciones. Tales choques tienen el potencial de hacer desaparecer la confianza en el profesional de la salud, sin la cual son imposibles la interacción y comunicación médicas. Pueden a su vez colocar en tela de juicio al profesional y aun disuadir a un paciente de seguir las recomendaciones sanitarias adicionales.

El no ser consciente o no saber analizar la naturaleza muchas veces irreconciliable muchas veces de los paradigmas y las relaciones médicas puede ponerlas en riesgo. Los estudios realizados por antropólogos en España en torno al manejo intercultural de la salud dentro del ámbito sanitario nacional expone múltiples desafíos por tratar aún.

La mayoría de los inmigrantes presentados en este estudio proviene de países, regiones o zonas con sistemas sanitarios diferentes al español y, muchas veces, incluso entre sí. Ello implica un potencial desconocimiento total del sistema y de los recursos sanitarios.

Las diferencias culturales, idiomáticas y en cuanto a las formas de interacción suponen una gran barrera a la hora de establecer un proceso comunicativo entre el médico y paciente, para lo cual se hace necesario la presencia de un intérprete-mediador que sirva de puente entre ambas partes y sea capaz no solo de comunicar idiomas sino también de expresar los rasgos contextuales de los usuarios para quienes está interpretando en el orden social, cultural, emocional, religioso y biosocial.

Los profesionales de la salud consideran que, teniendo en cuenta la situación actual en materia de población extranjera en España, la labor de resolver equívocos o aclarar malentendidos correspondería al intérprete, si bien los nuevos profesionales de la salud deberían a su vez estar informados sobre las diferentes aproximaciones culturales a la salud, la enfermedad y sus condicionantes biosociales para poder trabajar de forma conjunta con el intérprete, que ayudará a facilitar la labor de entendimiento entre él y su paciente.

A nivel internacional, los estudios realizados por médicos, antropólogos, lingüistas, sociólogos, enfermeras y diversos intérpretes respecto a los desafíos culturales que entran de lleno en el terreno de lo concreto en la comunicación y práctica sanitaria apuntan en unos casos a la necesidad de formar en dichos aspectos al profesional de la salud y en otros a que es el intérprete quien debe ser preparado para encararlos, de acuerdo a la necesidad del paciente o del profesional sanitario. En el primer caso se enfatiza la reformulación del currículo médico (Kleinman/Benson 2006; Knipper *et al.*, 2010; Knipper, 2013; Lipkin *et al.*, 1995). En el segundo caso, se subraya la función del intérprete (Beltrán Avery, 2010; Putsch, s. f.). Está claro, no obstante, y al margen de quien ostente esta responsabilidad, que el intérprete y el profesional sanitario deben reconocer la importancia de la cultura y sus determinantes biosociales para articular su labor conjunta. Ambos, médicos e intérpretes, requieren a su vez de un reconocimiento institucional de sus respectivos papeles. Es difícil que un intérprete pueda ser preparado o aceptado oficialmente para realizar una labor que institucionalmente está no está reconocida (Bahadir, 2001; Brisset *et al.*, 2012; Leanza, 2005). Es importante, por último, recordar que la formación de un nuevo tipo de intérprete médico no es únicamente un desafío técnico. La renuencia a reubicar al paciente e intérprete en un contexto social más amplio es la fuente misma de su marginación histórica. Si bien existen experiencias innovadoras y experimentos aislados a nivel internacional, la batalla que queda por delante no va ser fácil.

Referencias bibliográficas

- Abbe, M. K. (2011): *An Analysis of Cultural Competence, Cultural Difference, and Communication Strategies in Medical Care*. Tesis doctoral. Ohio: Case Western University.
- Angelelli, C. (2004): *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baer, H. (1996). «Bringing Political Ecology into Critical Medical Anthropology: A Challenge to Biocultural Approaches», *Medical Anthropology*, 17 (2): 129-141.
- Baer, H.; M. Singer e I. Susser (1997): «Medical Anthropology and the World System: A Critical Perspective». Westport: Bergin & Garvey.
- Bahadir, S. (2004): «Moving In-Between: The Interpreter and The Interpreter Researcher as Anthropologist», *META: Translators' Journal*, 49 (4): 805-821.
- Bahadir, S. (2001): «The Empowerment of the (Community) Interpreter: The Right to Speak with a Voice of One's Own!», comunicación presentada en la conferencia *International Conference Critical Link 3*, celebrada entre el 22 y 26 de mayo de 2011 en Montreal (Quebec, Canadá).
- Bakhtin, M. (1981): *The Dialogic Imagination: Four Essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bancroft, M.; L. Bendana, J. Bruggeman y L. Feuerle (2013): «Interpreting in the Gray Zone Where Community and Legal Interpreting Intersect», *Translation & Interpreting*, vol.5 (1): 94-112.
- Baraldi, C. y Laura Gavioli (2008): «Cultural Presuppositions and Re-Contextualization of Medical Systems in Interpreter-Mediated Interactions», *Curare*, 31 (2/3): 193-204.
- Beltrán Avery, M. (2010): «The Role of the Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue», en *The National Council on Interpreting in Health Care Working Papers Series*. <www.ncihc.org> [consulta: 8.VIII.2014].
- Bischoff, A. y Kris Denhaerynck (2010): «What do Language Barriers Cost? An Explanatory Study Among Asylum Seekers in Switzerland», *Health Services Research*, 10: 248. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/248>> [consulta: 8.VIII.2014].
- Briggs, C. (2003): «Why Nation-States and Journalists Can't Teach People to be Healthy: Power and Pragmatic Miscalculation in Public Discourses on Health», *Medical Anthropological Quarterly*, 17 (3): 287-321.
- Briggs, C. (2005): «Communicability, Racial Discourse, and Disease», *Annual Review of Anthropology*, 34: 269-291.
- Brisset, C.; Y. Leanza y K. Laforest (2013): «Working With Interpreters in Health Care: A Systematic Review and Meta-Ethnography of Qualitative Studies», *Patient Education and Counseling*, 91: 131-140.
- Carrillo Cuesta, N. (2010): *Cultura y salud, análisis de los aspectos de la cultura india a tener en cuenta por el mediador/intérprete en el ámbito médico*. Tesis de máster inédita. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España).
- Carrillo, J. E.; Alexander R. Green y Joseph R. Betancourt (1999): «Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach», *Annals of Internal Medicine*, 130 (10): 829-834.
- Clark, M. M. (1983): «Cultural Context of Medical Practice», *The Western Journal of Medicine*, 139: 806-810.
- Cross, T. (1989): *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who are Severely Emotionally Disturbed*. Washington D. C.: Georgetown University.
- DelVecchio Good, Mary-Jo (2010): «The Culture of Medicine and Disparities in Treatment and Healthcare», *VA Equity Research Conference*, Boston, 13 y 14 de septiembre de 2010 [manuscrito].
- DelVecchio Good, Mary-Jo; S. T. Hyde, S. Pinto y B. Good (2008): *Postcolonial Disorders*. Berkeley: University of California Press.

- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207-15224. Disponible en: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499> [consulta: 8.VIII.2014].
- España. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de septiembre de 2006, núm. 222, pp. 32650-32679. Disponible en: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212> [consulta: 8.VIII.2014].
- Fang, Zhao (2014): *La interpretación y la cultura con la población china en la pediatría*. Tesis de máster inédita. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España).
- Farmer, P. (2005): *Pathologies of Power: Health and Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P.; J. Y. Kim, A. Kleinman y M. Basilio, M. (2013): *Reimagining Global Health: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (2007): *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Good, Byron J.; Michael M. J. Fischer; Sarah S. Willen y Mary-Jo DelVecchio Good (eds.) (2010): *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. Vol. 25. Nueva York: Wiley-Blackwell/John-Wiley & Sons.
- Gómez Lozano, M. (2012): *Estudio comparativo para definir la comunicación lingüística (tipo y calidad) y cultural con la población extranjera en el centro de salud de Mejorada del Campo*. Tesis de máster inédita. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España).
- González Alcántud, J. A. y S. Rodríguez Becerra (eds.) (1996): *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Green, J. W. (2006): «On Cultural Competence», *Dialogue. Anthropology News*, 3: 1-3.
- Grupo CRIT (2003): *Claves para la comunicación intercultural*. Universitat Jaume I: Servei de Comunicació i Publicacions.
- Guarnaccia, Peter J. (2001): «Introduction: The Contribution of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond», *Medical Anthropological Quarterly*, 1S (4): 423-427.
- Guarnaccia, Peter y Orlando Rodríguez (1996): «Concepts of Culture and Their Role in the Development of Culturally Competent Mental Health», *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18 (2): 419-443.
- Hale, S. (2010): *La interpretación comunitaria*. Granada: Comares.
- Hannah, S. D. (2011): «Clinical Care in Environment of Hyperdiversity», en Mary-Jo DelVecchio Good, Sarah S. Willen, Seth Donal Hannah, Ken Vickery y Lawrence Taeseng Park (eds.): *Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity*. Nueva York: Russel Sage Foundation, pp. 35-69.
- Hardt, E. (2014): «Language Barriers and Medical Interpretation: Educating Providers for Advocacy and Collaboration», conferencia pronunciada en la reunión anual del IMIA, celebrada el 18 de enero de 2014 en Houston, Texas.
- Hibbard, J.; J. Green y V. Overton (2013): «Patients with Lower Activation Associated with Higher Costs; Delivery Systems Should Know Their Patients' Scores», *Health Affairs*, 32 (2): 216-222.
- Hsieh, E. (2013): «Health Literacy and Patient Empowerment: The Role of Medical Interpreters in Bilingual Health Communication», en M. Dutta y G. Kreps (eds.): *Reducing Health Disparities: Communication Interventions*. Nueva York: Peter Lang, pp. 35-58.
- Kelly, N. y M. Bancroft (2007): «The Critical Role of Health Care Interpreting: Views from the Literature, Promising Practices and Lessons Learned in the United States», en L. Epstein (ed.): *Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals*. International Workshop Report Caesarea, Israel: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research, pp. 85-100.
- Kim, J. Y.; J. Millen, A. Irwin y J. Gershman (2000): *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Maine: Common Courage Press.
- Kleinman, A. y Peter Benson (2006): «Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it», *PLoS Medicine*, 3 (10): 1673.
- Kleinman, A.; Veena Das y Margaret Lock (eds.) (1997): *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Knipper, M. (2013): «Joining Ethnography and History in Cultural Competence Training», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 37 (2): 373-384.
- Knipper, M.; C. Seeleman y M. L. Essink-Bot (2010): «How Should Ethnic Diversity be Represented in Medical Curricula? A Plea for Systematic Training in Cultural Competence», *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 29 (1): 54-60.
- Leanza, Y. (2005): «Roles of Community Interpreters in Pediatrics as Seen by Interpreters, Physicians and Researchers», *Interpreting*, 7 (2): 167-192.
- Lipkin Jr., Mack; Samuel Outnam y Aaron Lazare (eds.) (1995): *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Llenas Ruiz de Manzanares, M. (2008): *Percepciones sentidas por el personal sanitario en la atención a pacientes marroquíes*. Tesis de máster inédita. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España).
- Lock, M. (2002): *Twice Dead: Organ Transplants and Reinvention of Death*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, M. y Vinh-Kim Nguyen (2010): *An Anthropology of Biomedicine*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Navarro, V. y C. Muntaner (2014): *The Financial and Economic Crises and Their Impact on Health and Social Well-Being*. Nueva York: Baywood Publishing Company.
- Ortí Teruel, R. (2003): «Análisis de interacciones comunicativas interculturales entre hablantes árabes e hispanohablantes desde una perspectiva didáctica de E/LE», en Grupo CRIT: *Claves para la comunicación intercultural*. Castellón: Universitat Jaume I: 89-122.
- Perdiguerro, E. y J. M. Comelles (eds.) (2000): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Povinelli, E. (2001): «Radical Worlds: The Anthropology of Incommensurability and Inconceivability», *Annual Review of Anthropology*, 30: 319-334.
- Pugh, M. A. y A. Vetere (2009): «Lost in Translation: An Interpretative Phenomenological Analysis of Mental Health Professionals' Experience of Empathy in Clinical Work with an Interpreter», *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82: 305-321.
- Putsch, R. W. (s. f.): «Language Access in Healthcare: Domains, Strategies and Implications for Medical Education», *CLAS Theme: Language Access Services*. Concept Paper, pp. 12-23.
- Raga Gimeno, Francisco (2003): «Para un análisis empírico de las interacciones comunicativas interculturales», en Grupo CRIT: *Claves*

- para la comunicación intercultural. Castellón: Universitat Jaume I, pp. 37-87.
- Raga Gimeno, Francisco (2005): «Médicos, marabouts y mediadores: problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés», en Carmen Valero-Garcés (ed.): *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones, pp. 123-133.
- Scollon, R. y S. W. Scollon (2001): *Intercultural Communication: A Discourse Approach*. (2.ª ed.) Oxford: Blackwell Publishers. Primera edición: 1995.
- Sales Salvador, Dora (2003): «Interacción comunicativa intercultural con inmigrantes procedentes de la cultura china», en Grupo CRIT: *Claves para la comunicación intercultural*. Castellón: Universitat Jaume I, pp. 123-148.
- Schneider, J. y R. Rapp (eds.) (1995): *Articulating Hidden Histories: Exploring the Influence of Eric R. Wolf*. Berkeley/Londres: University of California Press.
- Singer, M. y P. Erickson (2011): *A Companion to Medical Anthropology*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Starr, P. (2013): *Remedy and Reaction: The Peculiar American Struggle over Health Care Reform*. New Haven: Yale University Press.
- Taylor, J. S. (2003^a): «Confronting "Culture" in Medicine's "Culture of No Culture"», *Academic Medicine*, 78 (6): 555-559.
- Taylor, J. S. (2003^b): «The Story Catches You and You Fall Down: Tragedy, Ethnography, and "Cultural Competence"», *Medical Anthropological Quarterly*, 17 (2): 159-181.
- Tylor, E. B. (1975): «La ciencia de la cultura», en J. S. Kahn (comp.): *El Concepto de Cultura: Textos Fundamentales*. Barcelona: Anagrama, pp. 29-46. Obra original: 1871.
- Valero-Garcés, Carmen (2001): «Estudio para determinar el tipo y calidad de la comunicación lingüística con la población extranjera en los Centros de Salud», *OFRIM, Suplementos*, 9, diciembre de 2001: 117-132.
- Valero-Garcés, Carmen (2008): «Hospital Interpreting Practice in the Classroom and the Workplace», en Carmen Valero-Garcés y Anne Martin (eds.): *Crossing Borders in Community Interpreting and Translating*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 165-187.
- Valero-Garcés, Carmen (2014): «Healthcare providers and interpreters working as a professional team», en Carmen Valero-Garcés: *Health, Communication and Multicultural Communities: Topics on Intercultural Communication for Healthcare Professionals*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars, pp. 176-199.
- Volosinov, V. N. (1986): *Marxism and the Philosophy of Language*. Cambridge: Harvard University Press. [1.ª edición: 1929].
- Wadensjö, C. (1998): *Interpreting as Interaction*. Harlow, Essex: Addison Wesley Longman Limited.
- Wahl-Kleiser, Lissie (s.f.): «Straddling Worlds, Not Just Words: Medical Interpreters», conferencia pronunciada el 7 de marzo de 2014 en el marco del Friday Morning Seminar on Culture, Psychiatry and Global Mental Health en la Universidad de Harvard, EE.UU. [Manuscrito].
- Willen, S. y E. Carpenter-Song (2013): «Cultural Competence in Action: Lifting the Hood on Four Case Studies», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 37 (2): 241-252.
- Wolf, E. (1982): *Europe and the People without History*. Berkeley: University of California Press.
- Wolf, E. (1999): *Envisioning Power: Ideologies of Dominance and Crisis*. Berkeley: University of California Press.
- Young, L. (1994): *Crosstalk and Culture in Sino-America Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

