

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. Introducción	4
2. Marco teórico	5
2.1. La TISP y el intérprete mediador intercultural	5
2.2. ¿Qué es la cultura?.....	9
2.2.1. Las dimensiones culturales de Hofstede	9
2.2.2. Los estudios interculturales del Grupo CRIT	12
2.2.3. Las religiones	14
2.2.3.1. El islam.....	14
2.2.3.2. Las religiones tradicionales africanas	20
2.3. Problemas en la comunicación entre los usuarios de los servicios públicos	25
2.3.1. Problemas lingüísticos	25
2.3.2. Problemas relativos a diferencias culturales	27
3. Metodología	30
4. Análisis/resultados de los recursos utilizados	31
4.1. Análisis de las entrevistas	31
4.1.1. La noción de cultura.....	33
4.1.2. Mayores dificultades en la comunicación.....	39
4.1.3. Soluciones propuestas.....	48
4.1.4. Casos concretos.....	53
4.1.5. El problema de la sangre.....	58
4.1.6. Creencias de las personas africanas francófonas y tratamientos preferibles	60
4.1.7. Percepción del sistema de salud español	65
4.1.8. Las cualidades de un intérprete y su importancia	68
4.1.9. Formación en diferencias culturales	74
5. Conclusiones	76

6. Bibliografía.....	79
ANEXO 1: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)	82
ANEXO 2: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO).....	84
ANEXO 3: ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES	87
ANEXO 4: RESPUESTAS A LAS ENCUESTAS DE LOS INTÉRPRETES	90
ANEXO 5: RESPUESTAS A LAS ENCUESTAS DEL PERSONAL SANITARIO	115
ANEXO 6: RESPUESTAS A LAS ENCUESTAS DE LOS AFRICANOS FRANCÓFONOS	155

RESUMEN

España es un país multicultural en el que existe una cohabitación entre las personas autóctonas y las personas inmigrantes. Hoy en día se propugna la idea de ciudadanos bilingües para ser autosuficientes y poder establecer una comunicación eficaz y eficiente con todo tipo de nacionalidades. Aunque poco a poco las nuevas generaciones cumplen estos objetivos, queda demostrado que surgen problemas o dificultades en otros aspectos de la comunicación como la cultura e, incluso sabiendo idiomas, en muchas ocasiones, también ocurren en el plano lingüístico.

El objetivo principal del presente trabajo es el de conocer aspectos fundamentales de culturas africanas francófonas tanto personalmente como para todo aquel interesado en aprender y en mejorar sus conocimientos y habilidades culturales para llegar a ser bicultural o, por lo menos, para no dar por hecho que un individuo es de cierta manera por pertenecer a una determinada nacionalidad, etnia, religión o grupo social.

La hipótesis planteada es la de que cultura es un aspecto muy complejo que interfiere más de lo que se cree en la comunicación entre el personal sanitario y el paciente. Con la ausencia de intérprete, lo que sucede en la mayoría de los casos, la primera barrera encontrada es la lingüística pero, al solventar ésta, aparecen los problemas o las diferencias culturales. Esto ocurre, también en la mayoría de las veces, por desconocimiento o ignorancia de la cultura del "otro". Para confirmar la hipótesis expondremos diferentes datos en el marco teórico sobre la TISP y sobre la cultura y analizaremos los resultados de los tres modelos de encuesta planteados a intérpretes, personal sanitario y africanos francófonos. A su vez, trataremos de dar consejos sobre actitudes y recursos que se pueden poner en práctica para evitar o solucionar este tipo de problemas. Finalmente, los resultados confirman la hipótesis y la reafirman con el interés demostrado por el personal sanitario en formarse en diferencias culturales.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, interculturalidad, aspectos culturales y mediación, comunicación intercultural, interpretación sanitaria.

ABSTRACT:

L'Espagne est un pays multiculturel où il existe une cohabitation entre les personnes autochtones et les personnes immigrées. De nos jours, l'idée d'être des citoyens bilingues pour être autosuffisants et pouvoir établir une communication efficace et efficiente avec tout type de nationalité est soutenue. Même si peu à peu les nouvelles générations remplissent ces conditions, il est démontré que des problèmes ou difficultés surgissent dans d'autres aspects de la communication comme dans la culture et, même en ayant appris d'autres langues, bien souvent, ils surgissent aussi dans le domaine de la linguistique.

L'objectif principal de ce travail est de connaître les aspects fondamentaux des cultures africaines francophones aussi bien personnellement que pour toute personne intéressée à apprendre et à améliorer ses connaissances et compétences culturelles pour arriver à devenir

biculturelle ou, au moins, pour ne pas présumer qu'un individu soit d'une certaine manière par le fait d'appartenir à une certaine nationalité, ethnique, religion ou groupe social.

L'hypothèse formulée est que la culture est un aspect très complexe qui interfère plus que l'on pense dans la communication entre le personnel de santé et le patient. En l'absence d'interprète, ce qui arrive dans la plupart des cas, la première barrière rencontrée est linguistique mais, une fois franchie, les problèmes ou les différences culturelles surviennent. Cela est dû, aussi la plupart des fois, à la méconnaissance ou l'ignorance de la culture de l'« autre ». Pour confirmer l'hypothèse, nous exposerons différentes données dans le cadre théorique par rapport à la TISP et la culture et nous analyserons les résultats des trois modèles d'enquête proposés aux interprètes, personnel de santé et Africains francophones. Parallèlement, nous essayerons de conseiller sur des attitudes ou des outils pouvant être mis en pratique pour éviter ou résoudre ce type de problèmes. Finalement, les résultats confirment l'hypothèse et la réaffirment au vu de l'intérêt du personnel de santé à se former en différences culturelles.

MOTS CLÉS: Communication, interculturalité, aspects culturels et médiation, communication interculturelle, interprétation sanitaire.

1. Introducción

El presente trabajo surge de las ganas de aprender y conocer en profundidad aspectos de la cultura africana francófona. Durante mis estudios de grado en Lenguas modernas y sus literaturas, se ha dado prioridad, y casi exclusividad, a la cultura francesa de Francia. Al querer dedicarme a la interpretación sanitaria francés-español, tomé conciencia de que los pacientes francófonos que acuden a los hospitales españoles provienen, en su inmensa mayoría, de países francófonos de África. Gracias al máster en Comunicación intercultural, traducción e interpretación en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá de Henares, me he dado cuenta de la importancia que tienen los factores culturales en la traducción y en la interpretación. Desgraciadamente, por falta de tiempo, el temario no incluye todo lo que fuera necesario para conocer la infinidad de diferencias culturales que podemos encontrar entre los distintos países (e incluso dentro de ellos). Por esta razón, decidí tratar de que mi trabajo sirviera para ayudar a todo aquel que esté interesado en conocer algo más de diferencias culturales y, también, que me sirviera a mí misma para que en un futuro pueda desempeñar mejor la profesión a la que quiero dedicarme.

Sin embargo, no basta sólo con saber hablar francés: el francés es idioma oficial único en 13 países, cooficial en 16 y en 7 países es de uso común, pero no oficial. No sólo cambian las expresiones y los términos de un país a otro, como pasa con el español de España y el español de Chile, por ejemplo, sino que cambian, como veremos más adelante, la manera de interactuar con los demás, los gestos y, en definitiva, la cultura. Ya que cada vez se propugna más la idea de que todos deberíamos ser bilingües, y se dice que el analfabeto del mañana será aquella persona que sólo sepa una lengua, pienso que no sólo se crece personalmente siendo bilingües, sino también siendo biculturales. Sin embargo, me atrevería a decir que ser bicultural es todavía mucho más difícil que llegar a ser bilingüe y, cualquiera que se dedique al estudio de las lenguas sabrá qué grado de dificultad es ése.

Este proyecto se encuadra en el ámbito de la Traducción y la Interpretación en los Servicios Públicos (TISP). Este tipo de Traducción e Interpretación nace de la necesidad de dar solución al problema de comunicación que se pone de manifiesto cuando usuarios inmigrantes acuden a diferentes servicios y entran en contacto con los trabajadores de estos servicios. Como lo demuestran numerosos estudios, entre otros los de Carmen Valero como, por ejemplo *Soñé con una melodía y encontré voces dispersas. Barreras en la comunicación interlingüística en los Centros de Salud*, la Administración tiende a ignorar estos problemas y son los acompañantes de los usuarios o las ONGs quienes les prestan ayuda. Es por esto, que me ha parecido oportuno, debido a que en la mayoría de los casos estas personas no tienen formación en traducción e interpretación, realizar una propuesta con diferentes claves a tener en cuenta para futuros estudios y, sobre todo, para los profesionales de salud pues, me parece que es uno de los ámbitos más importantes.

Además, es un hecho que existen muchos problemas de entendimiento que tienen que ver con las culturas en cuestión, probablemente, por el hecho de que se trata de malentendidos o de problemas mucho más difíciles de percibir. Sin embargo, aunque la cultura es un aspecto fundamental para conocer una lengua y, más aún, para un traductor o un intérprete que deba

trasladar un mensaje, es también un factor muy complejo, ya que no hay que tomar la nacionalidad como un todo y pensar que todas las personas piensan de la misma manera únicamente por pertenecer al mismo país o grupos social. A pesar de que se generalice, hay que observar siempre la situación antes de dar por hecho que existe un problema de entendimiento en la comunicación entre las culturas. Cada individuo es diferente, aunque pertenezca a un mismo grupo social con características comunes.

En cuanto a la figura del intérprete en los servicios públicos, aunque en nuestro país no exista aún un reconocimiento oficial, contamos con numerosos grupos académicos que se dedican a la investigación en este campo, y en los cuales me he apoyado para construir el marco teórico del presente trabajo. Estos grupos son: el Grupo FITISPos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos), de la Universidad de Alcalá, el Grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), de la Universidad Jaime I de Castellón, o el Grupo GRETI, de la Universidad de Granada. Estos tres grupos forman parte de la Red Comunica, que cuenta con otros seis grupos que representan diferentes zonas y comunidades autónomas.

El presente trabajo cuenta, principalmente, con una parte teórica y otra práctica. La primera parte, el marco teórico, consta de tres subapartados. En el primero me basaré en autores y en los grupos de investigación citados anteriormente para dar datos concretos sobre la situación de la traducción y de la interpretación en los servicios públicos en España. En el segundo subapartado, hablaremos más concretamente de lo que se puede considerar como cultura y de cómo influye a la hora de traspasar un mensaje. En el último subapartado del marco teórico expondremos características de la religión musulmana y de religiones tradicionales africanas. En la segunda parte del trabajo analizaremos los resultados de las encuestas creadas para intérpretes, africanos francófonos y personal sanitario. Este apartado se dividirá en nueve subapartados que corresponden a temas importantes de tratar tales como las mayores dificultades, las creencias de los africanos francófonos o la formación intercultural.

2. Marco teórico

2.1. La TISP y el intérprete mediador intercultural

En este punto, analizaremos más detalladamente, según diferentes fuentes teóricas en las que me apoyaré, la situación de la TISP en España, el papel del intérprete y el del mediador intercultural y las diferentes competencias que deben poseer estos profesionales. Los autores principales a los que haremos referencia son Carmen Valero Garcés, Dora Sales y Bárbara Navaza.

Como Carmen Valero apunta en "Traducir de y para los que llegan: una incipiente realidad"(2002), el traductor o intérprete en los servicios públicos tiene el fin de hacer posible la comunicación directa de información específica sobre temas de salud, educativos, administrativos, sociales, etc., a un público que también es específico y que, además, suele pertenecer a una minoría cultural y lingüística, y cuyo nivel educativo y adquisitivo es generalmente inferior al de la mayoría. Este público o usuarios, con frecuencia desconoce o no domina la nueva realidad social del país en el que se encuentra y además, tal y como

Roberts (1997:12) indicaba, la cultura del grupo minoritario, e incluso más que la lengua, no es siempre comprendida por el grupo mayoritario que es el que organiza y ofrece los servicios a dicho usuario. En otras palabras, como dice Carmen Valero (2002:63): *"El objetivo de los traductores e intérpretes de los servicios públicos es adaptar un texto a las necesidades de una minoría que convive en un país con la mayoría dominante."*

Para lograr tal objetivo de adaptación del mensaje, Valero afirma que el traductor debe convertirse en un mediador socio-cultural con habilidades específicas y preparación adecuada que van más allá del conocimiento de las lenguas o dialectos y culturas, ya que se requieren ciertas destrezas interculturales tales como: trabajar con dos lenguas al mismo tiempo; garantizar neutralidad incluso cuando se trabaja con su misma comunidad étnica; ser consciente de la falta de conocimiento de otras culturas o de las diferencias culturales entre ambas comunidades; mostrar habilidad para servir de puente lingüístico y cultural a la hora de tratar temas específicos que pueden ser tabúes para alguna de las comunidades; conocer terminología específica relacionada con los temas de trabajo y ser capaz de cambiar de registro o adaptar el texto según las necesidades de la comunidad receptora. Aparte de todo ello, el traductor y/o intérprete debe luchar contra el escaso reconocimiento que posee dicha profesión, lo cual lleva también a ser un trabajo mal remunerado.

Király (1995:1), al referirse a la competencia traductora, establece una serie de subcompetencias que todo traductor debe dominar y que podrían hacerse también extensibles a la interpretación. Las 3 primeras se dan también en el hablante bilingüe, mientras que el resto son propias de los traductores profesionales. Son las siguientes:

- Subcompetencia lingüística: dominio de las lenguas con las que se trabaja en todos sus niveles (morfológico, gramatical, sintáctica, lexicológico, terminológico y fraseológico) que implica un conocimiento tanto de las diferencias como de las similitudes en cuanto a los sistemas lingüísticos de ambas lenguas y su uso particular.
- Subcompetencia comunicativa (y cultural): en ambas lenguas que le permita comprender y reproducir textos idiomáticos en la lengua meta (LM) gracias a su conocimiento de la historia, entorno socio-cultural y esquemas conceptuales de la comunidad de origen y de la comunidad meta.
- Subcompetencia cultural.
- Subcompetencia textual que le permita comprender la naturaleza del texto al reconocer los principios organizadores y los esquemas formales y textuales característicos del texto de origen (TO) y del texto meta (TM). En este sentido destacan: los mecanismos de coherencia y cohesión que componen los textos, su estructura retórica o determinadas características que poseen los diferentes tipos de texto y que deben observarse para dotar a los TM de la flexibilidad necesaria.
- Subcompetencia "translativa" o capacidad de trasladar un texto de la LO a un texto de la LM sin interferencias y de acuerdo con el escopo- naturaleza, características- del encargo.
- Subcompetencia profesional o conocimiento del entorno laboral y del funcionamiento del mercado de trabajo.

Además de todas estas subcompetencias, Orellana (1998) describe requisitos que debe reunir un buen traductor tales como poseer inquietud o curiosidad intelectual por saber sobre cualquier tema y, para ello, afirma que es muy importante tener un cierto hábito de lectura. Otras características son:

- Contar con un rico y variado vocabulario o recursos para encontrar términos precisos.
- Poseer sentido crítico y mente analítica para identificar errores, contradicciones y distinguir frases buenas de malas, y para saber si un registro o estilo es adecuado o no, además de saber cuándo una traducción es buena o mala.
- Poseer un cierto don de síntesis para ser breves y concisos y evitar la palabrería o la redundancia.
- Tener una buena memoria retentiva para poder recordar con rapidez palabras, expresiones, fórmulas, etc. O bien tener recursos (bases de datos, ficheros personalizados, etc.) que agilicen la tarea de traducir.
- Poseer una buena disciplina mental: el traductor no es libre como lo son los escritores para dar rienda suelta a su imaginación. Debe respetar el texto original y no decir ni más ni menos.

Además de todas estas necesidades, es necesario añadir que el traductor y el intérprete en los servicios públicos, sobre todo en el caso de la figura del intérprete, debe contar con un buen dominio de sus emociones como, por ejemplo, el estrés, sus propios sentimientos, dominio de la concentración, etc. Esto es muy importante a la hora de enfrentarse a situaciones que implican una fuerte carga emocional, a situaciones de emergencia donde la rapidez es esencial, a conversaciones paralelas a la vez, etc.

Numerosos autores coinciden en que la TISP en España no cuenta con una posición privilegiada debido a que es un campo joven, así pues, siguiendo la línea de Valero, Campos López (2005) afirma que la interpretación y mediación intercultural en los servicios públicos todavía no es un ámbito de trabajo profesional reconocido en numerosos países, entre ellos España. Destaca la gran falta de profesionalización que hay en la TISP, debido a que muchos profesionales de nuestro país todavía no saben o no pueden distinguir entre saber idiomas y entre las competencias que se tienen que desarrollar para traducir o interpretar y, a raíz de esto, no reconocen la necesidad de contratar a profesionales cualificados.

En primer lugar, podemos afirmar que el hecho de haber adquirido una competencia traductora no implica saber mediar. Sales (2005) sostiene que la traducción/interpretación es sólo un ámbito de la mediación, que se perfila como una modalidad de intervención social y, Carmen Valero (2001:822), asume que el mediador es mucho más que un traductor e intérprete, pues la traducción es únicamente un aspecto de la mediación, que por sus necesidades requiere formación en lenguas, en traducción/interpretación, en comunicación intercultural, en tradiciones y hábitos culturales de las diferentes culturas implicadas, en campos de especialidad relacionados con los servicios públicos (medicina, derecho, educación, etc.), etc. En definitiva, cuando sin la ayuda de una tercera persona no se pueden resolver negociando los obstáculos para llegar a acuerdos, estamos hablando de la necesidad de mediación. Según Carlos Giménez (1997:142), la mediación intercultural es una

modalidad de intervención de terceras partes orientada hacia *“la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados”*. Esto quiere decir que, un mediador intercultural no es siempre un mediador interlingüístico ya que, por ejemplo, puede necesitarse un mediador intercultural cuando se debe establecer una comunicación entre población española y población latina, y ambos comparten el mismo idioma, o entre payos y gitanos que también compartan la misma lengua. A la pregunta de si debe el intérprete ser también mediador intercultural, Bárbara Navaza (2009) afirma:

"El mediador intercultural es un profesional que, además de posibilitar la comunicación lingüística, consigue que los interlocutores entiendan los códigos culturales del "otro". [...] Para poder trasvasar el sentido de un discurso de una lengua a otra es necesario poseer conocimientos lingüísticos, pero también paralingüísticos y culturales. A nuestro entender, resulta evidente que el intérprete necesita estar en posesión de estas competencias para realizar su trabajo de manera efectiva. Sin embargo, a veces persiste la creencia de que la traducción/interpretación está solo vinculada a las palabras, y no a las ideas que se esconden detrás de ellas". (Navaza, 2009:142)

Sin embargo, por muy necesarios que sean estos profesionales, la mayoría de los servicios sanitarios españoles no cuentan actualmente con traductores/intérpretes. Quienes se encargan de atender las necesidades de mediación, traducción e interpretación son voluntarios, familiares de los pacientes, amigos o gente de las asociaciones de inmigrantes. Es decir, se recurre a gente sin formación y, en ocasiones, se utiliza también al personal médico y administrativo de origen extranjero para llevar a cabo estas tareas. En general, los intérpretes/mediadores que trabajan en los servicios públicos lo hacen a través de las universidades, de ayuntamientos, de entidades privadas o de ONGs. Además, suelen asumir otras funciones que tienen que ver con la sensibilización, la formación o la orientación. Por ejemplo, la ONG "Salud entre culturas", cuya sede está en el Hospital Ramón y Cajal, presta servicios de interpretación y también organiza talleres de concienciación sobre VIH u otras enfermedades en Hospitales u otras ONGs.

Como prueba de estos datos, Dora Sales y Carmen Valero realizaron un estudio en 1998 y otro en 2002 recogido en "Translating for new multicultural realities: the complex nature of translating as a socio-cultural practice" (2005), en el que preguntaron sobre las principales dificultades que encontraban en su trabajo a personas que trabajaban en Madrid como traductores e intérpretes (la mayoría de ellos eran inmigrantes) para ONGs o para el gobierno, o como voluntarios o asistiendo a familiares y amigos. El 75% en 1998 y el 55% en 2002 contestaron que comprender los términos técnicos o semitécnicos. En 1998, casi ninguno había recibido formación como intérprete o traductor, pero dijeron que les gustaría y, en 2002, algunos de ellos habían recibido formación en la Universidad de Alcalá y otros como mediador cultural en ONGs o en el EMSI (Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid). Además, el 98% en 1998 y el 70% en 2002 sentían que su tarea iba más allá de la traducción literal y que tenían que explicar palabras técnicas o expresiones difíciles.

Finalmente, es necesario señalar que, a pesar de todo el camino que aún queda por recorrer, España es un país cada vez más multicultural y que demanda la figura del intérprete

profesional para que exista una buena comunicación en ámbitos tan esenciales como el sanitario.

2.2. ¿Qué es la cultura?

¿El término cultura se refiere únicamente a la cultura de un país o a la de una etnia o grupo geográfico? ¿Se puede aplicar a profesiones, generaciones, sexos, clases, etc.? El término cultura es uno de los términos más difíciles de definir y de enmarcar. Aún así, es un aspecto que interesa mucho a los psicólogos, sociólogos y otros profesionales del ámbito social. Para poder medir y comparar culturas, estos investigadores tratan de situarlas en dimensiones o agrupaciones de diferentes elementos subjetivos (valores, creencias, actitudes, normas, roles, etc.) que son compartidos por los miembros de un mismo contexto cultural. Las teorías o estudios principales en las que me apoyaré son: la teoría de las dimensiones culturales de Hofstede y los estudios llevados a cabo por el grupo CRIT. En una tercera parte, creo oportuno hablar de la religión como uno de los aspectos más importantes de la cultura basándome en autores como Valentin Mballa, Brigitte Tison o Isabelle Lévy.

A pesar de la dificultad de definirla, considero que la siguiente definición, extraída de Brigitte Tison (2007), recoge en mayor medida diferentes aspectos de la misma:

"La culture ou civilisation, prise dans son sens ethnologique large, est cet ensemble complexe englobant les connaissances, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société". (Tylor. The origin of culture). Dans ce sens large, les valeurs d'une société [...], les coutumes alimentaires [...], les rites de mariage, la langue, la religion dominante d'un pays... participent de la culture d'une société. L'anthropologie nous pousse à retenir que toute culture peut changer, qu'il n'y a pas de culture qui ne soit faite de métissage, d'hybridation et qui n'évolue avec le temps. Enfin, on notera que la culture nous est inconsciente et que c'est par comparaison avec les autres cultures que notre culture est mise en relief." (Brigitte Tison, 2007: V)

2.2.1. Las dimensiones culturales de Hofstede

El holandés Geert Hofstede (1980) fue pionero en identificar dimensiones culturales. Aunque más recientemente se identifican cinco dimensiones, él distinguió las cuatro primeras que aparecen a continuación:

- Individualismo-colectivismo (la más importante)
- Distancia de poder
- Masculinidad-feminidad
- Aversión a la incertidumbre
- Orientación a corto/largo plazo, propuesta por Bond *et al.* (1987)

Hofstede sostiene que las diferentes variables como, por ejemplo, la geográfica o la económica, afectan a estas dimensiones. Por consiguiente, no serían dimensiones estables al cien por cien. Éstas corresponden con los problemas a los que, según Inkeles y Levinson (1969), todos debemos enfrentarnos: la relación del individuo con el grupo, la relación con la

autoridad, la relación entre géneros y el control sobre lo desconocido. Así pues, las culturas se diferenciarían según la manera de hacer frente a estos problemas.

Desde esta perspectiva, la cultura define la identidad de un grupo del mismo modo que la personalidad delimita la identidad del individuo (Hofstede, 2001). Como dice Gárvia Stewart (2009): "*La cultura sería como una programación mental colectiva (incluyendo formas de pensar, sentir y comportarse) que distingue a los miembros de un grupo o categoría de personas de aquellos que no lo son.*" Estos programas pueden venir heredados o aprendidos. Así, Hofstede distingue tres niveles de programación mental: individual, colectiva y universal. El nivel individual corresponde con lo que llamamos personalidad, de lo que parte de ella es genética, el nivel colectivo hace referencia a la cultura, cuya mayor parte es aprendida y, el nivel universal es el que compartimos todos los seres humanos, la naturaleza humana, que es heredada y que determina nuestra función física y psicológica básica como, por ejemplo, los sentimientos o las sensaciones como el amor, el enfado, la ira o el temor.

El concepto de cultura es más aplicable a sociedades que a naciones. Para aproximarse a la cultura nacional, se observan las personalidades individuales más frecuentes en una sociedad aunque, el término cultura se puede aplicar a naciones, organizaciones, religiones, profesiones, etc. (Zarías Nazel, 2007)

En relación con las dimensiones anteriormente citadas, en primer lugar, el **individualismo-colectivismo** es una dimensión de variación cultural que separa a las culturas en individualistas o colectivistas según el grado de "*independencia emocional de grupos, organizaciones y otros colectivos*" (Hofstede, 1980:157). Las culturas individualistas serían aquellas en las que los vínculos entre los individuos son débiles y se espera que cada uno cuide de sí mismo y de su familia. Por el contrario, una cultura es colectivista si las personas, desde su nacimiento, se integran en endogrupos fuertes y cohesionados, que a lo largo de la vida les proporciona protección a cambio de lealtad incondicional (Hofstede, 1991:51).

Llegados a este punto, cabe destacar la importancia del *yo*, el autoconcepto, en las culturas individualistas y en las colectivistas. Según Elena Gárvia Stewart (2009:428): "*El autoconcepto global de una persona está formado por los distintos roles que desempeña, los contextos en los que se desenvuelve, las actividades que realiza, los rasgos que posee, el estado de ánimo que presenta en cada ocasión, etc.*". Así pues, los individualistas conciben al individuo como autónomo e independiente mientras que las culturas colectivistas lo conciben en términos de sus relaciones con otros. La percepción de uno mismo, en los individualistas, está centrada en atributos internos, estables y abstractos y, en los colectivistas, en situaciones específicas, contextuales. Finalmente, los individualistas explican sus éxitos por causas internas y los fracasos por causas externas y ocurre lo contrario con los colectivistas, quienes explican los éxitos por causas externas y los fracasos por causas internas.

En segundo lugar, la dimensión de **distancia de poder** se define como "*el grado en el cual una sociedad acepta la distribución desigual de poder en instituciones y organizaciones*" (Zarías Nazel, 2007:90). Las instituciones corresponderían a los elementos básicos de la sociedad: la familia, la escuela, etc., y las organizaciones los lugares donde los individuos trabajan (Hofstede, 1991). Esta categoría es muy importante puesto que la representación de

la percepción del subordinado al poder de su superior determina su comportamiento. Entre los países con distancia jerárquica elevada, encontramos a Francia, Bélgica, Italia y España, los países de América del sur, los países árabes y de África negra. Por el contrario, los países germánicos, escandinavos y anglosajones tienen menos distancia de poder.

En tercer lugar, la dimensión de **aversión a la incertidumbre** es *"el grado en el cual los miembros de la sociedad se sienten incómodos en situaciones no estructuradas [...], nuevas, desconocidas, sorprendidas e inusuales."* (Farías Nazel, 2007:91). Estas sociedades se orientan siguiendo unas reglas, leyes y controles para que el riesgo de situaciones de incertidumbre disminuya. Aquí se consideran tres componentes: la necesidad de reglas, el deseo de un empleo estable y el estrés que se tiene en el día a día. Por un lado, entre los países con un control elevado de la incertidumbre encontramos a los países europeos Francia, Bélgica, Italia y España, a los países de América latina (Méjico, Colombia, Venezuela, Perú, Chile y Argentina) y a Japón. Por otro lado, los países con que tienen poco control de la incertidumbre son los países escandinavos y anglosajones, el sudeste asiático, países emergentes como la India y en vías de desarrollo como los países africanos. Los países que aceptan mejor la incertidumbre toman más iniciativas y se arriesgan más, mientras que los otros prefieren tener seguridad y esto les impide arriesgarse.

La cuarta dimensión, la de **masculinidad**, se define como *"el grado en el cual valores como asertividad, desempeño, éxito y competición, los que son asociados con el rol masculino, prevalecen sobre valores como la calidad de vida, relaciones personales, servicio, solidaridad, los que son asociados con el rol femenino"* (Farías Nazel, 2007:92). En una cultura "masculina" se vive para trabajar y, en una "femenina" se trabaja para vivir (Farías Nazel, 2007:92).

Por último, la quinta dimensión, la de **orientación a corto/largo plazo**, se define como *"el grado en el cual los miembros de una sociedad aceptan postergar la gratificación de sus necesidades materiales, sociales y emocionales"* (Farías Nazel, 2007:92). Estas sociedades valoran los compromisos de largo plazo y esperan como resultado del duro trabajo una recompensa a largo plazo.

A raíz de comparar estas dimensiones con variables económicas, demográficas y geográficas, Hofstede creó una hipótesis en la que sostiene que existe interrelación y una cierta dependencia entre los diferentes factores. Por un lado, cuanto mayor número de habitantes haya, mayor es el índice de distancia de poder, es decir, al ser poblaciones más grandes, existe más distancia entre los individuos. Por otro lado, la distancia de poder disminuye si existe mayor riqueza en la sociedad. Paralelamente, si se da un rápido crecimiento económico en la población, aumenta la aversión a la incertidumbre produciendo ansiedad en ella. Además, si existe mucha riqueza económica, el individualismo aumenta porque provoca que los recursos aumenten y cada uno pueda tener objetos para ellos solos. Por último, afirma que cuanto mayor es el tamaño de la población, más "masculina" es la sociedad, es decir, se preocupa más por la riqueza, los logros personales, el éxito y lo material, volviéndose más ambiciosa.

De acuerdo con los resultados de un estudio que Hofstede realizó en las delegaciones de la multinacional IBM en 72 países, las culturas industrializadas de occidente, generalmente,

valorarían más el individualismo, mientras que las culturas asiáticas y los países latinoamericanos se inclinarían más por el colectivismo. Es lógico pensar que los países que presenten puntuaciones más aproximadas en las diferentes dimensiones tenderán a tener mejor relación y a que existan menos problemas de comunicación. Sin embargo, aunque las culturas no compartan los mismos índices en las dimensiones antes citadas, con una actitud empática, tolerante y abierta al diálogo los problemas de comunicación se reconocerán, disminuirán y se resolverán.

Como conclusión, las dimensiones encontradas por Hofstede suponen la base para muchos estudios, entre ellos el de la comunicación intercultural. Numerosos estudios posteriores concuerdan con su diferenciación, haciendo su teoría una de las más importantes. A continuación, seguiremos hablando de estudios interculturales, esta vez, estarán más relacionados con la interacción comunicativa propiamente dicha.

2.2.2. Los estudios interculturales del Grupo CRIT

Según los estudios interculturales realizados por el Grupo CRIT (*Culturas cara a cara* (2006) y *Claves para la comunicación intercultural* (2003)), la cultura puede dividirse en dos tipos de cultura: la “cultura material” y la “cultura comunicativa”. El primer tipo de cultura aborda aspectos que tienen que ver con la manera de vestir, la gastronomía, la casa, las fiestas, etc. La cultura comunicativa se manifiesta en la manera de conversar y de interactuar. Las personas pertenecientes a una cultura determinada tienen una organización social, una forma característica de gestualizar, de gestionar los turnos de palabra, de dirigirse a los interlocutores, de abordar temas delicados, etc. Como este tipo de cultura es más difícil de percibir, los problemas derivados de la cultura comunicativa son mucho más graves.

En cualquier interacción comunicativa se cumplen principalmente dos funciones: la referencial y la interpersonal. La información referencial nos la transmitimos mediante enunciados construidos en base a principios gramaticales y la información interpersonal se expresa mediante determinados usos verbales, mediante los rasgos paralingüísticos el volumen de voz, por ejemplo, y mediante los patrones de distribución del tiempo y del espacio.

Además, existen unas máximas que todos los interlocutores tienden a seguir de una manera u otra en una situación comunicativa. Éstas son: contenido, veracidad y manera. Hay que tener en cuenta que no coincide la manera de seguir los patrones en todas las culturas. Por ejemplo, en cuanto a la máxima de veracidad, hay culturas que aceptan o no las mentiras piadosas en determinadas situaciones, lo que puede ser distinto de la otra cultura en cuestión.

El tiempo en el que transcurre la interacción comunicativa es también muy importante, ya que la manera de estructurar la conversación y los turnos de palabra varía también.

Por otro lado, el espacio nos da diferente información. Aquí hablamos de datos “microespaciales” y datos “macroespaciales”. Los datos microespaciales son los transmitidos por el lenguaje no verbal, es decir, por el rostro, los ojos, la boca, la postura corporal, etc. Los datos macroespaciales son los del espacio que rodea a los interlocutores. Los que más nos

interesan son los datos microespaciales, en los que habrá que tener presente posibles diferencias en cuanto a:

- Las distancias establecidas o aceptables entre los cuerpos de los interlocutores
- Si se admite el contacto corporal, en qué zonas y con qué intensidad y duración es aceptable
- Las posturas que se suelen adoptar en las distintas situaciones
- Si se admite la gestualidad manual, la frecuencia y la intensidad, y que puede que no signifiquen lo mismo en todas las culturas
- El grado de expresividad del rostro establecido en una interacción comunicativa, sobre todo en lo referente a las cejas y a la boca
- Si se acepta o es habitual la mirada directa a los ojos o a otras partes del cuerpo, en qué momento de la conversación y durante cuánto tiempo

Según Gaviria (2009:52) se puede apreciar que el contacto físico es más bajo en los países individualistas como EE.UU., Europa del Norte e Inglaterra y es más cercano en países colectivistas de Europa Mediterránea, Arabia y América Latina. A pesar de que sea universal el hecho de mantener cierto espacio personal, cada cultura tiene una distancia más o menos específica dependiendo de la situación o en el contexto en el que se encuentre el sujeto. Hall (1966) diferencia las culturas en culturas de alto o de bajo contacto. Las personas de una cultura de alto contacto mantienen poca distancia a la hora de interactuar y, además se tocan frecuentemente mientras que en las culturas de bajo contacto sucede lo contrario. Las culturas de alto contacto serían las mediterráneas (y Oriente próximo), las latinoamericanas y las de Europa del este y, las de bajo contacto, las anglosajonas y de Europa del norte. Por ejemplo, los árabes suelen sentarse más cerca del interlocutor que los estadounidenses o los canadienses (Stewart, 2009:57).

Por otro lado, cuanto más desarrollado económicamente esté un país, más ordenación escrita existe, y esto regula las interacciones y el espacio personal. Dos sociólogas latinoamericanas lo explican así:

"La regulación del espacio y de la interacción es mucho más rígida en Europa que en América Latina, existiendo en aquella muchas más reglas de control verbal, de limpieza, de distancia física y de ordenamiento explícito del espacio a ocupar y de cómo interactuar. Si las normas del "espacio hábitat" orientan y regulan de forma estricta, las del "espacio calle" son aún más formales. Las ciudades europeas se han transformado en "ciudades escritas". Toda información figura en afiches o está simbolizada en un plano: uno no pregunta el camino sino que estudia el plano del barrio. En América Latina la ciudad es más "verbal", se conversa más: se pregunta por una calle, se pide consejo para un recorrido, se interroga sobre el horario de los trenes" (Vásquez y Araujo, 1990:52).

Para concluir, a la hora de establecer una comunicación con una cultura diferente, hay que tener en cuenta que todos los patrones comunicativos que para nosotros son normales y que estamos acostumbrados a que se desarrollen "a nuestra manera" en una conversación, puede que no se cumplan al cien por cien en una conversación con una persona que tenga una cultura diferente.

2.2.3. Las religiones

Parece oportuno consagrar un subapartado únicamente a la religión puesto que es un aspecto fundamental de la cultura de un individuo. En España, predomina la religión católica (un 69,3% se considera católico) ([La vanguardia](#), 2015), seguida de la musulmana, con un 3,6 % de la población ([El país](#), 2014). Además, coincide con el hecho de que la mayoría de estos creyentes son inmigrantes en España. Esto es muy importante ya que, por ello, esta religión se desconoce o se “malconoce”. A pesar de existir un número muy elevado de religiones, no abarcaremos el cristianismo porque considero que es más conocido por el personal sanitario español y nos centraremos en conocer aspectos importantes sobre el Islam y sobre las religiones tradicionales africanas, por ser las religiones mayoritarias en África y ser el objeto del presente trabajo. Aquí hay que señalar el hecho de que una cultura o una persona africana puede ser católica o musulmana y, a la vez, creer en las religiones de las que hablaremos, es decir, puede que sigan ritos de estas religiones mayoritarias pero también adoren a otras divinidades. Para documentarme sobre las religiones de las que hablaremos, me he basado, fundamentalmente, en la obra *Soins, cultures et croyances: Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux* de Isabelle Lévy, en páginas web oficiales y en los artículos de Louis Valentin Mballa.

2.2.3.1. El islam

Aunque el cristianismo cuenta con el mayor número de fieles en el mundo, en el año 2010, se estimaba que la población mundial musulmana estaba en torno a los 1.600 millones de personas (el 23 % de la población mundial), siendo la segunda mayor religión, según un estudio publicado por el Foro sobre Religión y Vida Pública del Pew Research Center ([ABC](#), 2011). El islam no sólo está presente en el norte de África o en Oriente Medio pues, casi dos tercios (62 %) de los musulmanes viven en Asia-Pacífico. La región de Medio Oriente y Norte de África cuenta con la mayor concentración de musulmanes (el 93 % de sus, aproximadamente, 341 millones de habitantes), en la zona de África subsahariana el 30 % de los habitantes es musulmán y, el 24 % de Asia-Pacífico también. ([Infobae América](#), 2014).

En España, que cuenta con 47,1 millones de habitantes (según el NIE), 1.732.000 personas son musulmanas (el 3,6 % de esos habitantes) y, de esa cifra, 1.163.000 son extranjeros y 568.000 son españoles. De los que son extranjeros, 797.000 vienen de Marruecos, pero también vienen de Argelia, Bangladesh, Senegal, Pakistán, Nigeria, etc. Entre los que son españoles, hay musulmanes nacionalizados españoles, hijos de parejas mixtas y españoles conversos. Las comunidades autónomas con más población musulmana son: Cataluña, Andalucía, Madrid, Comunidad Valenciana y Murcia. Respecto a cuáles son los municipios, éstos son: Barcelona, Ceuta, Madrid, Melilla, Badalona, Cartagena, El Ejido (Almería), Málaga y Murcia. ([El País](#), 2014).

Con la situación mundial actualmente de confusión entre lo que es el Islam propiamente dicho, parece oportuno describir más detalladamente esta religión para no caer en equivocaciones motivadas por desconocimiento, prejuicios y estereotipos.

El Islam es una religión monoteísta que significa literalmente "*Paz, sometimiento a la voluntad propia, y estar en amistad y concordia*" (Comunidad Musulmana Ahmadía,[El Islam, islamahmadiyya](#)), es una práctica espiritual destinada a reglamentar la vida cotidiana. Así, los objetivos del islam deben ser entendidos como, por un lado, acercar al ser humano a dios, estableciendo una relación entre ambos y, por otro lado, crear buenas relaciones entre los hombres. Las creencias básicas de los musulmanes son:

- La creencia en dios: es único, incomparable, es el único con derecho a ser adorado y no tiene hijos. El islam niega que se le atribuya cualquier forma a dios.
- La creencia en los ángeles: creen que existen y son criaturas honorables que adoran y obedecen a dios. Uno de los más importantes es Gabriel, que reveló el Corán al profeta Mahoma.
- La creencia en los libros revelados por dios: El libro sagrado de los musulmanes es el Corán y, en su interior se recoge la palabra sagrada que Alá le transmitió a Mahoma, es decir, las enseñanzas y los códigos a seguir para todo musulmán.
- La creencia en los profetas y mensajeros de dios: en orden fueron: Adán, Noé, Abraham, Ismael, Isaac, Jacob, Moisés, Jesús y Mahoma. Mahoma sería el último profeta enviado por dios.
- La creencia en el Día del Juicio/de la resurrección: Según el Corán, el Día del Juicio (*Yaomidín*) el universo se acabará, los muertos serán resucitados, juzgados por dios y sus actos recompensados. Cuando llegue la muerte, según las acciones y la manera de obrar del creyente, pasará a ser recompensado con la vida en el paraíso, más próximo a dios, o castigado con el infierno, siendo el infierno un lugar temporal puesto que los que estén en el infierno serán librados finalmente de este lugar.(Comunidad Musulmana Ahmadía,[El Islam, islamahmadiyya](#)).
- La creencia en Al-Qadar: *Al-Qadar* es la divina predestinación, aunque los seres humanos tienen libre albedrío porque dios se lo ha dado y, por ello, son capaces de elegir entre hacer el bien o el mal y responsables de sus decisiones y actos. La divina predestinación incluye la creencia en que dios sabe todas las cosas, tanto el pasado como el futuro, dios ha registrado todo hasta el día del Juicio, sucede lo que dios quiere y no sucede lo que dios no quiere y, por último, dios es el creador de todo (Una breve guía para entender el islam, [Islam Guide](#)).

Sin embargo, en cuanto a la visión de la vida terrestre, aunque se crea en el paraíso, el islam no considera que la vida en la tierra deba estar llena de sufrimientos o que sea un castigo por un pecado original. El islam promueve que la vida es un regalo divino en el que el hombre puede sentirse cerca de Alá y esperar la perfección sirviéndose de las posibilidades ofrecidas por el cuerpo y el espíritu. Para la vida terrestre, el Corán ordena el bien y prohíbe el mal, lo que hace referencia tanto a comportamientos y creencias como a caracteres personales. (*Qu'est-ce que l'islam*, [Islamfrance](#)). Un ejemplo de esto:

"Los creyentes y las creyentes son aliados unos de otros, ordenan lo reconocido como bueno y prohíben lo reprobable, establecen el salat, entregan el zakat y obedecen a Alá y a Su Mensajero. A éstos Alá les hará entrar en Su misericordia; es cierto que Alá es Poderoso, Sabio" (El Corán, 9:71). (Centro cultural islámico de Madrid, [Centro islámico](#))

A continuación, describiremos los cinco pilares en los que se apoya el Islam, donde no existen discrepancias entre las distintas creencias islámicas (sunitas, shiítas u otros). La práctica de estos cinco preceptos ayuda al musulmán a conducirse de manera que se cumplan los objetivos antes mencionados del islam.

- Profesión de fe (*chaada*)
- Oración (*salat*)
- Ayuno (*savn*)
- Limosna (*zakat*)
- Peregrinación (*hadj*)

La declaración de fe es el primer principio y el más importante, el Islam implica la fe en un dios único y absoluto y en su enviado, Mahoma.

La oración es el segundo pilar, el necesario para acercar al hombre con dios. Hay que rezar orientado hacia la Meca cinco veces al día: aproximadamente una hora antes del amanecer, al principio de la tarde, al final de la tarde (hasta media hora antes de la puesta de sol), después de que se vaya el sol y antes de acostarse. Los rezos se practican tras haber realizado una purificación espiritual. Aunque los rezos sean obligatorios para todo musulmán, las mujeres que tienen la menstruación, los enfermos y a los viajeros están exentos. Se permite combinar las oraciones del mediodía con las de la tarde (si no se ha podido hacer en el momento adecuado) o la de después de que se vaya el sol y la de antes de acostarse. Se puede rezar en cualquier sitio salvo el rezo del viernes a mediodía, que tiene lugar en la mezquita por ser el día sagrado del culto musulmán. (Lévy, 2008)

A la hora de rezar, el musulmán debe estar en estado de limpieza y, para ello, se realizan unos lavados que se conocen como abluciones. No es obligatorio hacer las abluciones siempre antes de rezar, sólo si se está en un estado impuro. La impureza puede ser de mayor o menor "gravedad" dependiendo de diferentes actos. Se considera estado de impureza mayor si se ha estado en contacto con un cadáver, si se tiene la menstruación o si se ha expulsado esperma. Los desechos que tienen que ver con la función de eliminación del cuerpo como la orina o las ventosidades pertenecerían a impurezas menores. Dependiendo de la "gravedad" de la impureza se realiza un lavado más o menos exhaustivo.

El tercer pilar, el del ayuno, se refiere al ayuno durante el mes islámico de Ramadán. Es una manera de purificarse espiritual y físicamente, acercarse a dios y solidarizarse con el sufrimiento de los pobres y necesitados. Es un ayuno íntegro de comida, bebida y relaciones conyugales desde que amanece hasta la puesta de sol. Se hace durante el mes que el Corán se le reveló a Mahoma y los musulmanes ayunan porque cuando el ángel se le apareció a Mahoma, él estaba en ayunas. Es muy importante saber que está permitido que no se ayune a

los ancianos, a los enfermos, a los niños, a las mujeres embarazadas, con la menstruación o que dan el pecho, a los viajeros. Éstos pueden compensarlo dando comida a los necesitados (Comunidad Musulmana Ahmadía, [El Islam, islamahmadiyya](#)).

El *zakat*, el cuarto pilar del islam, consiste en purificar la riqueza dando una parte a los pobres, desvalidos, para quienes sirven al islam y para las buenas acciones.

Por último, el quinto pilar es el de la peregrinación a la Meca, práctica que todo musulmán debe realizar al menos una vez en su vida si dispone de medios y si su condición física se lo permite. El punto central es la *Kaaba*, que se piensa que fue el primer centro construido por el profeta Abraham y su hijo y, después, por el mismo Mahoma para adorar a dios (Comunidad Musulmana Ahmadía, [El Islam, islamahmadiyya](#)).

A continuación hablaremos de algunas de las festividades más importantes para los musulmanes, a saber:

L'Aïd el Kébir o *L'Aïd el Adha*, en castellano, la fiesta del sacrificio, tiene lugar diez semanas después del término del ramadán y marca el término de la peregrinación a la Meca. Esta fiesta recuerda la obediencia del profeta Abraham cuando dios le pidió que sacrificara a su hijo Ismael. Al ver que le iba a obedecer, paró su brazo y sustituyó a Ismael por un animal. Por esto, se sacrifica un cordero girándolo hacia la Meca y se comparte las mejores partes a los pobres, familiares, amigos y vecinos (Lévy, 2008).

Eid al-Fitr es la fiesta que indica el fin del ramadán. En este día se agradecen las bendiciones del ramadán y asisten a la mezquita a rezar en congregación y visitan a sus amigos y familiares para darse regalos. Deben ponerse ropa nueva y cocinar algo especial para comer con amigos y vecinos (Comunidad Musulmana Ahmadía, [El Islam, islamahmadiyya](#)).

Otras fiestas son las bodas y los nacimientos. Cuando nace un niño o una niña, se celebra con el sacrificio de un animal y con un convite en casa con amigos y familiares y, cuando termina de leer el Corán por primera vez, también hacen una fiesta en la que los invitados traen chucherías y rezan por él.

Otro aspecto a tener en cuenta para el personal sanitario es el de la alimentación que, a priori, pensando en la religión cristiana donde, no hay restricciones salvo en alguna festividad durante el año, no parece importante pero, en el caso del islam, es fundamental. En el islam, los alimentos lícitos se llaman *halal* y, los ilícitos *haram*. Se piensa que la carne que viste el alma deriva de la alimentación que se sigue. En la sura 5 del Corán, se dice lo siguiente:

"Os está vedada la carne mortecina, la sangre, la carne de cerdo, la de animal sobre el que se haya invocado un nombre diferente del de Alá, la de animal asfixiado o muerto a palos, de una caída, de una cornada, la del devorado parcialmente por las fieras -excepto si aún lo sacrificáis vosotros-, la del inmolado en piedras erectas. [...] Si alguien se ve compelido durante un hambre, sin intención de pecar,...Alá es indulgente, misericordioso." (Sura 5, El Corán, [Arabespañol](#))

En resumen, con lo anterior y con otros añadidos, las prohibiciones alimentarias de los musulmanes son:

- Los animales muertos por causas naturales
- La sangre
- El cerdo
- Animales matados invocando otro nombre del de Alá
- Los animales muertos por otro método que no sea el degüello
- El alcohol

Por último, es necesario resaltar que estas prohibiciones se siguen o no dependiendo de la religiosidad de cada uno. Un musulmán puede ser musulmán pero no seguir todo el Corán al pie de la letra. Algunos dan más importancia al hecho de rezar cinco veces al día pero no respetan la prohibición de beber alcohol o, por el contrario, puede rezar menos veces al día o no ir los viernes a la mezquita y no por ello ser menos musulmán que otro. Lo mismo pasa, como veremos más adelante, con el velo en las mujeres puesto que, algunas mujeres musulmanas no lo llevan y siguen siendo igual de musulmanas que otra mujer que sí lleve velo.

a) **Matrimonio y visión del hombre y la mujer**

En todas las religiones, el matrimonio está estipulado como el culmen de la felicidad, de la misma manera que la soltería está mal vista. En el islam, el matrimonio no es un sacramento religioso como lo es para el cristianismo, sino que es más bien un contrato negociado entre dos familias. Sin embargo, la mujer debe dar su consentimiento y no estar obligada a casarse, según lo estipula el Corán. Además, el libro sagrado insiste en la importancia del amor y de la indulgencia. En algunas partes, tanto el hombre como la mujer, se consideran iguales pero, en numerosas ocasiones se hace referencia a la superioridad del hombre como, por ejemplo, es él quien tiene el deber de asegurar a su familia de medios de subsistencia o el que puede casarse hasta cuatro veces si se asegura de que tratará a todas sus mujeres por igual. En cuanto al divorcio, el Corán lo reprueba. La mujer divorciada pasará a tener un estatus de repudiada. (Lévy, 2008) También se puede repudiar a la esposa por ser estéril (Sáez, 2010: 10). Por lo tanto, conviene ser cautos al abordar temas como el divorcio y la esterilidad con personas musulmanas.

Otro tema delicado es el de la menstruación pues, según el Corán, la mujer es impura durante este periodo, y por ello no pueden entrar en una mezquita, rezar, tener relaciones sexuales o practicar el ayuno en Ramadán (Lévy, 2008). *"Es un mal. ¡Manteneos, pues, aparte de las mujeres durante la menstruación y no os acerquéis a ellas hasta que se hayan purificado! Y cuando se hayan purificado, id a ellas como Allah os ha ordenado"* (Corán, 2:222).

Otro tema muy importante y que hay que tener en cuenta con pacientes que pertenezcan a esta religión, es el del contacto visual. En el Corán se dan pautas sobre esto tanto a hombres como a mujeres para evitar y prevenir la inmoralidad. Para el hombre, el Corán dice: *"Di a los creyentes que bajen la mirada y que guarden su castidad, esto conviene más a la pureza --[y.] ciertamente, Dios está bien informado de lo que hacen."* (Corán, 24:30). Es decir, dios le ordena que baje la mirada ante ellas para que el hombre sea casto. En cuanto a las mujeres:

"Y di a las creyentes que bajen la mirada y que guarden su castidad, y no muestren de sus atractivos [en público] sino lo que de ellos sea aparente; así pues, que se cubran el escote con el velo. Y que no muestren sus atractivos a nadie salvo a sus maridos, sus padres, sus suegros, sus hijos, los hijos de sus maridos, sus hermanos, los hijos de sus hermanos, los

hijos de sus hermanas, las mujeres de su casa, aquellas que sus diestras poseen, aquellos sirvientes varones que carecen de deseo sexual, o a los niños que no saben de la desnudez de las mujeres; y qué no hagan oscilar sus piernas a fin de atraer la atención sobre sus atractivos ocultos." (Corán, 24:31).

De esta manera, la mujer debería llevar un velo que, para ellas, refleja la rectitud, la moral, la pertenencia a la fe musulmana y la humildad ante Alá. Es por ello que, muchas veces, si un matrimonio musulmán acude a la consulta, es el hombre quien hablará, aunque sea la mujer quien necesite atención médica. De todas formas, llevar el velo no es un pilar del islam y, cada vez más mujeres, deciden no llevarlo porque piensan que se ha convertido más en una medida de cara al "qué dirán" y que no se hace para agradar a dios.

b) Anticoncepción, embarazo y lactancia

Como hablar de sexualidad para los musulmanes es tabú, también lo es hablar de anticoncepción. Sin embargo, el Corán autoriza a las mujeres (siempre dentro del matrimonio) que usen métodos anticonceptivos para controlar los embarazos por problemas económicos o de salud. La esterilización permanente, como la vasectomía o la ligadura de trompas, está prohibida en el Corán (Lévy, 2008:121) y, como hemos visto anteriormente, la mujer puede ser repudiada por ser estéril. En cuanto a la inseminación artificial, no se acepta si el semen no es del cónyuge y están prohibidas las manipulaciones genéticas salvo si de verdad funcionan para tratar la esterilidad (Lévy, 2008:130).

El islam no acepta el aborto voluntario salvo que se haga por razones de salud: malformaciones o peligro de la vida de la madre. Se cree que a partir del 120º día, el feto adquiere alma y, a partir de ese momento, se consideraría un crimen (Lévy, 2008:126).

Durante el embarazo, la mujer musulmana realizará o dejará de realizar ciertas acciones que piense que puedan dificultar o poner en peligro su embarazo como, por ejemplo, llevar amuletos o evitar mirar a cosas que le recuerden a la fealdad, para que su hijo no lo sea (Lévy, 2008:137-138). En el momento del parto, el marido está totalmente excluido y son las mujeres de la familia, las amigas y las vecinas quienes la dan apoyo en ese momento. Además, suelen ponerse *henna* en los pies y en las manos. Pasados siete días de que nazca el bebé, tiene lugar la ceremonia de la imposición del nombre.

Los cuarenta primeros días después de parto, la madre le suele dar al niño tisanas con anís o comino para que crezca bien y que le ayude contra los cólicos. También, son frecuentes los masajes con aceite de oliva para favorecer la circulación todas las mañanas hasta el cuadragésimo primer día y todas las noches hasta que tenga dieciocho meses. Hasta la edad de, al menos, un año, se le dará lactancia materna a demanda pero nunca delante de los hombres (Lévy, 2008, p.138-139). Además, a los niños se les practica la circuncisión para purificarlos espiritualmente hacia la edad de los doce años (Lévy, 2008:152).

c) Muerte y visión de la enfermedad

La concepción de la enfermedad, la manera de afrontar la muerte venidera o los ritos de fin de vida son aspectos muy importantes para cualquier religión y, más aún si se cree en un paraíso,

puesto que es necesario llevar a cabo una serie de ritos o costumbres para dejar la vida terrestre de la manera correcta. En el caso del islam, la enfermedad no se ve como un castigo o una maldición sino que se considera una prueba de fe y una manera de limpiar los pecados. Si el tratamiento no funciona, no es tanto la culpa de los profesionales de salud, sino que dios no ha querido que la curación tenga lugar. Aunque el concepto de enfermedad como prueba pueda verse reflejada también en el cristianismo, el concepto de sufrimiento no está valorizado en el islam. (Vassart, 2005: 16-19)

Mariam el Jellas, en la II *Jornada de Gestión de la diversidad cultural en el ámbito sanitario* que tuvo lugar en el Hospital Ramón y Cajal, dio algunas prácticas que se siguen habitualmente en la cultura del Magreb como, por ejemplo, recurrir a curanderos para tratar dolores o síntomas con plantas medicinales como el comino, el orégano, etc. Distinguió dos formas de medicarse, los remedios naturales y los remedios que se conocen como occidentales. En cuanto a la enfermedad mental, afirmó que es habitual que se asocie con la posesión de yins o demonios y que se suele creer que no es posible una curación para estas enfermedades mediante la medicina habitual. Es por esto que, a veces, se pueden llegar a practicar exorcismos para que el demonio que habita en el cuerpo salga de él.

Si se acerca el final de la vida, es muy importante que el personal sanitario intente no descuidar ciertas pautas que relevan de lo religioso para que el paciente tenga la tranquilidad de que abandonará la vida como dios quiere. El paciente debe estar orientado hacia la Ka' Bah de la Meca sobre su costado derecho o bocarriba pero sus pies deben estar girados hacia la Meca. Además, habrá que lavarle para que esté purificado. Es mejor que esto lo haga un miembro de la familia del paciente o algún profesional de culto (Vassart, 2005:19).

2.2.3.2. Las religiones tradicionales africanas

El número estimado de seguidores de las religiones tradicionales africanas es considerable. Azcárate (2001) afirma que hay unos doscientos millones en todo el continente, lo que representa el 31 % de la población y, además, señala que los católicos no pasan del 12 %. Aún así, sostiene que predomina en las áreas rurales y que es una cifra orientativa puesto que es difícil que se declaren creyentes de estas religiones. Estas prácticas religiosas se llaman: animismo, ancestrismo, totemismo, fetichismo y vitalismo.

Además, Azcárate nos muestra las claves que, según Juan González Núñez, comparten las religiones tradicionales africanas a pesar de sus diferencias. A continuación analizaremos más detalladamente algunas de estas cuestiones que serán muy importantes a la hora de relacionarnos en la consulta médica con un paciente africano pues podría creer en estas religiones tradicionales. Los elementos principales serían:

- la existencia de un Ser Supremo
- la veneración del mundo de los espíritus
- la divinidad de los antepasados
- la unidad entre la religión y la vida
- el mantenimiento de una ética comunitaria

A estos cinco elementos, Valentin Mballa (2011) añade la existencia de especialistas que desempeñan funciones sagradas.

Valentin Mballa (2011) afirma que los creyentes de estas religiones normalmente veneran y ofrecen culto a los antepasados, quienes serían los espíritus intermedios que intervienen en el mundo porque el Ser Supremo (Dios) creó todo y después se retiró y cedió la relación con el mundo a estos espíritus. No obstante, también existe un culto directo a Dios. Así pues, existen estas divinidades asociadas al Ser Supremo que serían sus intermediarios y, también, los espíritus comunes, que viven en los árboles, los ríos y en cualquier lugar, y que incluso pueden aparecerse a los hombres y entrar dentro de sus cuerpos para poseerles y, de este modo, provocarles daños, dolores y enfermedades. Es por ello que se les rinde culto con sacrificios y oraciones, para que estén contentos y alejados del clan o de la familia.

Los antepasados, dice Valentin Mballa, son los mejores intercesores ante el Ser Supremo; se interesan por los asuntos de la familia y pueden avisar sobre los peligros inminentes. Son también los guardianes de las tradiciones y de la cultura. Quebrantar una de ellas, es una ofensa grave que puede ser castigada por los antepasados. (Valentin Mballa, 2011). Por esta razón, se debe estar muy atento para no incumplir ninguna de las normas referentes a los entierros, especialmente.

Respecto a los especialistas sagrados, la principal figura religiosa es *el curandero*, un médico del cuerpo y del alma que defiende al poblado de los males. También existen *el adivino*, *el herborista*, *el médico de brujos*, quien descubre y contrarresta los maleficios de brujos o hechiceros. Este último manipula las fuerzas sobrenaturales para dañar a los demás mediante magia negra y, el brujo, aunque suele ser una mujer, posee poderes maléficos que puede usar sin ser consciente de ello, con su presencia o una simple mirada. Si descubren que alguien es hechicero o brujo, se le castigará o expulsará, llegando a ser eliminados de la familia, del clan o de la tribu.

La característica "unidad de religión y vida" hace referencia al hecho de que cuando algún miembro de la tribu o del clan llega a ser jefe, bien sea por sucesión o que haya sido elegido por los Ancianos, aumenta de poder y se le eleva al rango de intermediario o vía entre las fuerzas de los antepasados y su descendencia.

Valentin Mballa (2011) describe la ética comunitaria del animismo africano como vitalista. Se entienden como buenas las acciones que favorecen, protegen o aumentan la vida del grupo y, por el contrario, como malas, las acciones que la perjudican. Si no se hacen cosas buenas, la vida del grupo se debilita y vienen desgracias. Esto ocurre también si se olvida a los antepasados, se falta al respeto a los ancianos, se viola un tabú sexual o se transgreden las tradiciones. Las desgracias pueden afectar tanto a los animales y a los campos como a los hombres y las mujeres mediante enfermedades o esterilidad.

Otros son seres humanos que murieron y no pudieron acceder a la categoría de antepasados. Incluso pueden ser animales que se han convertido en espíritus. Hay, finalmente, una ínfima categoría de espíritus, llamados fetiches. Éstos son los que dan poder a los hechiceros, en cuyos instrumentos mágicos habitan.

Muchas culturas africanas le atribuyen un alma a los animales, a las plantas, a los fenómenos naturales, a lo visible y a lo invisible, éstos serían adeptos del "animismo". Jesús Azcárate la define así:

"El animismo no es una religión estructurada como tal, sino un sentimiento religioso, común a varias formas de creencia (sobre todo, africanas), según el cual están dotados de alma no sólo los hombres, sino también los animales, vegetales y hasta los objetos inanimados. Esta presencia del alma corresponde a cada cosa o ser por sí al margen de la reencarnación de las almas. El animismo está ligado a las religiones tradicionales, que son las formas de creencia más extendidas en África. Puede afirmarse que un africano es animista si él o sus antepasados no se han convertido a otra religión." (Jesús Azcárate, 2001)

Valentin Mballa (2011) sostiene que el animismo es una filosofía que pernea varias religiones y se sitúa más allá de una religión formalizada o institucionalizada. Se presenta como una explicación de fenómenos más que una actitud hacia la causa de los fenómenos. También da algunas características más, aparte de las mencionadas anteriormente que serían comunes a las religiones tradicionales africanas, a saber: fusión de los binomios individuo-comunidad, presente-pasado y objeto-símbolo y ofrecimiento de sacrificios expiatorios. Así pues, estas personas creen que existe una fuerza vital que está presente en todos los seres, tanto animados como inanimados, y también en su interrelación entre el mundo de los vivos y el de los muertos. Por ejemplo, esta veneración de los seres inanimados se percibe en los nombres de las personas ya que existe la costumbre en muchos pueblos de poner apellidos o nombres de animales u otros elementos de la naturaleza como, por ejemplo, elefante "*Nzoku*", cocodrilo "*Ngando*" o río "*Uswe*". A veces, incluso, se tiene prohibido comer ciertos animales por la relación especial que existe entre los miembros de un clan o familia y dichos animales.

a) **Matrimonio y visión del hombre y la mujer**

En África, el matrimonio suele verse como una alianza entre dos familias y es el inicio para comenzar a tener descendencia, que es sumamente importante en esta cultura. Una mujer puede ser repudiada si da a luz a demasiadas niñas, por considerarse el sexo débil, salvo en las etnias patriarcales de África central (Lévy, 2008).

b) **Anticoncepción, embarazo y lactancia**

La anticoncepción y el aborto voluntario, en general, se desaprueban, aunque se recurra a remedios medicinales para regular los nacimientos. En el caso de Senegal, la ligadura de trompas se practica después de tres cesáreas por el bien de la madre (Lévy, 2008).

La esterilidad se combate por todos los medios porque se considera como una maldición, castigo por una falta cometida en el pasado o por haber incumplido algo que estaba prohibido o un hechizo echado sobre la mujer. La mujer estéril sería portadora de la mala suerte y sería la mayor afrenta para una familia. En la etnia Bambara (principalmente en Malí, Guinea, Burkina Faso y Senegal), se la llamaría hombre. Algunas de las creencias o prácticas que se dice que curan la esterilidad son: agua proveniente de alguna fuente milagrosa, baños con

hierbas medicinales especiales, frutas y verduras como la granada o el higo, ofrendas, sacrificios y oraciones a los antepasados. (Lévy, 2008:129)

En el caso de la población africana, la esterilidad equivale a la enfermedad debido a la importancia que tiene procrear y asegurar el equilibrio entre el universo de los muertos y el de los vivos al dar a luz y que un antepasado se reencarne en el recién nacido (Lévy, 2008:132).

Durante el embarazo, la mujer africana se cuida de hacer muchas cosas, para no poner en riesgo su embarazo, que significará la venida al mundo de un antepasado porque piensan que si transgreden alguno de los rituales el parto será más difícil o el niño puede morir. Depende de las etnias pero, por ejemplo, se cree que si se come conejo el niño nacerá con la enfermedad del labio leporino, si se frecuenta a un cerdo, roncará, si se comen huevos, nacerá calvo. Tampoco hay que tocar ningún animal muerto o hacer daño a un ser vivo porque el niño nacerá incompleto. Además, está prohibido llevar objetos que se evoquen la idea de cerradura (pulseras, etc.) o nudos porque se piensa que el niño se podría estrangular con el cordón umbilical. Otra medida importante es la de no tener relaciones sexuales porque creen que influye negativamente en el parto y que el esperma podría dañar al bebé (Lévy, 2008:142-143).

Para protegerse, es habitual que lleve amuletos (*gris-gris*) o que beba agua bendita que le haya facilitado un marabú. Es muy importante no ponerle trabas a estas creencias (si cree en ello) porque sino se sentirá desprotegida y tendrá miedo al parto.

El tema del embarazo es un tema delicado a la hora de hablar de él porque muchas mujeres piensan que es mejor no hablar de ello para proteger al bebé y, también por esto se retrasan mucho en anunciar la noticia a los demás. En cuanto al parto, se considera un asunto de mujeres y el hecho de que el marido esté presente puede que no le parezca bien a muchas mujeres. Además, si el parto no es fácil, se cree que es debido a una infidelidad anterior. La posición habitual para parir es en cuclillas y se considera un deshonor quejarse durante el parto por el dolor. En cuanto a la cesárea, suelen rechazarla por adentrarse en el cuerpo de la mujer y no ser un parto natural (Lévy, 2008:143-144). Una parte fundamental y final de parto es la obtención de la placenta y del cordón umbilical. La placenta, símbolo de la vida y la muerte, debe enterrarse y volver a la tierra, ya que su expulsión marca el inicio de la vida del bebé. En Senegal, si se entierra el cordón umbilical de un bebé en un pueblo significa que es nativo de ese pueblo. Si no es posible obtener la placenta, es una buena idea ofrecer un objeto que haya estado en contacto con ella para que lo puedan enterrar (Lévy, 2008:145).

Es habitual que el niño lleve amuletos, que pueden ser trozos del vestido de un vestido ofrecido por el padre a la madre el día de la boda. El amuleto se le ata a la muñeca o a la cintura y se escriben versos del Corán (si son musulmanes) (Brigitte Tison, 2007:119). Es muy importante que nadie toque el amuleto ni se lo quite porque pueden pensar que algo malo le pasará al bebé.

Otro aspecto que es necesario subrayar es el de la demostración de afecto de la recién parturienta, que puede ser diferente del habitual en España. Si muestra indiferencia, puede ser debido a que necesita aproximarse progresivamente al bebé como, por ejemplo, poniéndole

una pulsera en la muñeca o alrededor del vientre para protegerle de los malos espíritus y para que no vuelva al mundo de los antepasados. Además, el recién nacido no debe salir de casa hasta los siete días (En Costa de Marfil), los ocho días (en Senegal) o los cuarenta días (en muchos países del norte de África) (Lévy, 2008:145). Después de este tiempo, se celebra una ceremonia para presentar al bebé. El momento principal es cuando se le pone un nombre según el parecido del niño a un antepasado o un miembro cercano de su familia. Se le da dos nombres, uno se le dirá al grupo y, el otro, permanecerá en secreto (Lévy, 2008:146).

En cuanto a la lactancia materna, se suele practicar en público o en privado durante un año para proteger al niño de infecciones. Por el contrario, se considera que el calostro contiene veneno así que se comienza a dar el pecho después.

Como rito para acceder a la edad adulta, a los niños, dependiendo de la región de África, se les practica la circuncisión y, a las niñas, en algunas etnias, la mutilación genital. Mientras que la circuncisión tiene efectos positivos en la salud masculina, la mutilación genital femenina tiene consecuencias desastrosas para la vida de la mujer y se sigue practicando, más que en países, dependiendo de la etnia en cuestión. Las sexólogas de la asociación *La sexología* en su vídeo "Mutilación genital femenina I. Claves para la comprensión y la intervención", explican que suele hacerse en las etnias Sarahule, Fulbé, Fula, Soninke, Mandinka, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa y Fante y que no la practican los Wolof, los Djola, los Serer y los Ndiago.

c) Muerte y visión de la enfermedad

Según Lévy (2008), la enfermedad para los africanos viene desencadenada por diferentes motivos, a saber:

- agresión exterior por la envidia de alguien por medio de un hechicero
- hechizo de un hechicero
- venganza de un antepasado por haber transgredido alguna regla de culto y sentirse desatendido o enfadado
- posesión de un ser místico porque se ha enamorado del alma de la víctima
- error de la víctima al haber transgredido un rito
- mal comportamiento hacia el padre o la madre

Como consecuencia de estos motivos, dependiendo de cuál de ellos haya originado la enfermedad, la víctima buscará remedio en un especialista sagrado y llevará a cabo rituales de sacrificio, ingesta de pociones a base de hierbas o llevará la protección de un amuleto. Además, la víctima no suele hablar del tema por temor a despertar el mal genio que vive en él (como el sida) (Lévy, 2008:161). En lo referente al dolor, al igual que en la cultura asiática, no se suele hablar de él ni mostrar signos de dolor (Lévy, 2008:180).

Debido a que los antepasados están siempre presentes, se cree que los muertos no mueren verdaderamente y que son el motivo principal de que aparezca una enfermedad. Es por esto que la salud y la relación que se tiene con los antepasados (y con la familia viva) van de la mano. (Lévy, 2008:163). Lévy (2008) también señala que sólo alcanzan el estatus de ancestro

si se tiene una "buena" muerte, es decir, si se conserva la integridad física y psíquica y la muerte tiene lugar pasados los cincuenta años.

Me parece oportuno hablar en este apartado de lo que se conoce como "el problema de la sangre". Esto acontece en numerosas ocasiones con los pacientes que vienen de países de África al pedirles repetidos análisis de sangre para seguir y controlar enfermedades como la tuberculosis u otras. Como en muchos países de África se comercializa la sangre o piensan que se usa para hacer prácticas de magia negra, cuando vienen a España no entienden que les saquen tantos tubos de sangre. Algunos piensan que con menos se puede buscar la infección pertinente, o que se usa para rejuvenecer a ancianos, o que simplemente la venden. También piensan que les debilita y no creen que puedan recuperar toda la sangre perdida porque tampoco saben qué cantidad de sangre hay en un cuerpo humano. Yo misma, durante mis prácticas en el Hospital Ramón y Cajal, me he enfrentado a este problema. Lo ideal es explicarles la cantidad de sangre que tenemos con ejemplos, que la sangre se renueva y en España es ilegal venderla.

Como en el apartado 2.2.3.1., en el que se hablaba de la importancia de los ritos funerarios para el islam, el momento del fin de la vida terrestre para los africanos también es muy importante. Normalmente varias personas de la misma comunidad de un paciente lavan en silencio al paciente con tres esponjas diferentes empezando siempre por la parte izquierda del cuerpo, después por la derecha, la espalda y la parte de delante. Tras haberle lavado, dependiendo de la comunidad a la que pertenezca, se le realizan diferentes ritos para que esté en un estado de completa pureza como, por ejemplo, esparcirle cenizas por el cuerpo, carbón u ocre rojo. (Lévy, 2008:212-213).

Como conclusión, diríamos que para las religiones africanas existe la convivencia entre los individuos y energías o fuerzas invisibles que provienen de seres inanimados como un río, pero también las personas conviven con los espíritus de los antepasados, que influyen en la vida de la comunidad según cómo actúe. A raíz de esta cohabitación existe una mezcla y una ambigüedad entre la vida y la muerte. A la vez que se busca la cercanía de los muertos con ritos, se les teme por miedo a quebrantar algo que les enfade. Por último, es muy difícil conocer estas religiones puesto que no hay una fuente escrita como en otras religiones sino que sólo se traspasan de generación en generación de manera oral, por ceremonias, ritos, mitos y fiestas, de manera que no predicán su religión de un grupo a otro para intentar convertirlos. Como dice Valentín Mballa (2011), el individuo tiene que haber nacido en un grupo étnico africano particular para seguir la religión de ese grupo; por tanto el sentido religioso es diferente según los diversos grupos étnicoculturales.

2.3. Problemas en la comunicación entre los usuarios de los servicios públicos

Los problemas de comunicación son frecuentes habitualmente en todos los actos de habla pero, en este apartado veremos qué tipos de problemas se pueden dar entre el personal sanitario y el paciente inmigrante.

2.3.1. Problemas lingüísticos

De sobra es sabido que el principal problema encontrado, el más visible, tiene que ver con el idioma, que se convierte en una barrera para la comunicación. Muchas veces, esto se resuelve (en el caso de no contar con un intérprete) si los pacientes hablan lenguas más mayoritarias y más conocidas en España como el inglés o el francés. En el supuesto caso de que el personal sanitario o cualquier profesional de los servicios públicos tenga una competencia lingüística alta en estos idiomas, no hay que olvidar (y muchas veces se hace) que los usuarios del servicio a veces hablan esa lengua como una lengua vehicular (o *lingua franca*) y no siempre son bilingües completamente. La lengua vehicular es una lengua que sirve de puente con el fin de comunicar con otras personas cuya lengua materna no sea la misma y que, por lo tanto, no tendrán tanta fluidez y no podrán expresarse tan bien como lo harían en su lengua materna. A esto hay que sumarle el hecho de que, aun teniendo un muy buen nivel en francés o inglés, puede que los interlocutores no comprendan todo el uno del otro porque el francés de Francia de uno y el francés del otro de Camerún, por ejemplo, no cuentan siempre con las mismas expresiones pues éstas varían debido a la distancia geográfica entre los países.

En el caso de África, el francés y el inglés son lenguas vehiculares en diferentes países debido a que eran colonias de Francia, Bélgica o de Reino Unido. Según la Organización internacional de la francofonía (*Estimation des francophones*, [La francophonie](#)) hay 96,2 millones de francófonos en África y 29 estados reconocen el francés en su constitución: 13 como lengua oficial y 16 como cooficial. Por un lado, de los 13 países con el francés como lengua oficial, 11 son africanos:

- Benín
- Burkina Faso
- Congo
- Costa de Marfil
- Gabón
- Guinea
- Malí
- Níger
- República democrática del Congo
- Senegal
- Togo

Por otro lado, de los 16 países que presentan el francés como lengua cooficial, 10 son africanos:

- Burundi (junto con el kirundi)
- Camerún (junto con el inglés)
- Chad (junto con el árabe)
- Comoras (junto con el árabe y el comorense)
- Guinea ecuatorial (junto con el español)
- Madagascar (junto con el inglés y el malgache)
- República centroafricana (junto con el sango)
- Ruanda (junto con el inglés y el kinyarwanda)
- Seychelles (junto con el criollo y el inglés)

- Yibuti (junto con el árabe)

Y, por último, los países de África que tienen como lengua para la enseñanza el francés son:

- Benín
- Burkina Faso
- Chad
- Gongo
- Costa de Marfil
- Gabón
- Guinea
- Mali
- Níger
- República democrática del Congo
- República centroafricana
- Senegal
- Togo

Otro problema que aparece también, en el supuesto de que el usuario del servicio hable castellano, está relacionado con la barrera lingüística. El problema o la dificultad a la que nos referimos es el de los tecnicismos o terminología más específica que se emplean en una consulta médica. Aunque un paciente "se defiende" con el español es muy probable que no entienda el nombre de la prueba que le van a realizar o que no entienda palabras científicas porque, no hay que olvidar que esto le ocurre hasta a los pacientes españoles.

2.3.2. Problemas relativos a diferencias culturales

A continuación, tras haber detallado aspectos generales de la cultura en el punto 2, y comprender que, en cosas que pueden parecer tan básicas como la alimentación o el lenguaje no verbal existen diferencias, daremos ejemplos de casos reales de problemas ocasionados por diferencias culturales que hemos recabado de diferentes fuentes y, en particular, de los intérpretes que expusieron en las *I Jornadas para la mejora de la atención sanitaria a la población inmigrante: gestión de la diversidad cultural* y en las *II Jornadas de Gestión de la diversidad cultural en el ámbito sanitario*.

La intérprete-mediadora intercultural Wing Sum Mok (Cinthia), de chino, expuso el caso de una mujer embarazada china con diabetes gestacional a la que el médico le dijo que no podía comer arroz. Cinthia afirmó que la paciente quedó desolada y el médico no fue empático al no ponerse en el lugar de la paciente, cuyo ingrediente principal en sus comidas es el arroz. Siguiendo con el tema de la alimentación, otro ejemplo que dio fue el de un médico que regañó a la paciente china por dar a su bebé de cinco meses papillas de arroz. La paciente salió también muy mal de la consulta al no entender que la regañara porque en su cultura es normal darle a los niños papillas de arroz.

Cinthia también contó que los chinos, en general, tienen una mentalidad pacífica y rehúyen el conflicto. Para ellos un conflicto puede ser quejarse delante de la persona en cuestión, hablar a la vez de otra persona que hable, no estar de acuerdo con la opinión de otra persona o insistir en preguntar o aclarar algo. Después, la intérprete explicó casos reales, por ejemplo, el de una paciente que tenía muchas dudas respecto a su enfermedad pero prefirió no preguntar nada porque pensaba que iba a molestar al médico. Otra diferencia que existe entre la cultura china y la española, en este caso, es un rasgo referente al lenguaje no verbal. Mientras que en la cultura española la sonrisa hace referencia a felicidad o aceptación, en la cultura china es habitual sonreír para quitar tensión a una situación y restablecer la armonía. Así pues, puede que sonrían durante conversaciones serias, situaciones embarazosas o tensas. (Grupo CRIT, 2003:80).

En cuanto a los pacientes de Europa del Este, Alexandra Malyshenko, intérprete-mediadora intercultural de ruso, explicó que los pacientes suelen mezclar remedios naturales con medicamentos modernos, que se automedican (llegando a aumentar o disminuir la dosis si lo consideran oportuno) y que luego lo negarán en la consulta del médico. Además, afirmó que sólo van al médico si la situación es verdaderamente grave y, aún así, no suelen expresar si sienten dolor o debilidad. Esto crea malentendidos, porque son exigentes y no les gusta esperar y, a la vez, el médico no se hace una idea de lo grave que es el problema del paciente. Por último, una clave cultural muy importante que dio Alexandra Malyshenko, fue la del concepto tan férreo de esperanza que tienen. Creen que siempre hay que luchar contra las enfermedades y, por ello, no entienden que se den "cuidados paliativos" y no se trate de seguir luchando.

Alexandra Malyshenko dio un ejemplo claro de la importancia de la cultura en la consulta del médico. Explicó que estaba interpretando para un paciente que iba al psicólogo. Hablando, el paciente explicó que se había quedado muy tocado porque le habían colgado en la puerta de la calle una cabeza de gallo. En este momento, Alexandra tuvo que intervenir para explicarle al psicólogo la importancia que este comportamiento tiene en la cultura rusa. Colgarle a alguien en la puerta de su casa una cabeza de gallo es un insulto, una manera muy grave y despectiva de llamar a alguien homosexual.

Sobre la población de África subsahariana, el intérprete-mediador intercultural Serigne Fall dio una serie de claves muy importantes para el personal sanitario (además de las que hemos visto en el punto 2.2.3.2.) como, por ejemplo, el hecho de que es posible que los pacientes no reconozcan que no entienden algo porque sienten mucho respeto y consideración hacia el médico, que sería una especie de ser superior. Por esta razón, muchas veces no entienden que se les dé a elegir tratamientos o se les pregunte qué prefieren. Habría que explicarles bien esta noción porque sino pueden creer que el médico no sabe bien qué hacer y que por eso le pregunta la opinión al paciente. Además, afirmó que no suelen mirar a los ojos por respeto y que se pueden sentir incómodos ante preguntas sobre sexualidad muy directas. En cuanto a la información que expresan, suele ser poca y de carácter vago y, es habitual, que describan enfermedades o estados de salud en términos de "flujos", "mal de ojo", "aires" o "vientos".

Serigne también habló del "problema de la sangre", descrito en el punto 2.2.3.2. Afirmó que lo perciben como algo dañino y que es necesario insistir en la razón por la que se les saca tanta sangre. También recomendó insistir sobre las horas de la cita porque tienen una concepción del tiempo muy flexible y puede que lleguen tarde.

En cuanto al lenguaje no verbal, los investigadores del Grupo CRIT dan una serie de ejemplos de pensamientos que se suele tener respecto al inmigrante magrebí y al chino. Así pues, expone que al hablar con la persona magrebí y acercarse tanto al hablar al interlocutor español, éste suele pensar que se toma muchas confianzas, que tiene malas intenciones o que es impertinente, en vez de pensar que, por su cultura, sus pautas proxémicas son diferentes de las nuestras. De la misma manera, ante el silencio de una persona china que sigue a una pregunta que le ha hecho el interlocutor español, éste piensa que es lento, desconfiado o que no quiere comunicarse con nosotros y no se para a pensar que el tiempo de respuesta en los turnos de palabra es distinto en ambas culturas. Además, apuntan que estos juicios valorativos negativos son denominados por otros autores como "procesos de minorización". (VV.AA, 2009:40).

Por último, la intérprete Pilar Moyano de Salud entre culturas, que suele interpretar a pacientes de África subsahariana en el Hospital Ramón y Cajal, contó que estos pacientes no entienden el concepto de fiebre como nosotros lo hacemos de tener temperatura alta, sino que para ellos va asociada a la enfermedad llamada "paludismo" y que, por ello, suele traducir por "temperatura alta" en lugar de "fiebre". Otra diferencia es la del término "enfermedad" que, muchas veces, para ellos quiere decir "dolor". Esto es confuso para el intérprete y para el médico y, por ello, muchas veces el intérprete tiene que intervenir para entender bien a qué se está refiriendo el paciente. Por último, explicó que, a la pregunta "¿cómo estás?", en lugar de decir "mal", por no quejarse del dolor, dicen "*un peu bien*".

Brigitte Tison (2007:165) nos da otra pauta muy importante respecto a la comunicación no verbal, más concretamente relacionada con el tacto y con la mirada. Afirma que en algunas culturas, como en el caso de Argelia, los niños no deben mirar a los ojos de los adultos (ni de sus padres) por respeto y que, sobre todo, las chicas jóvenes no deben tener contacto directo visual con los desconocidos varones. En cuanto al tacto, habla de la costumbre de tocar la cabeza afectuosamente a los niños lo que, en la cultura vietnamita, puede sentar muy mal debido al carácter sagrado que tiene la cabeza pues, representa el centro del alma y no debe tocarse.

Carine Vassart (2005:17-18) nos da dos ejemplos más de malentendidos producidos por culturas diferentes y que son fácilmente evitables. Estos dos malentendidos tienen que ver con la religión musulmana, el concepto de pudor y la necesidad de las abluciones al final de la vida que hemos explicado anteriormente en el apartado c) del punto 2.2.3.1. En el primer caso, un matrimonio musulmán acudió a la consulta del médico y una auxiliar examinó al hombre debido a una infección en los genitales. Como el hombre no sabía expresarse bien, no pudo decir que prefería que eso lo hiciera otro hombre. La exploración supuso problemas graves en la pareja porque la mujer no aceptaba que otra mujer hubiera tocado a su marido. Como consecuencia de esto, pasó mucho tiempo hasta que volvieron al mismo centro de salud. Los

médicos en cuestión piensan que se habría evitado este problema si se le hubiera dado información a la auxiliar sobre los pacientes musulmanes y, de esta manera, ella habría propuesto al hombre posponer la exploración. Para el caso de las abluciones, debemos recordar que son muy necesarias para poder rezar en estado de pureza. El paciente musulmán, en estado de postración, fue llevado a urgencias por su familia. Se puso muy nervioso y agresivo porque temía que, como estaba en el hospital, muriera sin que las abluciones se hubieran realizado correctamente y se fuera al más allá con el alma contaminada. Cuando una mujer de los acompañantes del paciente se lo explicó a los profesionales sanitarios, éstos se comprometieron a que un miembro de la familia del paciente se encargara de hacerlo y él se calmó (Vassart, 2005:18).

Finalmente, otro claro ejemplo más conocido de lo equívoco que puede ser el lenguaje no verbal es el caso de la cultura búlgara, en la que expresan "sí" y "no" moviendo la cabeza al revés. Es decir, para decir sí, se mueve la cabeza de izquierda a derecha y, para decir no, de arriba a abajo.

Para concluir el apartado, queremos recalcar lo imperceptibles que son estos problemas y el malestar que provocan, sobre todo en el paciente. Sin embargo, son fáciles de evitar si se entabla un diálogo participativo y abierto tanto por la parte del personal sanitario como por la parte del paciente.

3. Metodología

Los pasos a seguir en el trabajo han sido, en una primera fase, recogida de información teórica de libros y artículos relacionados con la TISP y, sobre todo, relacionados con culturas diferentes a la nuestra. También he asistido a diferentes jornadas dedicadas a diferencias culturales. Una vez analizada toda la teoría encontrada, fui consciente de que no era completamente lo que esperaba debido a que se habla de "la cultura africana", como si fuera un todo y sólo hubiera una, cuando en realidad existen infinitas culturas. Como consecuencia de esto, no me ha sido posible cercar el trabajo exclusivamente por países o etnias, ya que la información sobre cada una de ellas es extremadamente escasa y, pese a que el país del que más información obtuve fue Senegal, no iba a ser capaz de contrastar esta información con población procedente solamente de Senegal. Me planteé varias preguntas que detallaremos más adelante y, en una segunda fase, creé tres modelos de encuesta cualitativa según el marco teórico y mi experiencia en las prácticas en el Hospital Ramón y Cajal para tres públicos diferentes con el fin de responder a las preguntas. Los públicos son: intérpretes (independientemente de si la población para la que traducían era africana francófona o no), personal sanitario y población africana francófona. Todos tenían el requisito principal de, en el caso de intérpretes y profesionales sanitarios, trabajar en la Comunidad de Madrid y, en el caso de la población africana francófona, residir en la Comunidad de Madrid.

Con la encuesta para los intérpretes, el único criterio de selección fue el de que fueran intérpretes profesionales y no tanto la nacionalidad de la población para la que interpretan porque me interesaba más conocer su postura respecto a la importancia de la cultura. Así pues, me propuse conocer la importancia que éstos le dan a la cultura, saber si han tenido

problemas interpretando debido al factor cultural, cuáles actitudes y aptitudes creen que tanto el personal sanitario como el paciente deben adoptar para que el intercambio comunicativo se desarrolle de manera eficaz y si consideran oportuno que el personal sanitario se forme en aspectos culturales. Me puse en contacto con 11 intérpretes y obtuve respuesta de ocho. (Ver el modelo de encuesta para intérpretes en anexo 1).

Para realizar la encuesta para el personal sanitario me puse en contacto con 12 profesionales que estuvieran actualmente trabajando en hospitales o centros de salud, de éstos obtuve 10 respuestas. Decidí que la hicieran tanto personal sanitario acostumbrados a trabajar con intérpretes como personal sanitario de otros hospitales que no tengan servicio de intérpretes para conocer su opinión respecto a la importancia de la cultura, saber cómo se desarrolla la comunicación con pacientes inmigrantes que no hablan español, situaciones problemáticas a las que se hayan enfrentado, qué cualidades debería tener todo intérprete y saber si han recibido o querrían recibir formación en aspectos culturales. (Ver el modelo de encuesta para personal sanitario en anexo 2).

La encuesta más difícil de recoger fue la de la población africana francófona. Para esta encuesta utilicé como modelo el anexo llamado "*Guide d'entretien en soins interculturels*" de la obra *Soins et cultures: Formation des soignants à l'approche interculturelle* de Brigitte Tison y también la "Encuesta CAP" que la ONG Salud entre culturas realiza en sus talleres de prevención de VIH/sida recogida en el *Manual práctico para realizar talleres de prevención del VIH con personas inmigrantes*. Me fue muy difícil acceder a la población y que quisieran contestar a la encuesta. Por ello, el único criterio de selección establecido fue el de provenir de un país de África que fuera francófono. Considero que en ocasiones no querían contestar a la encuesta por falta de confianza al preguntarles por cuestiones personales tan importantes como las creencias y también que, otras veces, fue porque, aunque la encuesta estaba en francés, les daba vergüenza escribir mal o no saber expresarse. Además, fui consciente después de haber pasado las primeras encuestas, de que hay preguntas que están formuladas de manera compleja. Me puse en contacto con 14 africanos francófonos y obtuve respuesta de 10. (Ver el modelo de encuesta para africanos francófonos en anexo 3).

Las dificultades del análisis de los datos recogidos provenían del hecho de haber creado encuestas cualitativas cuyas preguntas eran mayoritariamente abiertas y tener respuestas de cualquier índole.

4. Análisis/resultados de los recursos utilizados

4.1. Análisis de las entrevistas

En este apartado procederemos a analizar los resultados obtenidos de los tres modelos de encuesta propuestos. Dividiremos el apartado en subcategorías temáticas que puedan reflejar las respuestas a las preguntas que me planteé al crear las encuestas. Para ello, me apoyaré en cuadros ilustrativos con datos y también con testimonios relevantes de la muestra recogida.

En cuanto al sexo, la edad la profesión y el servicio en el que trabaja el personal sanitario encuestado, de 10 personas encuestadas, ocho son mujeres y dos son hombres; cuatro son

enfermeros, cinco médicos y una persona es técnico auxiliar de enfermería; hay siete personas que tienen entre 25 y 31 años y tres que tienen entre 48 y 56; los servicios en los que trabajan son: los enfermeros en medicina interna, unidad de insuficiencia cardíaca y ortogeriatría, los médicos en urgencias de atención primaria, medicina interna, psiquiatría, pediatría y microbiología y, la técnico auxiliar de enfermería trabaja en la planta de cirugía. Cabe recalcar que, me he dirigido a profesionales que habían trabajado con intérpretes y a profesionales que no, para ver si sus respuestas respecto a la cultura y a otros aspectos se diferenciaban al haber trabajado con intérprete o no.

De los ocho intérpretes encuestados, seis son mujeres y dos son hombres; ambos sexos tienen una edad comprendida entre 25 y 47 años; su experiencia interpretando abarca desde los 3 meses de un intérprete hasta el año y medio de varias intérpretes, cinco años, siete años de también dos intérpretes y ocho años; tres intérpretes son españolas, dos son argelinos, dos son chinas y uno es senegalés. En cuanto a su formación, todos son licenciados o tienen estudios de postgrado e interpretan en el sector sanitario. Algunos lo hacen también en el judicial, policial, en ruedas de prensa y en congresos.

De las 10 personas africanas francófonas encuestadas, ocho son hombres y dos son mujeres. En cuanto a las nacionalidades, tres sujetos son cameruneses, uno es de Guinea-Conakry y seis son senegaleses. El tiempo en España varía mucho: hay sujetos que llevan 9 meses, otros llevan desde un año hasta 26 años. Entre los sujetos encuestados predomina la veintena, aunque hay dos personas encuestadas de 30 años y dos de 47 y 54 años. Las etnias a las que pertenecen son: wolof (cuatro sujetos de Senegal), bamileke (dos sujetos de Camerún), Serere (un sujeto de Senegal), Toucouleur (un sujeto de Senegal), Songhoï (un sujeto de Guinea-Conakry) y Bassa (un sujeto de Camerún). Así pues, podemos ver que aunque algunos sujetos comparten nacionalidad, no ocurre lo mismo con la etnia. También cabe señalar aquí que de los 10 sujetos encuestados, cinco tienen médico de la seguridad social y cinco no. A continuación veremos los sujetos que sí lo tienen y cuánto tiempo llevan en España en la tabla 1.

Tabla 1

Sujeto	Edad	Tiempo en España	Nacionalidad	Tiene o no médico	Profesión en el país natal	Profesión en España
1	16	9 meses	Camerunés	No	Estudiante	Ninguna aún
2	30	1 año	Camerunés	No	Transportista	Ninguna aún
3	21	9 meses	Camerunés	No	Ninguna	Ninguna
4	47	8 años	Senegalés	Sí	Administrador	Mediador, traductor/intérprete y técnico de proyectos

5	26	1,5 años	Senegalés	No	Vendedor	Ninguna
6	54	26 años	Guineano	Sí	Estudiante	Ninguna
7	22	6 años	Senegalés	Sí	Estudiante	Técnico
8	23	5 años	Senegalés	Sí	Estudiante	Mecánico
9	27	2 años	Senegalesa	No	En un salón de peluquería	Prostituta
10	30	6 años	Senegalesa	Sí	Recepcionista	Camarera

Como se puede observar en la tabla superior, los sujetos que llevan en España no tienen un médico de la seguridad social. El sujeto que tiene médico de la seguridad con menos tiempo en España es el 8, que lleva cinco años. Sin duda, esto tiene que ver con El Real Decreto Ley 16/2012, que revocó la cobertura sanitaria a inmigrantes indocumentados salvo en casos de urgencia, embarazo, menores de 18 años, asilo político y víctimas de tráfico en período de recuperación y reflexión.

A continuación, entraremos en las subcategorías propiamente dichas para analizar las respuestas de manera temática.

4.1.1. La noción de cultura

Qué abarca la cultura y cómo influye es quizás la pregunta que más nos interese para el presente trabajo. Esta pregunta aparece formulada de diferentes maneras en los tres modelos de encuestas con el fin de saber si es tenida en cuenta por el triángulo comunicativo de la TISP en el ámbito sanitario, es decir, por el personal sanitario, por el paciente y por el intérprete. Este aspecto aparece en las siguientes preguntas de las encuestas:

Personal sanitario:

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

Pacientes:

14. *Qui sont vos proches principaux? (membres de la famille, amis, autres...):*

15. *Qui prend les décisions majeures dans la famille?:*

16. *Décrivez brièvement la relation avec votre famille :*

17. *Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ?*

18. *La religion est-elle importante pour vous ?*

19. *Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, ¿quelles pratiques?*

31. *Normalement, vous allez chez le médecin avec.... Pourquoi?*

Intérpretes:

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?:

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted?

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?

15. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

Comparando la pregunta 9 formulada al personal sanitario y la pregunta 15 formulada a los intérpretes, los resultados se ven reflejados en los siguientes gráficos explicados a continuación:

Gráfico 1: Intérpretes: aspectos culturales que más afectan a la comunicación

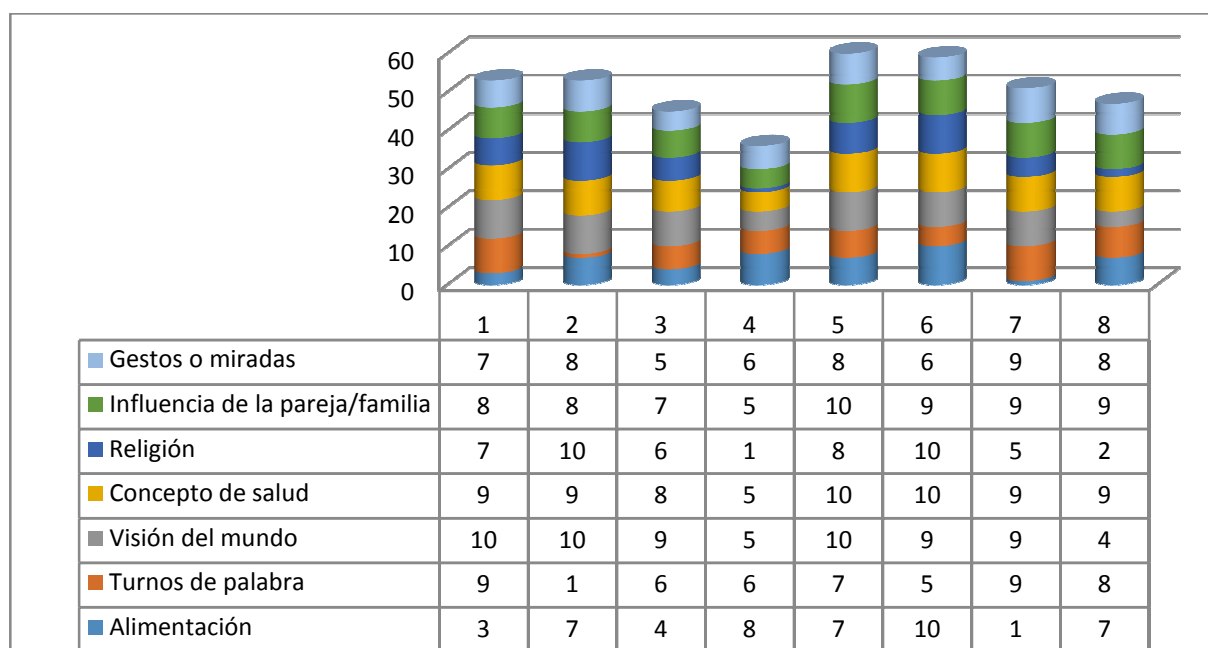
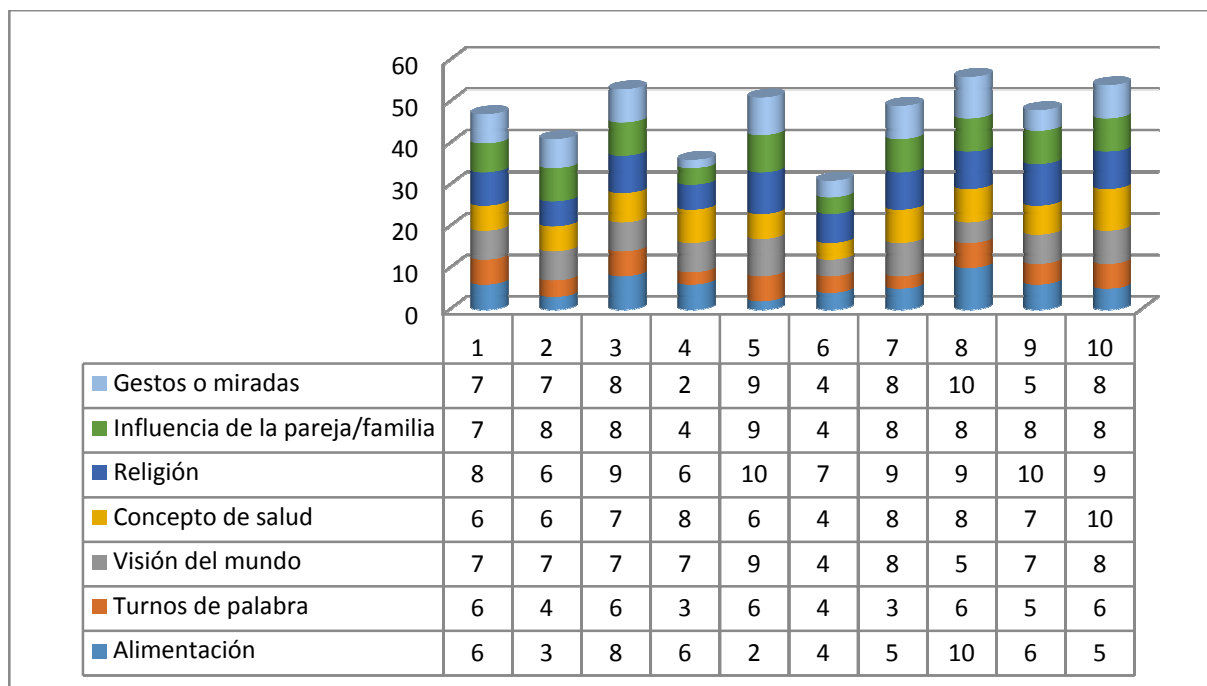


Gráfico 2: P. sanitario: aspectos culturales que más afectan a la comunicación



El gráfico 1 recoge los resultados obtenidos de los ocho intérpretes encuestados y el gráfico 2 los de los 10 profesionales sanitarios encuestados. En ambos aparecen cilindros con partes en diferentes colores que hacen referencia a las distintas categorías ofrecidas para puntuar. Al pie de los cilindros vemos unos números que corresponden a los sujetos, es decir, el primer cilindro contiene las respuestas del sujeto 1 en cuanto a la influencia de los gestos o miradas, de la influencia de la pareja/familia, de la religión, etc. De esta manera, podemos observar las categorías que tienen más peso. En la tabla 2 veremos la media aritmética obtenida para las categorías por los intérpretes y por el personal sanitario y nos ayudará a ver si existe o no una gran diferencia entre la puntuación dada por ambos públicos.

Tabla 2

	Intérpretes	Personal sanitario
Gestos o miradas	7,125	6,8
Influencia de la pareja/familia	8,125	7,2
Religión	6,125	8,3
Concepto de salud	8,625	7
Visión del mundo	8,25	6,9
Turnos de palabra	6,375	4,9
Alimentación	5,875	5,5

Lo que más preocupa a los intérpretes es el concepto de salud seguido de la visión del mundo y al personal sanitario la religión y la influencia de la pareja/familia. Como podemos apreciar, las medias no difieren demasiado unas de otras salvo cerca de los dos puntos en la categoría de religión, la de concepto de salud, la de visión del mundo y la de turnos de palabra. Para esta última categoría, es entendible que para el intérprete suponga un obstáculo mayor que para el personal sanitario puesto que es labor del intérprete la de conducir la comunicación y gestionar los turnos de palabra. Para el personal sanitario, esto no influye demasiado porque no importan tanto los solapamientos, los cortes, etc., que tan difícil hacen al intérprete trabajar.

En cuanto al caso de la religión, es de destacar que habría obtenido una media mucho más alta de no ser porque las dos intérpretes chinas (sujeto 4 y 8 del gráfico 1) le dieron valores de 1 y de 2, frente a las variables de 7 a 10 que le habían dado los otros encuestados (salvo el senegalés, que le había dado un 5). La baja puntuación que le dieron las intérpretes chinas a la religión es un claro indicador de que no existen grandes diferencias en este aspecto entre la población española y la china.

Para la categoría de "Influencia de la pareja/familia" analizaremos las respuestas a las preguntas 14, 15 y 16 formulada a los africanos francófonos. En primer lugar, a la pregunta 14, los encuestados responden sobre quién consideran sus allegados principales (familia, amigos u otros). De los 10 sujetos, salvo el sujeto 2 que responde "Autres", el sujeto 9 que responde "Amis" y el 10 que dice "Mes amis avec qui je vis", los restantes consideran allegados a su familia y algunos también a amigos. Cuando se les pide en la pregunta 16 que describan brevemente la relación con sus familias, las respuestas obtenidas son escuetas pero podemos destacar que, en general, todas las respuestas son positivas. Podemos destacar los siguientes testimonios en la tabla 3:

Tabla 3

Sujeto 4	<i>"J'ai une relation très étroite avec ma famille, nous discutons de toutes les décisions importantes qui touchent la famille."</i>
Sujeto 5	<i>"Je les aime beaucoup mais je les vois pas parce que je suis ici."</i>
Sujeto 9	<i>"La relation est très bonne surtout avec ma mère, mon père non pas tant parce qu'il est très autoritaire."</i>

Por último, para la pregunta 15 hay que tener en cuenta las edades de los encuestados, porque no tiene la misma importancia si las decisiones importantes las toma el propio sujeto si tiene 20 años o si tiene 60. Los sujetos que toman ellos mismos las decisiones son el sujeto 2 (30 años) y el sujeto 10 (argumenta que porque es huérfana). El sujeto 3 (21 años) dice: "Le père ou les deux parents", el sujeto 8 (23 años) dice que sus padres y el 9 (27 años) que su padre. El sujeto 7 (22 años) dice que se habla en familia pero la mayor parte de la decisión la toman sus padres. Por otro lado, el tío del sujeto 1 y el del sujeto 5 son los que toman las decisiones. Y, finalmente, el sujeto 4 (47 años) contesta: "notre frère aîné"; y el 6 (54 años): "Les aînés".

Como conclusión, ambos padres toman las decisiones según tres sujetos, los tíos en la familia de dos sujetos, los hermanos mayores en las familias de dos sujetos, dos la toman ellos mismos y el padre del sujeto 9 toma las decisiones en su familia.

En la pregunta 31 se cuestiona sobre si acuden solos o no al médico y por qué. De los 10 encuestados siete van solos al médico porque hay un intérprete en el hospital (sujeto 3 y 5), porque confía en el médico (sujeto 2), por no tener siempre a alguien cerca cuando se encuentra mal (sujeto 1), por no necesitar ya a acompañantes (sujeto 4), por estar en el extranjero (sujeto 6) y por no ver la necesidad de ir acompañado (sujeto 7). El sujeto 8 va con su familia para que sepan lo que le pasa y el 9 y el 10 van con un amigo por si no entendían algo de lo que les decían.

A la pregunta 17 de las personas africanas francófonas, de los diez encuestados, seis son musulmanes, dos católicos y dos ateos. De los musulmanes, las etnias son: Wolof (sujetos 4,5 y 9), Songhoï (sujeto 6), Toucouleur (sujeto 7) y Serere (sujeto 8). De los católicos, las etnias son Bassa (sujeto 1) y Bamileke (sujeto 3). Por último, el sujeto 2 y el 10 son ateos aunque resulta desconcertante que el sujeto 2 responda que no practica ninguna religión y que, más adelante, en la pregunta 19, conteste que reza como práctica religiosa de su confesión. A la pregunta 18, todos los encuestados que creen en alguna religión contestaron que la religión es importante o muy importante y, los dos encuestados ateos contestaron que no. A continuación, daremos algunos de los testimonios a tener en cuenta en la tabla 4:

Tabla 4:

Sujeto 4	<i>"Très importante, source d'inspiration, de régulation, d'orientation et de refuges face aux aléas de la vie"</i>
Sujeto 7	<i>"Oui; elle est aussi important comme ma famille."</i>
Sujeto 9	<i>"Oui, parce que nous intégrées au groupe social étant si loin de notre pays."</i>

Otro aspecto importante que debemos observar es que, en las respuestas a la pregunta 12 hemos encontrado que 4 intérpretes no practican ninguna religión y 4 sí. De éstos que sí lo son, dos son argelinos, uno es senegalés y otra es china.

A la pregunta 13, los intérpretes que practican alguna religión (el 2, el 6, el 7 y el 8) dijeron que la religión era muy importante para ellos e, incluso, la intérprete china se apoya en su religión a la hora de interpretar: *" Me da fuerza, calma y confianza en el momento de interpretar ya que hay muchas cosas son las que no podemos controlar o prever durante la preparación."*. También, una intérprete española (el sujeto 5) dijo lo siguiente: *"Ninguna salvo cuando viajo a países musulmanes donde decir que eres ateo es cerrarte puertas a la socialización."*. Esto deja entrever que la intérprete opina que los países musulmanes no son muy tolerantes respecto al ateísmo y que tiene que llegar a mentir para poder socializar. El sujeto 2, que es una intérprete atea, afirma: *"No soy creyente pero respeto las creencias"*

religiosas. *La religión me parece un fenómeno muy interesante desde un punto de vista antropológico, social y psicológico*".

En la pregunta 19 las personas africanas francófonas responden respecto a las prácticas religiosas que siguen salvo el sujeto 10 que afirma no seguir ninguna, todos los demás siguen algunas reglas. Entre los sujetos católicos, el sujeto número 1 dice respetar al prójimo y no decir mentiras de otra persona. Como hemos mencionado anteriormente, el sujeto 2, que decía no practicar ninguna religión y que ésta no era importante para él, responde a esta pregunta que reza. El sujeto número 3 dice que a veces sí y a veces no, pero no menciona qué hábitos realiza respecto a su religión. Los sujetos musulmanes afirman lo siguiente en la tabla 5:

Tabla 5:

Sujeto 4	<i>"Ma religion me recommande cinq pratiques fondamentales, prier cinq fois dans la journée que je fais, faire le ramadan, faire une oraison sur le Prophète Mahomet, donner l'aumône tous ça je les fais et partir une fois á la Mecque dans ma vie, je ne l'ai pas encor fait par ce que je ne dispose pas pour l'instant les moyens."</i>
Sujeto 5	<i>"Oui, j'essaie de suivre tout ce que le Coran dit. "</i>
Sujeto 6	<i>"Quand je peux"</i>
Sujeto 7	<i>"les prières, le jeune et donner des etrennes parfois."</i>
Sujeto 8	<i>"Si, faire la prière de la journée, etc."</i>
Sujeto 9	<i>"Oui, les prières quotidiennes, le Ramadan. "</i>

Así pues, tras leer estas respuestas, podemos constatar que todos los sujetos siguen ciertos preceptos del Islam pero que no todos siguen los cinco pilares del islam. Por ejemplo, el sujeto 6 los sigue cuando puede, el sujeto 7 sigue tres: reza, ayuna en Ramadán y da limosna a veces; y el sujeto 9 sólo sigue dos: rezo y Ramadán.

En la pregunta 14, la mayoría de los intérpretes ateos (salvo el sujeto 4, china, que opina que no influye nada y el 7, senegalés, que dice que no influye casi nada) afirman que influye mucho para poder entender el punto de vista del paciente. Con lo cual, esto deja entrever que la religión que hay que entender es la del paciente, porque la del personal sanitario o no influye en el intercambio comunicativo, o el intérprete la comprende. El sujeto 2, intérprete de población magrebí, afirma que influye también en las expresiones que el paciente emplea y que, de alguna manera, esto supone un problema al desencadenar una respuesta negativa por parte del personal sanitario:

"Sobre todo en las expresiones idiomáticas (Si dios quiere, gracias a dios, con la ayuda de dios, etc.) que emplean los pacientes y que, en la mayoría de los casos, el personal sanitario comenta (ej.: dios no quiere, lo tienes que querer tú, etc.). También los hábitos alimenticios y dietas, o las citas que se dan los viernes por la tarde y coinciden con el rezo musulmán, etc."

El sujeto 3, que suele trabajar con población subsahariana, nos revela un dato muy interesante y llamativo que hay que tener en cuenta:

"Más que la "religión", influye la "religiosidad", es decir, cómo vive la religión cada paciente. Yo interpreté con pacientes que se definían musulmanes pero comían jamón serrano o bebían alcohol, y también con otros que querían hacer el ramadán aun estando enfermos, cuando, en teoría, según el Corán, estarían exentos. En mi experiencia, la religión influía especialmente en consultas médicas en las que se comunicaba el diagnóstico de una enfermedad grave (desde un punto de vista médico o social)."

Estas palabras nos confirman el hecho de que no hay que dar por hecho que por pertenecer a una religión o ser de una determinada nacionalidad, todas las personas piensan de la misma manera. Como esta intérprete dice, depende de cómo vive la religión cada uno y, este pensamiento, se puede aplicar no sólo a la religión, sino también a otros factores culturales como, por ejemplo, los conceptos de salud o la visión del mundo.

4.1.2. Mayores dificultades en la comunicación

En este subapartado analizaremos las respuestas a diferentes preguntas que tienen que ver con dificultades en la comunicación entre el personal sanitario y el paciente inmigrante. También se les ha preguntado a los intérpretes sobre su opinión acerca de estas dificultades.

Personal sanitario:

5. Otras lenguas habladas:

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes?

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? [...]

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

Pacientes:

8. *Pouvez-vous parler Espagnol?*

9. *Pouvez-vous comprendre l'Espagnol?*

10. *Votre langue maternelle est le:*

11. *Parlez-vous d'autres langues? Lesquelles?*

30. *Quand vous allez chez le médecin, normalement :*

- *Il y a des problèmes de communication entre vous.*

- *Les problèmes, ils sont de quel type?*

- *Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?*

Intérpretes:

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

Para comenzar el subapartado analizaremos las respuestas a las preguntas 7 y 8 formuladas al personal sanitario para saber de qué nacionalidad suelen ser sus pacientes y qué porcentaje aproximado de pacientes inmigrantes tienen según la unidad en la que trabaja el profesional sanitario. Nueve de los 10 encuestados afirmaron que los pacientes suelen ser españoles, salvo el sujeto 10 que respondió: "*latinoamericanos y europeos*". El sujeto número 1, que trabaja en urgencias, respondió que un 20-30 % eran sudamericanos, chinos, marroquíes, africanos y de Europa del este. En medicina interna (sujetos 2, 3, 9 y 10) responden:

Tabla 6:

Sujeto 2	" <i>Alrededor de un 15 %. Sobre todo pacientes de países sudamericanos y africanos.</i> "
Sujeto 3	" <i>15 % Chino, Africano, Musulmán o etnia gitana</i> "
Sujeto 9	" <i>5-10 % Africanos/Marroquíes</i> "
Sujeto 10	" <i>Subsaharianos y latinos</i> "

El sujeto 4, de psiquiatría, dice que un 15-20 % suele ser de países latinoamericanos. En ortogeriatría (sujeto 5) suelen ir un 20 % de pacientes musulmanes. Por su parte, el sujeto 6, que trabaja en pediatría, nos da los porcentajes de 2014 y apunta que, en ese año, de 190 niños atendidos, el 26 % eran inmigrantes. 59 eran de Marruecos (31 %), 27 de Rumanía (14 %), 18 de Ecuador (10 %), 17 de Colombia (9 %), 13 de Guinea Ecuatorial (7 %) y 13 de China (7 %). La médico de microbiología (sujeto 7) dice que el 40 % son sudamericanos y la auxiliar de la planta de cirugía (sujeto 8) no da porcentaje pero dice que cuatro o cinco pacientes

suelen ser rumanos o marroquíes en una planta de treinta camas. Por último, el sujeto 10 tampoco da un porcentaje pero dice que los pacientes inmigrantes suelen ser subsaharianos y latinos.

A la pregunta 10 de la encuesta para el personal sanitario, salvo el sujeto 4, el único que dice solicitar el servicio de intérpretes, y el sujeto 8, que afirma que no es muy difícil, los otros nueve profesionales hacen hincapié en la dificultad que supone la comunicación. Algunos de los testimonios aparecen en la tabla 7, de los que subrayaré las partes que me parecen más relevantes:

Tabla 7:

Sujeto 1	<i>"Normalmente <u>se pierden muchos aspectos de la comunicación</u>. En ocasiones <u>acuden con familiar traductor que de algún modo resume y resalta algunos síntomas del paciente que pueden no ser los más importantes para el paciente/sanitario</u>. La consulta <u>suele ser tediosa y da la impresión de que el paciente no se ha enterado de la explicación que le damos de la enfermedad y no va hacer bien el seguimiento o el tratamiento</u>."</i>
Sujeto 2	<i>"<u>Con gran dificultad</u>. Si es posible y los pacientes entienden inglés o francés, <u>varios compañeros tenemos unas nociones básicas sin poder entrar en aspectos más "técnicos" sobre el estado de salud</u>. Por ejemplo, <u>precisar si tiene náuseas, vómitos, características del dolor, de la orina, heces, y un larguísimo etcétera, es muy complicado y la mayoría de las veces queda en un "¿Qué tal te encuentras? Bien"</u>. En otros casos <u>intervienen familiares o amigos que tampoco ayudan del todo, ya que no traducen textualmente nuestras preguntas, y es asombroso como una respuesta de 1 minuto de un paciente que nosotros no entendemos, nos es devuelto como un "se encuentra bien, no le duele nada"</u>. En el peor de los casos <u>no hay forma de entenderse y nos guiamos por el aspecto del paciente, si tiene dificultad para respirar, palidez, si observamos cara de dolor a la palpación...</u>"</i>
Sujeto 3	<i>"<u>Difícilmente, aunque disponemos de sistema traductor telefónico</u>."</i>
Sujeto 5	<i>"No suele haber comunicación. Exceptuando la escala de dolor que se suele entender"</i>

Así pues, es un hecho que el personal sanitario desconfía de la labor de los intérpretes *ad hoc* ya que es consciente de la falta de información que se pierde a la hora de traducir el mensaje del paciente o el del propio personal sanitario. Además, por lo que dice el sujeto 3, da la impresión de que no solicita demasiado el servicio de traducción telefónica porque sino, no habría escrito que la comunicación se desarrolla "*difícilmente*".

Respecto a la pregunta 11, cinco profesionales han trabajado con intérprete profesional (sujetos 3, 4, 7, 8 y 10) y cinco no. Sin embargo, el sujeto 3 afirma de nuevo que sólo ha trabajado con intérpretes telefónicos y que recurre al lenguaje de gestos para entenderse, lo

que reafirma el pensamiento de que no solicita con mucha frecuencia el servicio, tal vez sólo en situaciones que ella considera más complicadas. Como conclusión de la pregunta 10 y la 11, se podría decir que los profesionales sanitarios encuestados no disponen de un servicio de intérpretes en sus lugares de trabajo (salvo el sujeto 4, que sí lo utiliza, y el 3, que no lo utiliza) o, que aunque disponen de él, no lo solicitan porque prefieren usar gestos, un intérprete *ad hoc* o por otro motivo.

La pregunta 13 no ha sido respondida, en muchas ocasiones, en su totalidad, ya que algunos encuestados han olvidado contestar todas las preguntas que contiene. Con lo que han respondido, podemos agrupar los testimonios más significativos en la tabla 8 (de los cuales subrayaré las partes más importantes).

Tabla 8:

<p>Sujeto 1</p>	<p><u>"- Normalmente es fácil detectar el paciente que no habla o no entiende bien español. La mayoría de las ocasiones son ellos los que enuncian el problema al entrar en la consulta.</u></p> <p><u>- Con el paciente español los problemas comunicativos pueden ser debidos a un lenguaje demasiado técnico difícil de entender por el paciente, la edad avanzada de algunos pacientes o bajo nivel socioeconómico.</u></p> <p><u>- Con el paciente español normalmente es suficiente emplear más tiempo en explicarle el tratamiento o la enfermedad y se suele solucionar también escribiéndoles en hojas que luego puedan leer para que finalmente lleguen al entendimiento. Con el paciente inmigrante suele ser más difícil llegar a la comprensión, aparte de lo difícil que puede llegar a ser comprender una enfermedad o el tratamiento, suelen perder información por el hecho de no conocer el idioma o emplear traducciones escritas demasiado literales."</u></p>
<p>Sujeto 2</p>	<p><u>"Pues la mejor forma de detectarlo es preguntar al paciente si lo está entendiendo, pero incluso una respuesta afirmativa tampoco dice mucho. Cuando un paciente contesta a todo que "sí", o cuando un paciente guarda silencio y mira a sus familiares esperando que lo entiendan mejor, suele ser una señal inequívoca de que no ha entendido ni la mitad. En mi opinión la principal barrera es la idiomática con el paciente inmigrante, pero hay una barrera importantísima que comparten ambos grupos que es el lenguaje técnico y la falta de conocimientos sobre anatomía y fisiología. Explicar a un señor que lleva toda la vida arando campos en Badajoz por qué su corazón funciona mal y como debe cuidarse suele ser difícil, si además le sumamos la dificultad con el idioma es casi imposible."</u></p>
<p>Sujeto 3</p>	<p><u>"Falta de toma de medicación o de comida. Gestos de preocupación.</u></p> <p><u>El paciente español los manifiesta.</u></p>

	<u><i>Sí son diferentes</i></u> "
Sujeto 5	<u>"<i>Si. En español podemos tratar a una persona. Un inmigrante niega con la cabeza cuando no nos entiende y hay que esperar a que haya un familiar con ellos.</i>"</u>
Sujeto 8	<u>"<i>Con los gestos, se sabe que no te entiende. Sí los problemas son diferentes.</i>"</u>

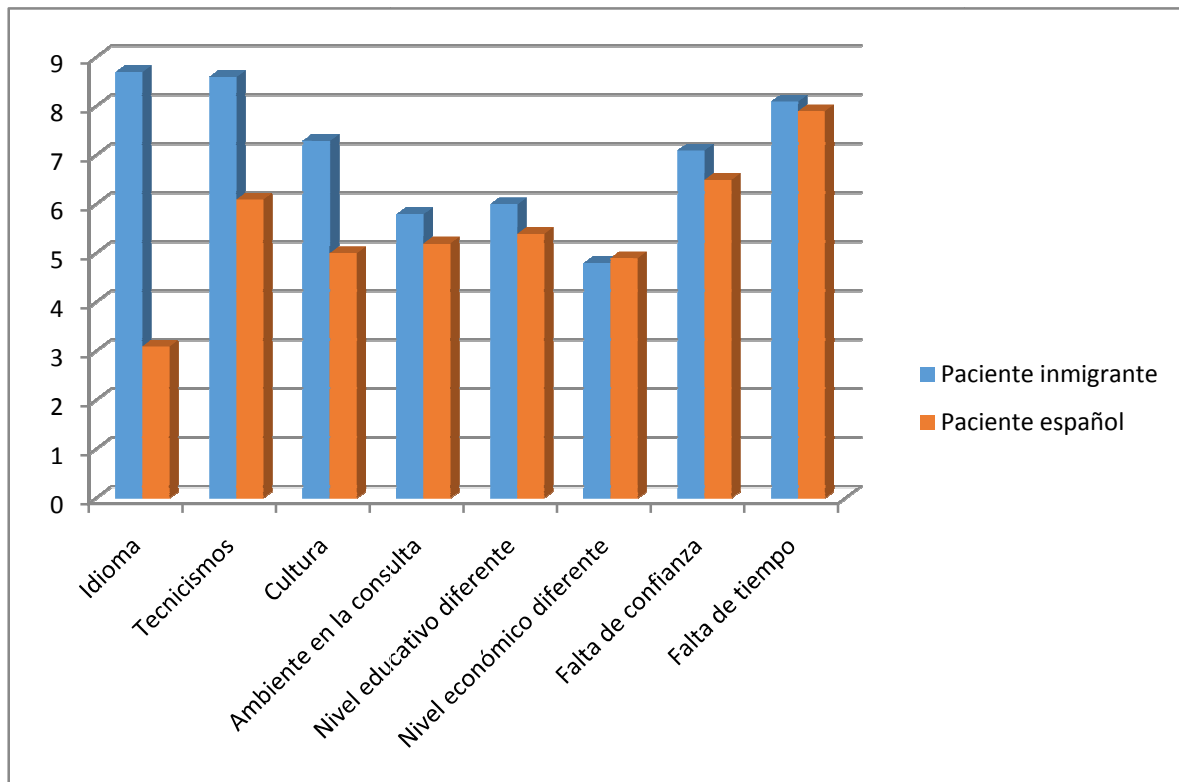
De esta manera, de los 10 encuestados, el sujeto 1 no responde claramente a si son diferentes o no, pero explica que con el paciente inmigrante, el problema es el idioma (y que es el paciente el que lo recalca al entrar) y, con el paciente español los problemas son por falta de lenguaje técnico, edad avanzada o bajo nivel socioeconómico (algo dicho también por los sujetos 2 y 10); el sujeto 3, el 5 y el 8 han respondido claramente que sí son diferentes los problemas de comunicación que existen con los pacientes inmigrantes y los españoles; el sujeto 2 ha respondido que ambos comparten una barrera importantísima, la del lenguaje técnico y la falta de conocimientos en anatomía pero que al inmigrante se le suma la barrera del idioma; el sujeto 10 ha respondido que: "*Generalmente los problemas son los mismos. Barreras sociales, religiosas, ideológicas*".

En cuanto las principales maneras de detectar los problemas, de los 10 encuestados, salvo uno que no responde a la manera de detectar los problemas, cuatro responden que a través de los gestos, tres contestan que lo saben al pedirles que repitan el mensaje recibido y confundirse, y dos responden que lo saben por los silencios. Además de los datos anteriores recogidos porque aparecen en más de una respuesta, cabe señalar que hay dos respuestas llamativas: el sujeto 1 afirma que, en la mayoría de las ocasiones, es el paciente inmigrante quien avisa de que no entiende bien español; el sujeto 2 contesta que detecta los problemas cuando contestan a todo que "sí". Esto es importante ya que, aun sabiendo que el inmigrante va a tener problemas de entendimiento nada más entrar en la consulta, no se avisa a un intérprete (aunque fuera porque el hospital no disponga de él). Lo que dice el sujeto 2 se contrapone a una de las preguntas que aparecen en la pregunta 30 hecha a las personas africanas francófonas. Se les preguntó si cuando no entendían algo que les había dicho el personal sanitario preguntaban sus dudas y nueve de los 10 encuestados contestaron que siempre preguntan sus dudas. Sólo el sujeto 6 contestó que nunca lo hace.

La detección de los problemas de comunicación ocurre de manera similar según los intérpretes. En la pregunta 17, de los 8 intérpretes encuestados, cuatro hacen referencia al lenguaje no verbal como manera de detectar un problema y, a menudo, es a través de miradas, dos responden que por respuestas incoherentes. Otras maneras de detectarlo son: silencios, responder "sí" a todo, el paralenguaje, dar respuestas vagas por no equivocarse, si la pregunta se repite; otro intérprete responde que hace preguntas trampa para verificar la comprensión (tanto al paciente como al profesional sanitario), lo que implica que el intérprete intervenga con voz propia en el triálogo que tiene lugar. El sujeto 8 responde que tanto el personal sanitario como el paciente confiesan que no entienden algo cuando se produce un problema.

A continuación, analizaremos los resultados de las preguntas 15 y 16 formulada al personal sanitario. Hemos agrupado las medias en un gráfico que pueda reflejar las respuestas obtenidas para la importancia de los aspectos como el idioma o la cultura para que exista una buena comunicación entre el personal sanitario con el paciente español (en rojo) y el paciente inmigrante (azul).

Gráfico 3: Aspectos que influyen en la comunicación con el paciente inmigrante/español



Basándonos en el gráfico 3, el idioma (8,7 de media), los tecnicismos (8,6 de media) y la falta de tiempo (8,1) serían los tres valores que más influyen en la comunicación con el paciente inmigrante, seguidos por la cultura (7,3), la falta de confianza (7,1), el nivel educativo diferente (6), el ambiente en la consulta (5,8) y, finalmente, el nivel económico diferente (4,8).

Respecto a la comunicación con el paciente español, el orden de estas opciones varía pero, en ocasiones, se alcanzan valores muy similares con la influencia en el paciente inmigrante. Lo que más influiría en la comunicación con el paciente español es: la falta de tiempo (7,9), la falta de confianza (6,5), los tecnicismos (6,1), el nivel educativo diferente (5,4), el ambiente en la consulta (5,2), la cultura (5), el nivel económico diferente (4,9) y el idioma (3,1).

Tras ver estos datos, queda patente las mayores dificultades para cada grupo diferenciadamente pero, es necesario señalar la proximidad de las medias obtenidas respecto al nivel económico diferente (4,8 para el paciente inmigrante y 4,9 para el español), la falta de tiempo (8,1 para el paciente inmigrante y 7,9 para el español), el ambiente en la consulta (5,8 para el paciente inmigrante y 5,2 para el español), nivel educativo diferente (6 para el paciente

inmigrante y 5,4 para el español) y, finalmente, también con 0,6 puntos de diferencia, la falta de confianza (7,1 para el paciente inmigrante y 6,5 para el español).

Como el idioma se revela el principal problema para la comunicación con el paciente inmigrante, veremos los idiomas que suelen hablar los pacientes (preguntas 8, 9, 10 y 11) y los que suele hablar el personal sanitario (pregunta 5). En la tabla 9 veremos la lengua materna de los africanos francófonos encuestados, si hablan y entienden el español y qué otros idiomas hablan.

Tabla 9:

	Lengua materna	Otras lenguas habladas	Habla español	Entiende español	Tiempo en España
Sujeto 1	Bassa	<i>"Français, anglais"</i>	Sí	Sí	9 meses
Sujeto 2	Bafang	<i>"Français"</i>	Sí	Sí	1 año
Sujeto 3	Bafang	<i>"Français; anglais; impeu arabe; impeu espagnole;"</i>	No	No	9 meses
Sujeto 4	Wolof	<i>"Serere, français, espagnol"</i>	Sí	Sí	8 años
Sujeto 5	Wolof	<i>"Français, anglais, un peu d'espagnol"</i>	No	No	1,5 años
Sujeto 6	Fula-Sosoe	<i>"Bamara, français, espagnol"</i>	Sí	Sí	26 años
Sujeto 7	Wolof	<i>"Français, espagnol et un peu d'anglais"</i>	Sí	Sí	6 años
Sujeto 8	Wolof	<i>"Espagnol, français, wolof, un peu d'anglais"</i>	Sí	Sí	5 años
Sujeto 9	Francés	<i>"wolof"</i>	Sí	Sí	2 años
Sujeto 10	Francés	<i>"wolof"</i>	Sí	Sí	6 años

Todos los encuestados hablan francés además de su lengua materna (aunque el sujeto 9 y el 10 afirman que el francés es su lengua materna) y ocho de los 10 sujetos dicen hablar y comprender español. Respecto a los idiomas que habla el personal sanitario, seis de los 10

encuestados hablan inglés aunque, el sujeto 1 matiza "nivel básico" y el 2, en la pregunta 10 dice: "Con gran dificultad. Si es posible y los pacientes entienden inglés o francés, varios compañeros tenemos unas nociones básicas sin poder entrar en aspectos más "técnicos" sobre el estado de salud". El sujeto 5 habla catalán, el sujeto 6 francés además de inglés, el 8 valenciano y el 10 italiano además del inglés. El sujeto 7 y el 9 no parecen hablar otro idioma aparte del español.

La pregunta 19 formulada a los intérpretes revela el tipo de problemas de comunicación que aparecen entre los interlocutores. A continuación, veremos en la tabla 10 las respuestas obtenidas:

Tabla 10:

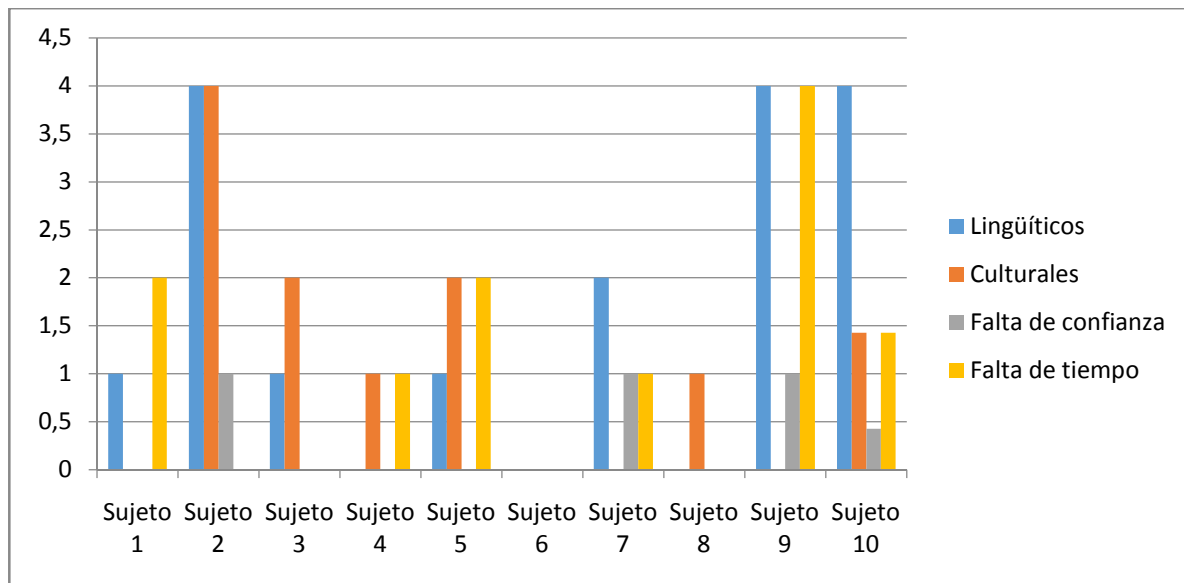
Sujeto 1	<i>"suelen ser culturales, diferentes conceptos de conceptos: salud, reproducción, intimidad y otros como el tiempo, el planning organizativo del tratamiento, rol del médico, remedios de la medicina tradicional. <u>si son de registro, lo intento adaptar, esto es frecuente porque el discurso médico y el de los pacientes suelen ser de diferentes registros pero se suele resolver frecuentemente sin problema"</u></i>
Sujeto 2	<i>"Pueden ser, entre otros, lingüísticos x el nivel socio-cultural muy bajo de la mayoría de los pacientes"</i>
Sujeto 3	<i>"- <u>barrera lingüística es una barrera primaria y, si se supera, pueden surgir otros como una</u> - <u>cultura sanitaria diferente (trámites administrativos, pruebas médicas, etc.)</u> - <u>estado asimétrico de los interlocutores: no sólo porque los profesionales sanitarios sean los expertos y puedan tener un estatus social mejor que el de sus pacientes inmigrantes, sino también por el hecho de que los pacientes acuden al médico, mayoritariamente, porque se encuentran mal o hay algo que les preocupa de su salud; y muchos están nerviosos al entrar a una consulta médica;</u> - <u>actitud de los interlocutores por no entender ni respetar la actitud del "otro" (ya fuera paciente o profesional sanitario), lo cual, en mi opinión, está íntimamente relacionado con el factor cultural, los conceptos de salud y enfermedad, la manera de comunicarse en las distintas culturas, los estereotipos y los prejuicios."</u></i>
Sujeto 4	<i>"Cultura"</i>
Sujeto 5	<i>"Normalmente son de registro porque los médicos no adaptan su vocabulario a la persona que tienen enfrente. Es más, <u>a algunos médicos parece que les encanta utilizar jerga médica para demostrar sus conocimientos o son incapaces de hacer ese ejercicio de cambio de registro.</u> Ejemplo: Médico: Tienes sinusitis Intérprete (al paciente): Tienes sinusitis [¿sabes lo que es?]</i>

	<p><i>Paciente: No</i></p> <p><i>Intérprete (al médico): Le he dicho al paciente que tiene sinusitis y le he preguntado si sabía lo que era por si no lo entendía y me ha dicho que no, ¿podría explicárselo por favor?</i></p> <p><i>Médico: La sinusitis es la sinusitis, no se puede explicar.</i></p> <p>⌋⌋"</p>
Sujeto 6	<i>"Sobre todo culturales o que tengan relación con la tradición del paciente, por ejemplo, no querer quitarse la camiseta entera delante de un medico (mujer) y decir que es suficiente subirla un poco."</i>
Sujeto 7	<i>"En general los problemas que surgían mas son de orden culturales, por ejemplo el valor de la sangre para este comunidad, entonces les cuesta siempre comprender lo porque de sacarlos tantas sangres"</i>
Sujeto 8	<i>"Lingüísticos, culturales, los pacientes no confían mucho en la medicina española."</i>

Así pues, tras leer las respuestas, podemos ordenar los problemas de la siguiente manera: por un lado, cuatro de los ocho sujetos enuncian los problemas culturales en primer lugar, o dicen claramente que suelen ser de ese tipo, y dos más hablan de que también suelen ser de ese tipo, pero no lo mencionan en primer lugar; por otro lado, dos intérpretes mencionan en primer lugar que los problemas suelen ser de registro (incluso el sujeto 5 nos da un ejemplo) y tres más mencionan estos problemas también. El sujeto 3, afirma que también existe una actitud mutua de no entender ni respetar la actitud del "otro".

Continuando con la otra parte de la pregunta 30 formulada a los africanos francófonos, a la pregunta de si suele haber problemas de comunicación cuando acuden al médico, cuatro contestan que sí (sujeto 2, 5, 7 y 9), cinco contestan que no (sujeto 1, 4, 6, 8 y 10) y el sujeto 3 añade una respuesta y escribe "*par fois*". Siguiendo con esta pregunta, en un apartado se les pide que contesten sobre la frecuencia temporal de los problemas lingüísticos, culturales, por falta de confianza y por falta de tiempo. Algunos sujetos no han contestado a alguna de las opciones ofrecidas. En el gráfico 4 veremos las respuestas de cada sujeto a las cuatro categorías disponibles. El 0 corresponde a "nunca", el 1 a "a veces", el 2 a "a menudo", el 3 a "casi siempre" y el 4 a "siempre".

Gráfico 4: Frecuencia temporal y tipos de problemas



Como podemos observar, los problemas más frecuentes son los lingüísticos pero, después de éstos, los problemas que ocurren con más frecuencia son los que tienen que ver con la cultura y la falta de tiempo. Cabe resaltar el hecho de que el sujeto 4 y el 6, que son los que llevan más tiempo en España de los 10 encuestados, 8 y 26 años respectivamente, no tienen casi problemas. El sujeto 6 no tiene ninguno y el sujeto 4 sólo le da la puntuación de "a veces" a "culturales" y a "falta de tiempo".

Como conclusión, los problemas de un público y del otro difieren, en primer lugar, en cuanto al idioma. Esto se explica porque la mayoría de los profesionales encuestados no recurren a un intérprete y, por ello, la principal barrera que tienen es la del idioma en sí. Para los africanos francófonos encuestados la principal barrera también es el idioma, porque es cierto que para que existan problemas culturales ha debido superarse primero la barrera lingüística. Sin embargo, no hay que olvidar que los tecnicismos ocupaban el segundo puesto de los problemas con los pacientes inmigrantes y, estos tecnicismos son el problema de "adaptación de registro" del que los intérpretes hablaban en su pregunta 19 y, en segundo lugar, la cultura era, para el personal sanitario, el cuarto factor más problemático con los pacientes inmigrantes lo que, sin duda, para los intérpretes es el mayor problema que ven a la hora de interpretar porque se dedican a interpretar fielmente el mensaje puesto que tienen un dominio excelente de las lenguas de trabajo y, muchas veces, están obligados a traducir mensajes de alguna de las partes que crea un malentendido cultural y, a partir de ahí, si las partes no llegan a entenderse, el intérprete "se hace visible" en la conversación para explicar el malentendido que está existiendo. Sin él, la mayoría de las veces es posible que estos problemas no sean visibles y, como consecuencia, no se solucionen, aunque sea por ignorancia, desconocimiento, etc.

4.1.3. Soluciones propuestas

Para los problemas enunciados en el apartado anterior (4.1.2.), se les ha preguntado por soluciones propuestas tanto el personal sanitario como los pacientes y los intérpretes. Las preguntas son las siguientes:

Personal sanitario:

11. [...] ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Pacientes:

38. *Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?*

Intérpretes:

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

Respecto a la pregunta 11, contestamos su primera parte en el apartado 4.1.2. Como ya dijimos, de los cinco profesionales que responden haber trabajado con intérprete profesional, por sus respuestas se dedujo que, salvo el sujeto 4, se suele recurrir al lenguaje de gestos o a un intérprete *ad hoc* para entenderse, ya sea porque no disponen de un servicio de intérpretes en sus lugares de trabajo o por otro motivo. La segunda parte de la pregunta 11 consiste en averiguar los mecanismos que emplean para comprender al paciente inmigrante. Entre los testimonios aportados, destacamos los siguientes:

Tabla 11:

Sujeto 1	<i>"- Invitar a familiares o amigos del paciente que hagan de traductor. - Utilizar el traductor de google, poniendo la pantalla del ordenador entre el médico y el paciente para que ambos pudieran leerla. [...]"</i>
Sujeto 2	<i>"No. Nunca un intérprete profesional. Básicamente lo descrito en la pregunta anterior. (En la pregunta anterior responde:" [...] Si es posible y los pacientes entienden inglés o francés, varios compañeros tenemos unas nociones básicas sin poder entrar en aspectos más "técnicos" sobre el estado de salud. [...]"</i>
Sujeto 3	<i>"[...]Lenguaje de gestos"</i>
Sujeto 5	<i>"Si no se habla español siempre suele haber un familiar que sabe defenderse en el idioma para comunicarnos con el paciente"</i>
Sujeto 6	<i>"[...] me defiendo con el inglés y francés. Con algún paciente chino o marroquí,</i>

	<i>ha venido un acompañante que también hablaba español o árabe. También he hablado a través del móvil del padre o la madre con la persona que hablaba español."</i>
Sujeto 9	<i>"[...] a través de gestos y localizaciones."</i>

Según las respuestas anteriores, de los seis que contestaron con sus técnicas para hacerse entender, tres dijeron que con acompañantes de los pacientes, es decir, con intérpretes *ad hoc*, dos respondieron que mediante gestos, dos profesionales sanitarios contestaron que en inglés o en francés, pero no hacían referencia a que fueran bilingües, sino que alegaban "*defenderse*" o "*tener nociones básicas*". Por último, el sujeto 1 menciona que usa el traductor de Google.

Además de estas soluciones, en la pregunta 14 se dan otras técnicas a la hora de que exista un problema de comunicación con el paciente inmigrante. De los 10 profesionales sanitarios que respondieron a la pregunta, 3 contestaron que recurren a un intérprete (el sujeto 4, el 8 y el 10) y, de los demás, las respuestas más llamativas aparecen en la tabla 12:

Tabla 12:

Sujeto 1	<i>"Con el inmigrante intento utilizar el traductor de google o citar al paciente en una próxima visita con un hispano parlante. También en ocasiones lo que hacen los pacientes (especialmente chinos) es acudir a la consulta y llamar a un familiar que habla español y la consulta se desarrolla telefónicamente"</i>
Sujeto 2	<i>"En primer lugar si no entiende español intentando que haya presenta alguien que comprenda ambos idiomas. Para ambos casos, españoles e inmigrantes, se debe evitar el lenguaje excesivamente técnico y explicar lo más llanamente posible, y sin prisa, lo que se quiera transmitir, adecuando los términos y la cantidad de información a la capacidad y la demanda de conocimientos de cada paciente."</i>
Sujeto 3	<i>"Preguntando a algún compañero si habla su lengua materna o alguna otra conocida por el paciente. Informándome si la familia sí habla español. [...]"</i>
Sujeto 5	<i>"solo queda esperar a un familiar."</i>
Sujeto 7	<i>"Pido ayuda. [...]"</i>
Sujeto 9	<i>"Explicarlo de distintas maneras y distintos puntos."</i>

Según las respuestas, cuatro profesionales sanitarios esperan a un intérprete *ad hoc*, bien sea familiar del paciente o compañero de trabajo que conozca el idioma del paciente. El sujeto 2 explica una técnica muy importante a la hora de simplificar el mensaje: evitar los tecnicismos, explicar todo de manera sencilla y sin prisa.

Por otro lado, cuando hay un problema de comunicación entre el paciente y el personal sanitario y se están beneficiando de un intérprete, es el intérprete quien suele solucionar el problema haciendo de mediador. Se les ha preguntado a los intérpretes encuestados qué hacen para solucionar los problemas en la pregunta 18 de la encuesta creada para ellos. Las posturas que se adoptan son la de parar la comunicación e intervenir para explicar el malentendido a las dos partes y pedir aclaraciones. También afirman que la solución depende del problema y de la situación: si es de nivel, el sujeto 5 hace lo siguiente:

"[...] A veces directamente bajo el nivel de vocabulario del médico si sé que ese médico nunca se molesta en reformular el mensaje, por lo que directamente cuando dice "¿alergias contra medicamentos?" digo ¿algún medicamento te ha dado problemas de salud?, ¿transfusiones?, ¿te han puesto sangre de otra persona? Etc. "

El sujeto número 2, cuando hay un problema de terminología, pide al médico que haga un dibujo o usa Internet para buscar fotos de pruebas. El sujeto 7 sostiene que es más normal que existan problemas con el lenguaje no verbal que con la comunicación verbal porque a veces hay malas interpretaciones.

La siguiente pregunta que analizaremos es la número 18 del personal sanitario, la cual considero muy importante para saber cuál es la postura que estos profesionales creen que se debería adoptar para que no haya problemas culturales. Además, hay que añadir que han sido muy generosos al responder a esta pregunta y han explicado detalladamente lo que querían expresar. En esta pregunta daremos todas las respuestas obtenidas en la tabla 13 ya que consideramos que todas ellas son muy significativas:

Tabla 13:

Sujeto 1	<p><i>"- Emplear <u>más tiempo en la consulta.</u></i> <i>- <u>Revisar al paciente pronto para asegurarnos que se ha producido mejoría con el tratamiento.</u></i> <i>- <u>Folleto de las enfermedades más frecuentes en otros idiomas (asma, educación para la hipertensión y la diabetes, <u>fármacos difíciles de usar</u> como el sintrom, etc)</u></i> <i>- <u>Asistir a formación sobre diferencias culturales"</u></i></p>
Sujeto 2	<p><i>"En primer lugar <u>hacer consciente a los sanitarios de que las diferencias interculturales se dan incluso entre gente de ámbito rural.</u></i></p> <p><i><u>Evitando y educando para que no se den conductas racistas, que por desgracia, siguen siendo frecuentes. No se traducen en un mal trato directamente al paciente, pero sí en comentarios y juicios de valor que se realizan entre el personal.</u></i></p> <p><i><u>La presencia de intérpretes debería ser imprescindible en los hospitales. Debe haber una comunicación bidireccional, el personal sanitario debe estar formado y al tanto de la cultura, creencias y costumbres de los pacientes inmigrantes a los que atendemos, y a su vez, se debe hacer al paciente consciente de que dentro del respeto a sus costumbres hay procedimientos y pruebas que deben realizarse por su salud."</u></i></p>
Sujeto 3	<p><i>"Ser más tolerante y empático.</i></p>

	<i>Formarse en otros idiomas"</i>
Sujeto 4	<i>"Ser abierto, comprensivo. Mostrar empatía, tolerante, tener paciencia."</i>
Sujeto 5	<i>"Creo que <u>al igual que un español se amolda a las características de un hospital un inmigrante debería ser igual. Todos son pacientes para mi y a todos les dedico el mismo tiempo para favorecer su mejoría. No creo que yo tenga que amoldarme a ellos. Trabajo en un hospital con pacientes enfermos no en un hotel con cosas a la carta.</u>"</i>
Sujeto 6	<i>"<u>Siempre va a haber diferencias culturales, como es lógico, pero en nuestro trabajo es importante establecer una buena relación de confianza, por eso, el personal sanitario debe formarse para comprender a la persona que ha acudido a solicitar una consulta.</u>"</i>
Sujeto 7	<i>"Informarte de las distintas culturas, escuchar, respetar, tener paciencia, no prejuizar, entender que las diferencias son eso, diferencias y no barreras, intentar salirte de tu contexto para trabajar desde la objetividad, evitar sentirte agredido u ofendido por las distintas maneras de expresión, encajar las decisiones del paciente aunque para ti sean incomprensibles, evitar el paternalismo, entender que la asistencia es obligación no caridad."</i>
Sujeto 8	<i>"En mi planta somos muy profesionales y humanos en el trato, con todos los pacientes por igual."</i>
Sujeto 9	<i>"Tener más paciencia, pero no hay tiempo real para dedicarles. "</i>
Sujeto 10	<i>"Formación, tolerancia y empatía."</i>

Así pues, las siguientes estrategias son las que han propuesto los profesionales sanitarios. Cinco profesionales han hecho referencia a la formación cultural como método (el sujeto 2 alega que para que no se produzcan conductas racistas), tres a la tolerancia, a la empatía y a la paciencia. Otras soluciones propuestas y que aparecen una sola vez son: formación en idiomas, dedicar más tiempo, tener folletos en otros idiomas, revisar a los pacientes con más frecuencia, intérpretes en los hospitales, ser comprensivo, abierto y objetivo, establecer una relación de confianza con el paciente, respetar, no prejuizar y evitar el paternalismo. Por último cabe destacar los testimonios de varios sujetos: el sujeto 5 sostiene que es el paciente inmigrante quien tiene que amoldarse puesto que es un hospital y no un hotel y, el sujeto número 8 no da ninguna estrategia alegando que en la planta donde trabaja todos son muy profesionales y humanos, de manera que parece que no hay nada que cambiar.

También se preguntó a intérpretes sobre su opinión respecto a la actitud y a las aptitudes más apropiadas de los usuarios, es decir, tanto de la parte del paciente como de la parte del personal sanitario. 22. Lo que más necesario les parece a tres de los intérpretes es la paciencia, seguido por la confianza y el respeto (recalcado por dos intérpretes). También hacen alusión a

la empatía, la colaboración, tener una buena disposición frente al diálogo, hablar claramente sin dar rodeos, tener conciencia del nivel lingüístico que tienen (los dos usuarios del intercambio), colaborar, escuchar, ser transversal y fiel, ser abiertos a otras visiones y también a trabajar con intérprete y confiar en éstos. Además, el sujeto 5 sugiere que deberían tener en cuenta lo siguiente:

"Deberían tener en cuenta que el intérprete no es un diccionario con patas (no utilizar "palabros" para "ir a pillar" al intérprete a ver si se lo sabe o no) y que no hay que cortarse el uno al otro ni cortar al intérprete antes de que termine porque "ya sabemos lo que va a decir". Facilitar la tarea al intérprete porque facilitarle la tarea es facilitarnos a nosotros mismos la comunicación con la persona que tenemos enfrente."

Por último, analizaremos las respuestas a la pregunta 38 formulada a las personas africanas francófonas. Tres de los 10 encuestados han respondido que faltan traductores o intérpretes para "*surmonter les barrières linguistiques, culturelles, religieuses, sociales, etc...*" (Sujeto 4) y para "*accélérer les soins et la relation médecin-patient*" (sujeto 10). El acelerar el trato concuerda con otra de las nociones más mencionadas: dos de los 10 encuestados responden que deberían hacer esperar menos al paciente (sujeto 3) y aproximar más las citas (sujeto 7). Una de las actitudes más demandadas es la de "*être accueillant*" (sujeto 2 y sujeto 3). También se ha mencionado sonreír, animar, escuchar al paciente, informarse de cómo viven los extranjeros, saber que existen otras opiniones y explicar mejor las enfermedades. En mi opinión, algunas de estas respuestas se refieren a cuestiones culturales como, por ejemplo, "saber que existen otras opiniones" o la actitud de "animar, escuchar y sonreír".

Para concluir, parece que casi todos los encuestados, ya sean intérpretes, profesionales sanitarios o pacientes africanos francófonos, coinciden en que es muy importante tener una actitud paciente, empática y tolerante para poder llegar a comprenderse mutuamente y que prime la salud.

4.1.4. Casos concretos

En este subapartado abordaremos casos concretos de malentendidos culturales o problemas de comunicación que hayan ocurrido a los diferentes sujetos encuestados. Las preguntas son las siguientes:

Personal sanitario:

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Pacientes:

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Intérpretes:

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

A la pregunta 17 formulada al personal sanitario, de los 10 encuestados, siete narran problemas acontecidos con pacientes árabes: cuatro hacen alusión a que han tenido problemas relacionados con la exploración física a pacientes mujeres árabes y dos encuestados nos cuentan problemas relaciones con el ramadán. Los casos los veremos en la tabla 14.

Tabla 14:

Sujeto 1	<i>"Especialmente con musulmanes es complicado pautar tratamiento en el Ramadán. En muchas ocasiones enferman por el ayuno en esta época (mareo, deshidrataciones) y es difícil que tomen un tratamiento o dejen de realizar ayuno para poder mejorar su enfermedad. También ocurre con mujeres musulmanas que prefieren no ser exploradas por hombres. [...]"</i>
Sujeto 2	<i>"Varios casos en los que he tenido que realizar un sondaje vesical (introducir una sonda a través de la uretra) a mujeres de religión islámica. Al ser un hombre, he obtenido protestas, quejas, malas miradas, y desconfianza tanto de la paciente como del marido, de haberlo. En estos casos si el tiempo y la situación lo permite he pasado la tarea a alguna compañera por no generar incomodidad, pero alguna vez donde no ha sido posible y debía encargarme yo, he obtenido la negativa de la paciente. "</i>
Sujeto 5	<i>"Musulmán. Las mujeres muy recelosas de que las toquemos, siempre acompañadas. Los hombres muy demandantes, exigentes y se creen superiores."</i>
Sujeto 6	<i>"Una madre marroquí durante el ramadán, suspendió la lactancia materna de su bebé durante el día y le ofrecía un sucedáneo de leche con un biberón, a pesar de saber que las madres lactantes estaban eximidas del ayuno.[...] Una madre marroquí dejó a su hijo de 15 meses durante 2 meses con su hermana en Marruecos, pues ella tenía que trabajar. El niño la mordía cuando fue a buscarla.[...]"</i>
Sujeto 8	<i>"Sí, recuerdo a un paciente marroquí que para insultar a mi compañera y a mí nos llamó "rumanas"</i>
Sujeto 9	<i>"Marroquí. Cómo explicarle que no debe tomar sal y tomarse su medicación hipertensiva."</i>
Sujeto 10	<i>"Exploración física a mujer árabe (Marruecos) en la consulta con un colega (hombre). Prefirió que lo hiciese una mujer."</i>

El sujeto 4, psiquiatra, nos cuenta un testimonio muy interesante:

"Pacientes de origen africano con una lengua y cultura muy distintas que dificulta mucho el entendimiento y la comprensión del caso. En alguna ocasión con pacientes de África subsahariana donde lo transcultural y las creencias influyen mucho ha habido dificultad a la

hora de el poder comunicarse y sobre todo de poder entender lo que le ocurría y el contexto en el que le ocurría, no sabíamos si algo q decía sobre el demonio era parte de su cultura o algún tipo de delirio"

Con este testimonio podemos afirmar claramente que el sujeto 4 se ha informado sobre las culturas de África subsahariana porque dice que lo transcultural y las creencias influyen mucho y, además, cuenta que el paciente hablaba del demonio y no sabía si era anecdótico o estaba delirando. Sin duda, hay que observar con mucha más atención los aspectos culturales cuando se están tratando casos que tienen que ver con la psicología, donde el paciente puede estar más afectado y no tener la capacidad de expresarse igual que como lo haría si no tuviera problemas mentales.

Otro aspecto importante que ha resaltado el sujeto número 1 es el siguiente:

"Normalmente todos los inmigrantes a veces recurren a medicinas o tratamientos que son famosos en su país y que los médicos españoles no conocemos. Cuando nos intentan consultar sobre ellos no sabemos contestarle ni hasta qué punto pueden interaccionar con otras medicaciones. "

Comprender la interacción medicamentosa es fundamental para que no exista peligro en el tratamiento que se le da a un paciente. Para conocerlo, es muy importante que el paciente que use remedios naturales sea totalmente sincero y le cuente al personal sanitario lo que toma y todas las características que éste le pregunte sobre ello porque, como dice el sujeto 1, los médicos españoles no los conocen y puede ser peligroso para el paciente.

Otro caso importante es el que cuenta el sujeto 3 que, a mi parecer, tiene más que ver con nociones lingüísticas que culturales. El sujeto 3 escribe lo siguiente: "*Algún paciente se ha quedado sin comer por no entender qué elegir entre las opciones ofertadas. Africano, hablaba inglés*"

Por último, es curiosa la anécdota que cuenta el sujeto 6 sobre el periodo de lactancia de una madre colombiana y planchar: "*Una madre colombiana comentó que durante la lactancia, no se puede planchar, pues disminuye la cantidad de leche.*"

La pregunta 20 formulada a los intérpretes revela algunos de los siguientes casos concretos de malentendidos culturales que se recogen en la tabla 15.

Tabla 15:

Sujeto 1	<p>"No sé si son malentendidos pero sí situaciones determinadas por la religión u otras creencias:</p> <p>-una paciente me pidió que le frotara la frente con un limón tras despertarse de la anestesia porque es un remedio natural de su pueblo para que el efecto posterior de la anestesia no fuera desagradable. No es un elemento de la medicina occidental tradicional. Era musulmana magrebi.</p> <p>-una paciente nos pidió llamar a su guía espiritual antes de una intervención quirúrgica para recibir su bendición. Era africana subsahariana pero no sé su</p>
-----------------	--

	<i>religión.[...]"</i>
Sujeto 2	<i>"MUJER LIBIA, DE FE MUSULMANA ACUDIÓ A URGENCIAS POR FIEBRE. LA PACIENTE LLEVABA EL VELO MUSULMÁN SE LO QUITARON DENTRO PORQUE TENÍA MUCHO CALOR, PERO CUANDO LA QUISIERON TRASLADAR A OTRA SALA LA MUJER SE PUSO EL PAÑUELO Y LA ENFERMERA LE DIJO QUE NO TENÍA QUE HACERLO Y LA PACIENTE DECÍA QUE SÍ, LA ENFERMERA SE ENFADÓ PENSANDO QUE NO LE QUERÍA HACER CASO... TUVE QUE EXPLICAR A LA ENFERMERA QUE MIENTRAS NO HABÍA HOMBRES LA MUJER SE PODÍA QUITAR EL VELO, PERO FUERA HABÍA HOMBRES Y ADEMÁS EL MARIDO ESTABA EN LA SALA DE ESPERA Y ESO PODRÍA CREARLE UN PROBLEMA CON SU PAREJA."</i>
Sujeto 3	<i>"Interpretando con pacientes de origen subsahariano, ya fueran musulmanes o cristianos, existía un malentendido bastante generalizado relativo a los análisis de sangre: como no estaban acostumbrados a esta prueba diagnóstica y no sabían qué se hacía después con su sangre, algunos pensaban que se reutilizaba o se vendía, y además muchos creían que les podía debilitar de manera considerable."</i>
Sujeto 5	<i>"El paciente creía que no le daban cita hasta dentro de tres meses por ser inmigrante. Decía que en su país (Camerún) cuando vas al médico te hacen todo en el mismo día. Hubo que explicarle que el sistema de España es más lento.[...]"</i>
Sujeto 7	<i>"Hemos tenido un paciente musulmán de Guinea de la etnia de las fulas que no quería dejar de hacer el ramadán para seguir un tratamiento"</i>
Sujeto 8	<p><i>"Una doctora no entendió por qué la paciente china no quería desnudarse frente de unas mujeres.</i></p> <p><i>Los personales sanitarios no entienden porque los pacientes chinos tienen que pensar y hacer cálculos cuando les preguntan sobre su edad porque en China la edad se cuenta de otra manera.</i></p> <p><i>Los personales sanitarios critican a los pacientes chinos que coman mucho arroz.</i></p> <p><i>Las enfermas regañan a las madres chinas que dan papilla de arroz a sus bebés de 5 meses.</i></p> <p><i>Los pacientes chinos siguen creyendo que tienen algo raro en su cuerpo mientras que los médicos les dicen que están bien. No confían en los diagnósticos españoles.</i></p> <p><i>Los pacientes chinos quieren encontrar algunas medicinas chinas aquí en</i></p>

	<i>España pero los médicos aquí no saben nada de ellas."</i>
--	--

El caso que cuenta el sujeto 7 concuerda con uno de los problemas enunciados por el personal sanitario, el de querer continuar con el ramadán aunque el paciente se encuentre en una de las situaciones en las que se puede dejar de hacer. El problema que cuenta el sujeto 5 tiene que ver con la incomprensión por parte del inmigrante del sistema de salud español. El paciente de Camerún no entendía que en España un mismo médico no es el que realiza todas las pruebas. El caso del sujeto 3 lo analizaremos en el apartado 4.1.5. Por su parte, el sujeto 8 da muchos ejemplos, uno de ellos hace referencia a la falta de confianza de los pacientes chinos hacia los profesionales sanitarios españoles y, también, aparece el tema de las medicinas de cada país del que hablaba el sujeto 1 del personal sanitario en relación a la interacción medicamentosa de los medicamentos españoles con los remedios de otros países.

Respecto a los problemas con los pacientes musulmanes, Lévy (2008:48-49) da algunos consejos en el caso de que el paciente musulmán esté ingresado en el hospital. Si esto ocurre y no puede ir a lavarse al lavabo, es posible que un familiar le traiga arena o una roca de un río para purificarse simbólicamente. También avisa de la importancia de no tocarlo por tener mucho valor para el paciente. Tampoco hay que pisar la alfombra del paciente puesto que la usa para rezar y para él es un lugar sagrado. En cuanto al ramadán, es importante saber que tiene lugar en el noveno mes del año musulmán y que el mes en el calendario islámico empieza siempre con luna nueva por eso, cada año varía. En el caso de que el paciente no deba hacer el ayuno por motivos de salud, para favorecer una buena comunicación es necesario mostrar que se respetan sus creencias y sus convicciones pero dejar claro y explicar las razones médicas que le desaconsejan ayunar. Además, si tienen alguna duda espiritual, se puede llamar a un imán para que actúe como consejero espiritual.

Mientras que al personal sanitario y a los intérpretes se les preguntaba por problemas puramente culturales, la pregunta para los africanos francófonos era menos concreta y no se les especificaba que el problema que contaran fuera cultural. El sujeto 2, el 4y el 10 contestan que nunca han tenido problemas, puede ser que porque iban acompañados de intérprete y que, o bien no hubo verdaderamente problemas, o bien no fueron conscientes de cuando los problemas estaban ocurriendo porque el intérprete era quien los gestionaba. De las respuestas ofrecidas, las más significativas aparecen en la tabla 16.

Tabla 16:

Sujeto 1	<i>"Je me rappel seulement des premiers jours en Espagne parce que je ne savais rien dire en espagnol, mais tout de suite ils ont fait appel a un traducteur."</i>
Sujeto 3	<i>"La fois dernière le médecin ma prescrire un médicament, elle ne ma pas bien explique coment le prendre, je l'est mal pris j'étais obliger de venir ici pour bien me renseigner comment le prendre, par contre si le traducteur étais là ce problème n'allais pas arrive au fais elle ma expliqué et j'ai pas bien compris"</i>
Sujeto 5	<i>"Normalement il n'y a pas de problème parce qu'un interprète traduit mais une fois j'ai eu rendez-vous vendredi et je suis arrivé en retard parce que j'étais</i>

	<i>allé à la mosquée. À ces heures-là il n'y avait pas d'interprète mais j'ai dit au médecin que j'étais à la mosquée et il n'a pas été gentil avec moi. "</i>
Sujeto 6	<i>"Je suis confus quand un médecin me dit une chose et l'autre le contraire mais en fin de compte on arrive à s'entendre car les médecins en général expliquent très bien pour se faire comprendre à un non entendu dans la matière."</i>
Sujeto 7	<i>"Ben pour dire vrai seulement ça ma passais au cour de ma premiere annee, c'était dure pour moi de s'expliquer et les gens de me comprendre mais a l'aide de la langues des gestes; ils finisent par comprendre."</i>
Sujeto 8	<i>"bon, ils doivent nous mener interpretes o qu'ils apprennent à apprendre d'autre langue."</i>
Sujeto 9	<i>"A eu peu de temps en Espagne et a dû aller à la salle d'urgence, je ne conduisait pas en espagnol et m'ont pas qui j'accompagne et comme le personnel de la fenêtre, que je pouvair pas, j'ai appeler un ami si ils parlaient espagnol et je voudrais l'onglet revenue donc et parler avec le médecin et l'infirmiere."</i>

De las siete respuestas, seis hacen referencia a problemas de tipo lingüístico y sólo el sujeto 5 hace referencia a un problema cultural que tiene que ver con la religión y el día más importante de la semana para el rezo musulmán, del cual hemos hablado en el punto 2.2.3.1. del presente trabajo.

Para concluir, es necesario recalcar el hecho de que tanto los casos enunciados por el personal sanitario como los de los intérpretes corresponden a problemas de tipo cultural que, en el caso de contar con un intérprete, seguramente hayan llegado a solucionarse de manera satisfactoria si el intérprete actuó como mediador en ese momento. En el caso de los pacientes, los casos revelados son, salvo uno, de tipo lingüístico. Considero que esto es así porque es la primera barrera que se encuentran al acudir al médico y, una vez que esta barrera se derrumba, puede que aparezcan los culturales.

4.1.5. El problema de la sangre

A continuación, analizaremos las respuestas para un problema que hemos mencionado anteriormente en el marco teórico, más concretamente en el apartado 2.2.3.2. Con los siguientes datos, veremos la opinión de los sujetos encuestados sobre el hecho de que les hagan análisis de sangre.

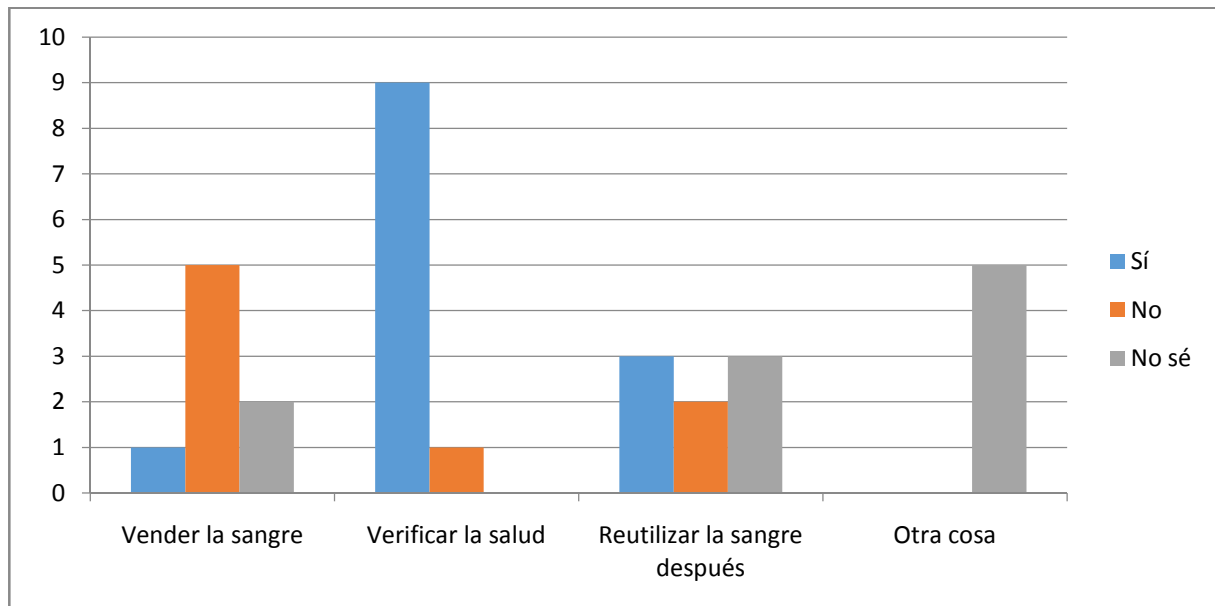
Pacientes:

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

Por un lado, veremos los resultados a la pregunta en el siguiente gráfico anterior según el número de personas que contestaron "sí", "no" o "no sé" a las preguntas de si la sangre que les

retiran se vende, se usa para comprobar la salud del paciente, se reutiliza después o si se hace otra cosa con ella:

Gráfico 5: Para qué se utiliza la sangre



Algunos sujetos no dieron respuesta a alguna de las categorías. pero de los 10 encuestados, nueve contestaron que sí se hace para comprobar la salud, salvo el sujeto 2, que dijo que no y, además, a continuación analizaremos la respuesta que dio al final de su encuesta. A la pregunta de si se vende o no, cinco contestaron que no (el sujeto 1, 3, 7 y 9), el sujeto 2 afirmó que sí y los sujeto 5 y 8 respondieron "no lo sé". Los dos restantes no contestaron a esta pregunta. Sin duda, lo que suscita más dudas es si la sangre se reutiliza después o si se hace otra cosa con ella después. Tres sujetos (el 2, el 5 y el 7) respondieron que sí se reutiliza después y tres (el 1, el 3 y el 8) que no lo saben. Así pues, solo el 4 y el 9 negaron que se reutilizara. Además de esto, cinco sujetos (el 1, 2,4,5 y 7) no saben si después se hace otra cosa. Según estos datos, no parece haber un patrón claro ni por nacionalidad o etnia ni por tiempo en España, puesto que el sujeto 7 lleva seis años en España y piensa que la sangre de los análisis de sangre se reutiliza, o el sujeto 9 sólo lleva dos y ha respondido correctamente a todas las preguntas.

Por otro lado, aunque los intérpretes no tienen una pregunta específica sobre este tema, tres de los cuatro encuestados que tienen contacto con usuarios africanos francófonos dieron las respuestas recogidas en la tabla 17.

Tabla 17:

Sujeto 3 (a la pregunta 20)	<i>"Interpretando con pacientes de origen subsahariano, ya fueran musulmanes o cristianos, existía un malentendido bastante generalizado relativo a los análisis de sangre: como no estaban acostumbrados a esta prueba diagnóstica y no sabían qué se hacía después con su sangre, algunos pensaban que se reutilizaba o se vendía, y además muchos creían que les podía debilitar de</i>
------------------------------------	--

	<i>manera considerable."</i>
Sujeto 5 (a la pregunta 20)	<i>"[...]Otro malentendido que ocurre con frecuencia se produce cuando algunos pacientes subsaharianos tienen que ir a extracciones. No les gusta que les saquen sangre, llegando incluso a dejar de venir a revisiones para ciertas enfermedades para que no les vuelvan a sacar sangre ya que algunos pertenecen a tribus donde ésta tiene un poder muy fuerte. También influye que en muchos países la sangre se vende en el mercado negro."</i>
Sujeto 7 (a la pregunta 19)	<i>"En general los problemas que surgían mas son de orden culturales, por ejemplo el valor de la sangre para esta comunidad, entonces les cuesta siempre comprender lo porque de sacarlos tantas sangres"</i>

Esto es muy significativo porque tanto la pregunta 19 como la 20 son preguntas abiertas que no incitan a dar una contestación sobre ese tema que, además, no se menciona en la encuesta de los intérpretes en ninguna pregunta puesto que esa encuesta se creó para intérpretes de los servicios públicos en general, independientemente del grupo étnico, nacionalidad o lengua para las que interpreten.

A continuación veremos la respuesta que dio el sujeto 2 a la última pregunta de su encuesta, cuyo enunciado es *"D'autre chose que vous voulez ajouter:"*: *"PLUS DE SIX FLACONS DE SANG POUR UNE ANALYSES JE PENSE QUE C'EST TROP!!! PLUS DE DIX FOIS ENCOR LA PRISE DE SANG C'ES DE TROS!!! JE CROIE UNE ANALYSES ES SUFISANS POUR UN TESTE"*

Como conclusión, es un hecho que el problema de la sangre es un problema presente y contra el cual hay que poner medidas mediante campañas o talleres de información puesto que es muy importante que los pacientes no dejen sus tratamientos o sus revisiones por miedo a que trafiquen con su sangre. Hay que dejarles claro que esto es imposible debido a que está prohibido en España.

4.1.6. Creencias de las personas africanas francófonas y tratamientos preferibles

En el siguiente punto analizaremos las respuestas de los africanos francófonos a diferentes preguntas que tienen que ver con creencias y con tipos de tratamiento. Esto está relacionado también con un tema que algunos profesionales sanitarios han afirmado en puntos anteriores: el tema de las medicinas tradicionales. Como vimos en el punto 2.2.3.2., es frecuente que se recurra a este tipo de medicina y que se acuda a un marabú. En España, si no se está formado en aspectos culturales de otras partes del mundo, puede que no se sepa que existen estas prácticas o que se está frente a un paciente que puede que mezcle remedios naturales con las medicinas que el médico le prescribe. Las preguntas a las que haremos referencia son las siguientes:

Pacientes:

20. *Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.*
21. *Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ?*
22. *Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :*
23. *Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?*
24. *Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?*
26. *Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.*
27. *Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)*
28. *Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)*

A la pregunta número 20, de los 10 encuestados, cuatro sujetos responden que sí creen (el sujeto 4, el 5, el 6 y el 8) y los seis restantes que no. Entre los que dan algún ejemplo o alguna justificación, encontramos las respuestas en la tabla 18:

Tabla 18:

Sujeto 4	<i>"Si que je crois á la protection des objets, par exemple on ne peut pas prier avec des habits souillés de sperme pour les hommes ou du sang de menstruation dans le cas des femmes."</i>
Sujeto 6	<i>"La religion musulmane wahabite interdit les gris-gris mais une chemise par exemple a une valeur entre nostalgie, bonne chance, bon comportement etc..."</i>
Sujeto 7	<i>"Je crois a la protection divine no a des odjets."</i>
Sujeto 8	<i>"Si, le coran"</i>

En mi opinión, resulta curioso el hecho de que respondan de manera afirmativa algunos de los sujetos que llevan más tiempo en España. El sujeto 4 lleva ocho años, el 6 lleva 26, el 8 lleva cinco y el 5 lleva un año y medio. Esto no quiere decir que por llevar más tiempo en España tengan que perder sus costumbres o sus creencias sino que parece más lógico que las conserven los sujetos que menos tiempo llevan. Puede que los sujetos que lleven menos tiempo sí crean en la protección o buena suerte de algunos objetos pero que no quieran decir su verdadera opinión al respecto. Además, en las respuestas a la pregunta 21 veremos la del sujeto número 3 quien, en la pregunta 20 había contestado que no creía en la protección de algunos objetos.

A la pregunta 21, cuatro sujetos responden que sí llevan consigo objetos que actúan como amuletos (ver tabla 19) y seis respondieron que no.

Tabla 19:

Sujeto 3	<i>"parfois mais juste comme bracelets"</i>
Sujeto 4	<i>"Si, j'en porte pour la bonne et simple raison qu'ils (les objets et amulettes) des pouvoirs de protection, d'orientation, de faire venir la chance et d'éloigné les esprits maléfiques."</i>
Sujeto 5	<i>"Je porte des amulettes qui ont pour moi de valeur sentimentale comme, par exemple, un bracelet que ma mère m'a offert quand j'ai quitté mon pays."</i>
Sujeto 8	<i>"Si, parce que représente beaucoup pour moi, il me transmet toujours un amour éternelle quand je le vois vers lui"</i>

La pregunta 22 tiene que ver con el contacto visual que prefiere establecer el paciente con su familia, su entorno cercano, el personal sanitario y el intérprete, en el caso de que lo hubiera. De los 10 encuestados, salvo el sujeto 6 que no contestó a la pregunta y el 10 que no respondió a la casilla del intérprete ni a la de familia por haber explicado que es huérfana, todos respondieron que prefieren contacto visual directo con su familia. En cuanto al entorno cercano, de los nueve que respondieron a la pregunta, ocho respondieron que prefieren contacto visual directo salvo el sujeto 9, que lo prefiere periférico. Respecto al personal sanitario, de los nueve que respondieron, nueve quieren contacto visual directo salvo por una observación que hace el sujeto 9: "*si ce sont des femmes*". Por último, de los ocho que responden al tipo de contacto visual con el intérprete, siete prefieren que sea directo y sólo el sujeto 7 elige periférico. Esto puede ser debido a que no vea al intérprete como a un profesional que actúa de manera confidencial como lo hace el personal sanitario. Además, el sujeto 7 ha marcado una cruz en todas las casillas de "posibles comentarios" pero no ha especificado nada. Esto quizás quiera decir que depende de la situación.

La pregunta 23 revela si los sujetos piensan que existe una causa sobrenatural que les hace enfermar o cuál es el motivo por el cual esto sucede. Analizando las respuestas se puede comprobar cómo no existe una unificación en lo que piensan sobre la causa. Algunos sujetos hablan de negligencia de uno mismo, de dios, de vientos, de que son cosas normales de la vida. Los sujetos que hacen referencia a dios son el 1 (diciendo que por hacer algo que no debía), el 3 y el 5 y, hay que tener en cuenta que de los 10 encuestados, ocho practicaban alguna religión. En la tabla 20 podemos ver sus respuestas.

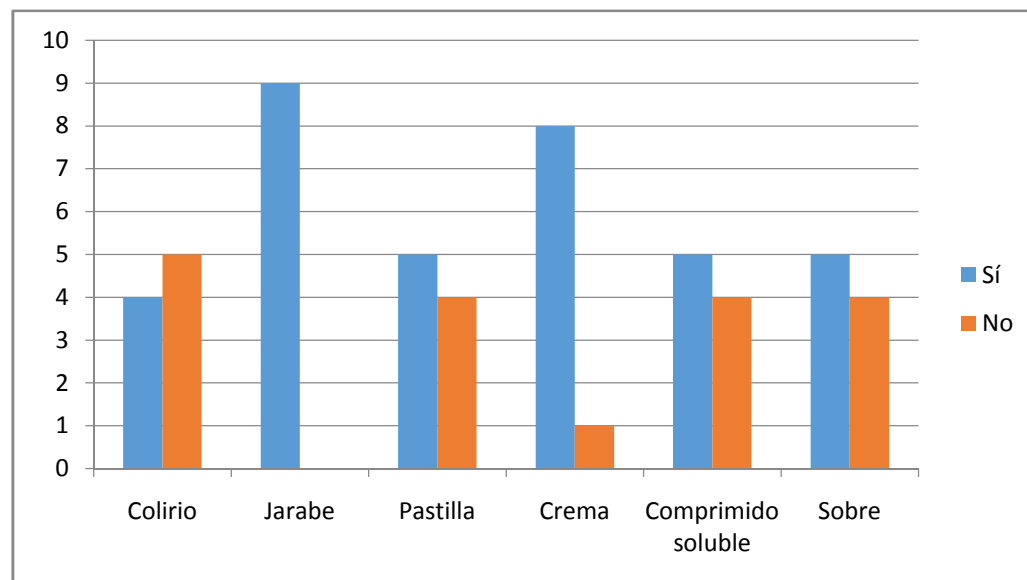
Tabla 20:

Sujeto1	<i>"Surement que j'ai eu a faire ce que je ne devrais pas ou alors j'ai eu a consommer ce qu'il ne fallait pas."</i>
----------------	--

Sujeto 2	" <i>La negligence en moi même</i> "
Sujeto 3	" <i>c'est juste par negligence et par la volonté de dieux</i> "
Sujeto 4	" <i>La cause peut être d'origine divers, infection microbienne, de bactéries ou mal de regard ou prendre vent mauvais.</i> "
Sujeto 5	" <i>Je pense que c'est Dieu qui l'envoies.</i> "
Sujeto6	" <i>Les Docteurs me disent toujours la cause ou les causes....</i> "
Sujeto 7	" <i>Ben ça depend mais les malaises font parties de la vie.</i> "
Sujeto 8	" <i>Mais sa dépend.</i> "
Sujeto 9	" <i>Qui auraient à déterminer ce que le personnel de santé.</i> "
Sujeto 10	" <i>Faibles defenses, quelque chose que comi m'assis mai ou jaatrappet quelque chose ou quelqu'un.</i> "

En la pregunta 24 se les pide que contesten qué tipo de tratamiento prefieren. Las respuestas de los nueve que contestaron (el sujeto 6 no dio respuestas) aparecen en el siguiente gráfico:

Gráfico 6: Tratamientos preferibles



Como podemos ver, lo que más prefieren tomar son jarabes y echarse cremas. Los sujetos que están de acuerdo con cualquier tipo de tratamiento son las dos mujeres senegalesas encuestadas (sujetos 9 y 10) y el sujeto 4, un senegalés que lleva ocho años en España. El tercer sujeto más "conformista" con la forma del medicamento es el número 7, que sólo dice no preferir el comprimido soluble y el sobre. Siguiendo con las respuestas más parecidas, los

sujetos que coinciden en sus respuestas a esta pregunta son el 1 y el 5 pero no comparten nacionalidad, ni etnia, ni tienen una edad parecida.

Paralelamente, en la pregunta 26, los encuestados hablan de prácticas o creencias relativas a la salud que realizan en sus familias. El sujeto 1 y el 8 responden que no tienen prácticas o creencias de este tipo. Los ocho sujetos restantes sí que tienen y, algunos de los ejemplos se recogen en la tabla 21.

Tabla 21:

Sujeto 3	<i>"ma mère me donne du jus d'aloë vera quand j'ai mal au ventre"</i>
Sujeto 4	<i>"Si, on utilise des racines, feuilles et écorces d'arbres trituré comme poudre qu'on utilise."</i>
Sujeto 5	<i>"Oui, chez moi on utilise des feuilles pour des différents douleurs."</i>
Sujeto 6	<i>"Ma mère a trop peur des maladies c'est pour cela quelle est toujours en train de laver et faire laver..."</i>
Sujeto 7	<i>"Oui on utilise certains herbes."</i>

Las dos mujeres senegalesas (sujetos 9 y 10) hacen referencia a la higiene personal como prácticas, a seguir una alimentación equilibrada y a lavar bien los alimentos.

La pregunta anterior tiene relación con las dos siguientes, la número 27 y 28. En la 27, de los 10 sujetos encuestados, siete (sujetos 2, 3, 4, 6, 7, 9 y 10) responden que hacen deporte para mantener una buena salud, cinco (sujetos 1, 2, 5, 9 y 10) contestan que no beben alcohol, cuatro (sujetos 2, 5, 9 y 10) dicen que no fuman, tres (sujetos 3, 9 y 10) hacen referencia a comer bien o a tener cuidado con la alimentación y también tres (sujetos 1, 3 y 8) afirman que mantenerse limpio es una de las cosas más importantes para tener una buena salud. Por último, el sujeto 1 sostiene que no tomar drogas, el 4 afirma que intentar ser feliz y el 7 que estar en familia o con amigos. Cabe resaltar la respuesta del sujeto número 5: *"Respecter le Coran: essayer de faire le bien, ne pas boire, ne pas fumer, etc."*.

En la pregunta 28 formulada anteriormente, cinco sujetos responden que se curan con los medicamentos que les manda el médico (sujetos 1, 3, 4, 5 y 7). De éstos, el sujeto 3, el 5 y el 7 afirman que lo combinan con remedios tradicionales (hierbas y tisanas). En la tabla 22 veremos las respuestas de los africanos francófonos que se curan con remedios tradicionales o con una buena alimentación:

Tabla 22:

Sujeto 2	<i>"je me soigne habituellement avec des herbes tisanes"</i>
Sujeto 8	<i>"certaines arbres"</i>

Sujeto 9	<i>"sport, alimentation saine et thés."</i>
Sujeto 10	<i>"Ben manger et faire du sport"</i>

Además de estos datos, el sujeto 4 deja un testimonio importante: *"Non maintenant je pars voir un médecin de famille, je suis là depuis 8 ans, j'ai perdu certain reflex et habitude."* Según lo expuesto, el sujeto 4 quiere decir que, como lleva 8 años en España, ya no se cura con los ejemplos que están formulados en la pregunta: *"tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc."*

Como conclusión, podemos decir que no existe un pensamiento único y que, aunque hay coincidencias en algunos puntos, no podemos pensar, por ejemplo, que por ser católico o musulmán el paciente piensa que dios le ha castigado puesto que, por ejemplo, el sujeto 9 es una mujer musulmana que, a la pregunta de la causa de la enfermedad, responde que son los médicos los que la saben, es decir, confía en el diagnóstico que éstos realizan. En cuanto al tipo de tratamiento, sería ideal cerciorarse de que el paciente está de acuerdo con la forma del medicamento y también de si toma o no otro tipo de remedios, haciendo hincapié en hierbas, cortezas, etc.

4.1.7. Percepción del sistema de salud español

En el siguiente apartado analizaremos los resultados de ciertas preguntas que están orientadas a conocer la opinión de los pacientes africanos francófonos respecto al sistema de salud español.

Pacientes:

34. *Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?*

35. *Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?*

36. *Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?*

37. *Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?*

Como hemos dicho anteriormente en el apartado 4.1. y de acuerdo con la pregunta 35, de los 10 encuestados, cinco (sujetos 4, 6, 7, 8 y 10) tienen seguridad social y cinco no. Esto es importante porque tiene que ver con la pregunta 34 y con la frecuencia con la que estos pacientes acuden a los servicios de urgencias de los hospitales o de los centros de salud. Al contrario de lo que mucha gente piensa, que colapsan los servicios de urgencias por no tener sanitaria y ser uno de los supuestos exclusivos en los que se les atiende, los sujetos dan las respuestas recogidas en la tabla 23.

Tabla 23:

Sujeto 3	<i>"quand j'ai un mal tres grave que je ne peux pas controler qui m'arrive subitement "</i>
-----------------	---

Sujeto 4	<i>"Quant je suis malade et que je ne dispose pas d'autre solution pour me faire traiter-"</i>
Sujeto 5	<i>"Je ne suis pas allé aux urgences mais je pense que j'irais si j'étais très malade."</i>
Sujeto 6	<i>"Quand je me sens obligé d'aller pour la fièvre ou une grande douleur"</i>
Sujeto 7	<i>"Parfois; seulement quand je me sens tres mal de le normal."</i>
Sujeto 8	<i>"Quand le douleur augmente"</i>
Sujeto 9	<i>"Quand je me sens très mal avec fièvre ou de grippe forte"</i>
Sujeto 10	<i>"Que si je me sens très mal."</i>

El sujeto 1 no contesta a la pregunta (puede que porque nunca haya acudido a urgencias) y el sujeto 2 es el único que no especifica que el malestar o el dolor sea muy grave para que acuda a urgencias: *"Je vais aux services d'urgences quand j'ai un malaise"*. Así pues, de los sujetos sin tarjeta sanitaria (el 1, el 2, el 3, el 5 y el 9), de los cuatro que responden a la pregunta y habiendo visto la respuesta del sujeto 2, uno nunca ha ido a urgencias pero iría en caso de estar muy mal y los otros dos restantes acuden cuando se encuentran muy mal con fiebre o cuando no pueden controlar lo que les pasa.

Respecto a la pregunta 36, los 10 encuestados, en general, salvo el sujeto 9, valoran positivamente el sistema sanitario español. Las respuestas son breves pero claras (ver tabla 24).

Tabla 24:

Sujeto 1	<i>"Très bien! le meilleur que j'ai jamais avant "</i>
Sujeto 2	<i>"Bien"</i>
Sujeto 3	<i>"Je pense que le systeme est un peu lent mais le travail est efficace "</i>
Sujeto 4	<i>"C'est bien structuré avec de vrais professionnels auxquels tu peux avoir confiance, je crois que le rôle de traducteur interprète doit être plus étendu dans tous les centres hospitalier. "</i>
Sujeto 5	<i>"Je pense que c'est un système très bon mais je pense qu'il y a beaucoup de medecins différents et qu'on donne rendez-vous très tard. "</i>
Sujeto 6	<i>"Excellente "</i>
Sujeto 7	<i>"Notable si ta la residente. Mediocre quand tu ne la pas."</i>
Sujeto 8	<i>"pour moi, le système sanitaire espagnol est parfaite. "</i>

Sujeto 9	<i>"Je suis donc sans papiers n'ont aucun assurance médicale."</i>
Sujeto 10	<i>"Que le systeme de santé est très bons. "</i>

Considerando todas las respuestas obtenidas, el sistema sanitario español está bien valorado por los usuarios encuestados. Como posibles inconvenientes o defectos encontrados, encontramos la lentitud, según el sujeto 3 y el 5 y la falta de traductores-intérpretes, mencionado por el sujeto 4. El sujeto 5 menciona que hay muchos médicos, lo que puede hacer referencia a que en su país un mismo médico (o varios, pero no tantos como en España), son los que examinan al paciente y le dan una evaluación. Por su parte, el sujeto 7 recalca que es mediocre cuando no se tiene permiso de residencia y, por último, el sujeto 9 no da una valoración, sino que menciona que al no tener papeles, no tiene seguro médico. En cuanto a la falta de tiempo en el sistema sanitario, ya hemos visto en el apartado 4.1.2. que era uno de los mayores problemas encontrados por el propio personal sanitario. En la tabla 25 veremos varias respuestas a la pregunta 40 de la encuesta, la cual es una pregunta abierta en la que cada encuestado puede añadir lo que considere oportuno.

Tabla 25:

Sujeto 1	<i>"Je penses aussi que l'Espagne doit avoir pitié de ceux qui sont sans papier et sans carte sanitaire pour qu'ils puissent aussi avoir la santé. Merci. "</i>
Sujeto 3	<i>"- Je pense que les medécin devraient recevoir vite les patients - Je pense qu'il faut faire en sorte que toute le monde en espagne puissent avoir un carnet de santé - Je pense que tous le monde a droit a la sante. Il n'ya pas seulement une cathégorie de personne qui on droit a la santé donc j'aimerais que l'hospitale délibre a toutes les patients une carte de santé Merci"</i>
Sujeto 7	<i>"Mon pays me manque beaucoup mais ici j ai de bons amis et beaucoup de chose pour decouvrir."</i>

Por último, la pregunta 37 revela que de los 10 encuestados, podemos considerar que seis piensan que el personal sanitario tiene en cuenta la cultura del paciente y que cuatro opinan que no. Entre las respuestas afirmativas, resaltamos las siguientes en la tabla 26 y en la tabla 27 aparecen las respuestas negativas:

Tabla 26:

Sujeto 1	<i>"Oui! Parce qu'il prend toujours le temps de me le demander"</i>
Sujeto 2	<i>"pour des raisons professionnel"</i>
Sujeto 3	<i>"oui, pour bien me connaitre"</i>
Sujeto 7	<i>"je crois pour socialiser et de s'ouvrir a d'autre mode de vie (culture)."</i>

Sujeto 10	<i>"Je suppose qu'oui, si vous êtes gentil et me traitez bien."</i>
------------------	---

Tabla 27:

Sujeto 4	<i>"Des fois si, mais dans sa grande majorité non, pas pour discrimination, mais parce que c'est méconnu para eux."</i>
Sujeto 5	<i>"Je crois qu'il ne connaissent pas ma culture et c'est pour ça qu'ils ne la prennent pas en compte mais ils sont sympas. "</i>
Sujeto 8	<i>"no, parce que des fois les medecins nous ne comprennent bien."</i>
Sujeto 9	<i>"Dans la salle d'urgence non pas parce que l'attention est très rapide."</i>

Como conclusión, sopesando las respuestas, podemos llegar a la conclusión de que, en general, las opiniones respecto al sistema sanitario español son positivas. En el caso de las negativas, los mismos encuestados excusan que no tengan en cuenta la cultura por el motivo de la ignorancia (sujetos 4 y 5) o por la rapidez de los servicios de urgencias (sujeto 9). La respuesta del sujeto 8 tampoco es completamente negativa, puesto que dice *"des fois"*. A pesar de esto, varios sujetos piden la igualdad en el acceso a la salud en España.

4.1.8. Las cualidades de un intérprete y su importancia

Aquí trataremos el tema de la importancia del intérprete en las conversaciones entre el personal sanitario y el paciente inmigrante. Analizaremos el punto de vista del intérprete, del paciente y del profesional sanitario para saber las cualidades y otras características de esta figura según estos públicos. Las preguntas a las que haremos referencia son:

Personal sanitario:

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Pacientes:

32. *Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?*

33. *Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?*

Intérpretes:

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

A la pregunta número 11, analizada también en el apartado 4.1.2. por tener relación con las dificultades allí explicadas, cinco de los profesionales han trabajado con intérprete profesional (los sujetos 3, 4, 7, 8 y 10) aunque el intérprete profesional del 3 no fue presencial sino telefónico. Respecto a la pregunta 19 formulada al personal sanitario, todos los encuestados han valorado positivamente la figura del intérprete en la consulta. En la tabla 28 aparecen algunas de las respuestas más importantes.

Tabla 28:

Sujeto 1	<i>"- Me parece una figura importante, porque da seguridad tanto al médico como al paciente. - Un problema que detecto cuando un familiar hace de intérprete del paciente (normalmente son los hijos), es que de algún modo cambien de matiz los síntomas del paciente y suele ser para exagerarlos, con lo cual puede hacer que nos perdamos en diagnósticos erróneos. También solemos ver con frecuencia que un paciente explica a su hijo sus síntomas durante varios segundos y a nosotros el familiar nos responde con una palabra. Esto produce mucha desconfianza en la traducción que nos dan los familiares y en ocasiones llegamos a error por la interpretación emocional que dan los familiares"</i>
Sujeto 2	<i>"Sin duda. Puede ser la forma más objetiva de recoger la información directamente del paciente."</i>
Sujeto 3	<i>"Sí, para establecer una relación de confianza."</i>
Sujeto 4	<i>"Creo que es esencial"</i>
Sujeto 5	<i>"Por supuesto. Para poder entendernos y saber que les ocurre y explicarles recomendaciones en cuanto a favorecer su pronta recuperación"</i>
Sujeto 7	<i>"Sí, la mediación de otra persona que entiende las distintas maneras de expresión, ayuda a la comprensión, el entendimiento y suaviza las barreras."</i>
Sujeto 8	<i>"Sí es muy importante para que no se produzcan malentendidos."</i>
Sujeto 9	<i>"Sí, porque nos asegura la continuidad de información y entendimiento."</i>

Sujeto 10	<i>"Imprescindible. Hay que saber reconocer lo que uno no sabe ni conoce, y hay idiomas y culturas que desconocemos. Su entendimiento ayudaría enormemente."</i>
------------------	--

Respecto a las actitudes que deberían tener, éstas se recogen en la pregunta 20 ordenadas de mayor a menor importancia. A continuación analizaremos los resultados pero si se quiere ver específicamente el orden en el que los sujetos posicionan las distintas cualidades, deberán mirarse las encuestas para el personal sanitario que aparecen en el anexo 5.

De acuerdo a los encuestados, la empatía y la paciencia son las cualidades más nombradas. Cinco sujetos (3, 6, 7, 9 y 10) han coincidido al escribir "empatía" y, además, el sujeto 7, que parece que no comprendió bien el enunciado de la pregunta, puntuó del 1 al 10 las cualidades que aportó y puntuó la empatía con un 8 y añadió que no había que confundirlo con paternalismo. Los sujetos 5, 6, 7, 9 y 10 escribieron, también "paciencia". En este caso, el sujeto 7 la puntuó con un 9 de importancia. La tercera cualidad más requerida es la objetividad (sujetos 1, 2 y 7 quien, la puntuó con un 8). Por último, apareció la cualidad "capacidad de generar confianza al paciente" según el sujeto 2 y el 8. Las demás cualidades o aptitudes sólo aparecen una vez pero, éstas son: buenas habilidades en traducción, conocer el lenguaje médico, confidencialidad, lenguaje no verbal, amabilidad, conocimiento de la cultura de origen, escucha activa, formación adecuada con el ámbito sanitario, formación adecuada con los idiomas, ceñirse a la conversación, traducir literal, ser concreto, respetuoso, educación, confianza, comprensivo, que le guste escuchar, tolerante, formación e información en las distintas culturas (puntuado con un 10 por el sujeto 7), capacidad para expresar con objetividad lo que cada persona dice, neutralidad (puntuado con un 8 por el sujeto 7), no tener prejuicios, tolerancia, solidaridad.

En la tabla 29 se recogen las respuestas de los intérpretes en su pregunta 21:

Tabla 29:

Sujeto 1	<i>"1ª y fundamental: conocimiento lingüístico 2 conocimiento del ámbito de trabajo y del tipo de usuarios (cultura, situación económica, social, familiar. etc.)"</i>
Sujeto 2	<i>"1- CONOCIMIENTO PERFECTO DE LAS LENGUAS DE TRABAJO ASÍ COMO LA CULTURA. 2- BUENA MEMORIA A CORTO Y MEDIO PLAZO. 3- SER IMPARCIAL Y FIEL A LA HORA DE TRANSMITIR EL MENSAJE. 4- CAPACIDAD DE ANALIZAR Y SINTETIZAR. 5- FUERZA MENTAL, TANTO PARA CONTROLAR LOS NERVIOS, COMO</i>

	<i>PARA SUPERAR EL IMPACTO PSICOLÓGICO."</i>
Sujeto 3	<i>"Una actitud (1) profesional (incluyendo el código deontológico: confidencialidad, imparcialidad, fidelidad, etc.), (2) empática, (3) observadora, (4) resolutiva (5) reflexiva Aptitudes comunicativas (1), lingüísticas (2), culturales (3), sociales (4), interpersonales (5)"</i>
Sujeto 4	<i>"Paciente."</i>
Sujeto 5	<i>"Objetividad, no mostrar emociones en la cara, no expresar opiniones personales, no intimar con los pacientes como si fueran amiguetes, fidelidad al mensaje original sin inventarse cosas de relleno por no haber entendido el mensaje y por miedo a que se dé cuenta el médico o el paciente de que no me he enterado, no aconsejar al paciente como si fuera su psicólogo o su amigo del alma. La más importante es no inventarse el mensaje pero el resto son todas igual de importantes."</i>
Sujeto 6	<i>"1- Paciencia.2- Empatía.3- Manejo rápido de los idiomas a utilizar.4- Puntualidad"</i>
Sujeto 7	<i>"La neutralidad, la fidelidad a las palabras, la discreción"</i>
Sujeto 8	<i>"1. Aptitud lingüística , 2. Cerebro rápido, 3. Conocimiento del ámbito 4. Tranquilidad, 5. Estado físico (tener energía)"</i>

En general, los intérpretes encuestados hacen referencia a las aptitudes lingüísticas y al código deontológico. El conocimiento cultural es mencionado por tres de los ocho sujetos encuestados (sujetos 1, 2 y 3) y, salvo el sujeto 2 que lo sitúa al mismo nivel de importancia que las lenguas de trabajo, los otros dos lo ponen en segundo y en tercer lugar.

En cuanto a la pregunta 32 realizada a los africanos francófonos, de los 10 encuestados, seis han contado con un intérprete alguna vez (sujeto 1, 2, 3, 5, 7 y 8) y cuatro no (sujeto 4, 6, 9 y 10).

En la pregunta 33, de los 10 encuestados, nueve responden que la figura del intérprete es útil para resolver los problemas de comunicación y el sujeto 8 responde que no. Sin embargo, esto sea seguramente una pregunta que haya entendido mal el sujeto en cuestión puesto que, más adelante, en la pregunta 39 relativa a problemas de comunicación que hayan existido entre él y el personal sanitario, respondió lo siguiente: *"bon, ils doivent nous mener interpretes o qu'ils apprennent à apprendre d'autre langue"*. Con lo cual, si solicita que los médicos lleven intérpretes, significa que considera que sí son útiles.

En la pregunta 40, pregunta abierta para sugerencias u otras cuestiones que quieran añadir, el sujeto 9 y el 10 hacen alusión también a la figura del intérprete escribiendo lo que se recoge en la tabla 30.

Tabla 30:

Sujeto 9	<i>"Ce serait bien si vous pourriez m'aider dans un déambulatoire et mieux sa est a comme un traducteur-interprète."</i>
Sujeto 10	<i>"Si il serait optimale dans les services de santé a une personne qui s'occupait de notre langue pour rendre les soins plus rapides. "</i>

Por su parte, el sujeto 1 del personal sanitario añadió lo siguiente a la pregunta 22 que es una pregunta con las mismas características que la pregunta 40 formulada a los encuestados africanos francófonos:

"En la zona en la que trabajo existe mucha inmigración y normalmente con bajo nivel socioeconómico. Resulta difícil llegar al entendimiento, aunque normalmente con mucho tiempo, paciencia y ayuda de familiares y traductores se puede conseguir. No obstante, se retrasa muchísimo la consulta y la sensación del médico es siempre de inseguridad y no saber hasta que punto la comunicación ha sido correcta. Tener traductores en la consulta podría ser útil para acelerar este proceso y llegar a un mejor entendimiento. Podría haber un traductor en los centros de salud más grandes o poder aparecer en un horario fija para estar presente en la consulta de pacientes inmigrantes. "

Respecto a lo que tienen que añadir los intérpretes en su pregunta 25, los únicos tres sujetos que hacen algún aporte en esta pregunta lo hacen sobre el tema de la utilidad del intérprete (ver tabla 31).

Tabla 31:

Sujeto 1	<i>"Veo muy útil la especialización, que los intérpretes se especialicen en el campo en que quieren trabajar para ser realmente eficaces. Y creo que hay que flexibilizar la imagen del intérprete, ya que, en ocasiones, tiene también competencias de mediador intercultural."</i>
Sujeto 5	<i>"Las universidades de España deberían luchar más por dignificar la figura del intérprete y dejar de hacer convenios de prácticas con Seprotec y demás cánceres del intrusismo laboral."</i>
Sujeto 6	<i>"Aunque mi experiencia en el mundo de la interpretación es poca, pero he podido ver en los ojos de los pacientes -aparte de la desconfianza- este brillo de agradecimiento. Creo firmemente que hay que fomentar la figura del interprete porque aparte de su labor humanitaria (construyendo puentes entre culturas y personas), facilitan mucho el trabajo de los profesionales en sociedades multiculturales como el caso de España."</i>

Finalmente, la última pregunta que analizaremos en este apartado es la 23. De los 8 intérpretes encuestados, todos contestan que, generalmente, los interlocutores no comprenden la figura del intérprete y que no saben trabajar con él. En la tabla 32 veremos algunas de las respuestas más ilustrativas:

Tabla 32:

<p>Sujeto 1</p>	<p><i>"No, creo que lo consideran un acompañante personal del usuario. La figura del intérprete ha estado asociada al intérprete de conferencias, institucional, etc. Ver a un intérprete en otro ámbito como el sanitario es una imagen social nueva que necesitará de un tiempo de normalización.</i></p> <p><i>Como ejemplos puedo citar que algunos pacientes dan por hecho que les podemos prestar los servicios que les hagan falta: ir a buscarlos al aeropuerto, acompañarlos a la farmacia (fuera del centro de trabajo), reservarles hoteles e incluso piden que convenzamos al otro cónyuge o al personal sanitario para hacer algo en su beneficio.</i></p> <p><i>En el caso del personal sanitario, puede ocurrir que alguien no acostumbrado dirija la mirada hacia el intérprete en lugar del usuario, verbalice algo frente al usuario y pida al intérprete que no lo interprete, etc. "</i></p>
<p>Sujeto 2</p>	<p><i>"NO SIEMPRE. MUCHAS VECES EL PERSONAL SANITARIO PIENSA QUE SOMOS MÁQUINAS, O TAMBIEN EXPERTOS EN TERMINOLOGÍA SANITARIA. Y LOS PACIENTES TIENDEN A PENSAR QUE SOMOS SUS ALIADOS Y AMIGOS, Y EN ALGUNOS CASOS NOS CONFUNDEN CON EL PERSONAL SANITARIO (SI EL MÉDICO LE DA MALA NOTICIA TE RESPONSABILIZA A TI)."</i></p>
<p>Sujeto 3</p>	<p><i>"Muchas veces el intérprete es un elemento extraño, tanto para pacientes como para profesionales sanitarios. El profesional sanitario puede pensar que se trata de una persona que simplemente "ayuda de buena voluntad" y por lo tanto el reconocimiento profesional es escaso, aún más cuando, de hecho, muchos intérpretes sanitarios son ad hoc, sin ningún tipo de formación específica."</i></p>
<p>Sujeto 5</p>	<p><i>"No. La mayoría nunca han trabajado con un intérprete o han trabajado con intérpretes ad hoc. La profesión no se defiende, no se visibiliza, no se hace nada por ella. No hay una ley que nos ampare a diferencia de la Directiva europea para los Juzgados."</i></p>
<p>Sujeto 6</p>	<p><i>"Creo que los interlocutores (tanto el usuario como el profesional) no le dan mucha importancia a la figura del interprete aunque es vital, hay una cierta desconfianza de parte del usuario y un cierto desprecio de parte del profesional. No generalizo, pero a mi me paso que un paciente se negó a facilitarme su DNI para fotografiarlo tal como lo piden desde la ONG con quien trabajaba y me</i></p>

	<i>paso también con un médico que me dijo que ya no hacía falta de interpretar ya que el mismo podía hablar francés con el paciente. Luego, se nota también en las miradas de algunos médicos, esta pizca de desprecio."</i>
--	--

Para concluir, es necesario recalcar que ha quedado patente la importancia del intérprete según el personal sanitario y los africanos francófonos encuestados, si bien es cierto que éstos no están del todo de acuerdo en las actitudes y aptitudes que consideran más importantes en esta figura de los servicios públicos. Además, todos los intérpretes consideran que no saben trabajar con ellos.

4.1.9. Formación en diferencias culturales

Este subapartado es el último del análisis de las encuestas recogidas y hablaremos de la formación que tiene el personal sanitario en diferencias culturales. A partir de unas preguntas formuladas al personal sanitario y a los intérpretes veremos si los profesionales sanitarios están formados y si les gustaría estarlo. Las preguntas son las siguientes:

Personal sanitario:

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

Intérpretes:

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

Respecto a la pregunta 21 de los intérpretes, de los 10 encuestados cinco han respondido que sí que han recibido algún tipo de formación, cuatro que no, y un sujeto no lo recuerda pero supone que durante la carrera sí que lo hizo. Las respuestas más significativas afirmativas se recogen en la tabla 33 y las negativas en la tabla 34.

Tabla 33:

Sujeto 1	<i>"Hice una sesión en mi hospital de una hora. Creo que fue demasiado breve. Me parece necesario ampliar esa formación."</i>
Sujeto 4	<i>"Sí, durante una clase de psiquiatría transcultural."</i>
Sujeto 6	<i>"Sí, he recibido formación y en la consulta aprendo cada día."</i>
Sujeto 7	<i>"Sí, aunque necesito profundizar mucho más."</i>

Tabla 34:

Sujeto 3	"No <i>Sí, bastante útil"</i>
Sujeto 5	" <i>He visto muchos cursos para formarse. Pero no me interesan.</i> "
Sujeto 8	" <i>No pero siempre es bueno aprender cosas buenas</i> "
Sujeto 10	" <i>No, aunque sería muy útil.</i> "

Y el sujeto 2, que afirma no acordarse bien, dice lo siguiente:

"La verdad que ni lo recuerdo. Durante la carrera.
Sería útil recibir información para una correcta valoración de los pacientes, y sobre todo, para evitar que conductas y respuestas de los pacientes que nosotros desde nuestra cultura no entendemos, sean etiquetadas de inapropiadas o descorteses (en el mejor de los casos)."

Según estas respuestas y el sujeto 9 que únicamente respondió "Sí", podemos decir que de los cinco que han recibido formación, dos piensan que necesitan profundizar y seguir aprendiendo y de los cinco que no lo han hecho o no lo recuerdan, cuatro opinan que sería muy útil. La única que no lo está es el sujeto 5.

Además, en la pregunta 22 formulada abierta para que añadan lo que crean oportuno, el sujeto 7 escribe lo siguiente: "*Muchas gracias por su interés en el tema.*". Como consecuencia de estas palabras, se palpa el interés en el tema que tiene esta pediatra y cómo agradece que se hable de este tema.

Los ocho intérpretes, por su parte, en la pregunta 24 piensan que el personal sanitario debería recibir formación en diferencias culturales. Las respuestas más ilustrativas se ven en la tabla 35:

Tabla 35:

Sujeto 1	" <i>Si, porque siempre va a ayudar a mejorar la comunicación entender el precepto cultural desde el que parte el paciente. Y esto va a tener una repercusión positiva en el desarrollo de los tratamientos.</i> "
Sujeto 2	" <i>SÍ, PARA EVITAR MALENTENDIMIEMTOS Y ATENDER MEJOR A LOS PACIENTES.</i> "
Sujeto 3	" <i>En 2011 organicé un curso de gestión de la diversidad cultural en ocho hospitales de la Comunidad de Madrid. El curso fue muy bien recibido y se pudieron debatir distintos aspectos culturales que los profesionales sanitarios se habían encontrado durante su trabajo diario con inmigrantes y que no sabían cómo abordar. En todo caso, más que "diferencias culturales", también es importante destacar lo que nos une y recalcar que las personas no son retratos homogéneos de sus culturas de origen, no se puede poner etiquetas por</i>

	<i>venir de un país o practicar una religión determinada, pero sí es necesario conocer distintas realidades y respetar las diferentes maneras de interpretar el mundo."</i>
Sujeto 5	<i>"Sí. De hecho nosotros los formamos en la Comunidad de Madrid. Si no saben qué esperar del intérprete, ¿cómo van a saber trabajar con él y sacarle el máximo partido?"</i>
Sujeto 6	<i>"Si si! Aunque sea como talleres o algo así, porque la relación entre el personal sanitario y los usuarios debe ser antes de todo humanitaria y les vendría bien a los profesionales tener una cultura general en este ámbito para evitar momentos incómodos y aliviar el sufrimiento, porque además del sufrimiento físico, existe el sufrimiento de no ser entendido."</i>

Para concluir, podemos afirmar que tanto los profesionales intérpretes como la mayoría de los profesionales sanitarios consideran que necesitan tener nociones culturales para poder atender mejor a los pacientes inmigrantes.

5. Conclusiones

El objetivo del presente trabajo de aprender, obtener nuevos conocimientos y comprender mejor aspectos de diferentes culturas africanas francófonas se ha cumplido con creces porque he podido profundizar en diferentes pensamientos a través de las encuestas realizadas, sobre todo con los casos concretos que aparecen en el punto 4.1.4.

La hipótesis inicial de que los problemas culturales que aparecen en la comunicación entre el personal sanitario y el paciente inmigrante ocurren frecuentemente pero son menos visibles que los lingüísticos se mantiene, ya que según los datos obtenidos, los problemas lingüísticos siguen preocupando más que los culturales a los pacientes y a los profesionales sanitarios porque, la mayoría de las comunicaciones se entablan sin intérprete profesional. Sin embargo, los casos concretos de problemas revelados son culturales. En el caso de los intérpretes, se preocupan más por los problemas culturales, lo que nos permite afirmar una vez más que es muy complicado llegar a ser bicultural y a conocer perfectamente dos culturas para que no existan malentendidos. Además, los casos concretos de problemas de comunicación expuestos por los intérpretes y por el personal sanitario son, casi en su totalidad, de tipo cultural. En el caso de los pacientes africanos francófonos, la mayoría hace referencia a la barrera lingüística porque es la primera barrera que hay que derribar para poder establecer un diálogo. Cabe mencionar que, a pesar de los problemas encontrados por los pacientes, el sistema sanitario español está bien valorado por todos los encuestados aunque sí que hacen hincapié en lo injusto que les parece que no tengan tarjeta sanitaria para poder ir al médico.

La importancia que tiene la cultura en el ámbito sanitario queda patente también en el deseo que tiene la casi totalidad de los profesionales sanitarios encuestados de aprender sobre estas nociones para poder mejorar en sus trabajos ya que muchas veces se producen diferencias por

ignorancia o desconocimiento. Por un lado, lo que más le preocupa al personal sanitario en cuanto a que interfiere a la hora de comunicarse con el paciente inmigrante es la religión y la influencia de la pareja/familia. Por otro lado, a los intérpretes les preocupa más cómo interfiere el concepto de salud y la visión del mundo.

Para solucionar todos los problemas, lo ideal sería contar con un intérprete, lo que minimizaría uno de los principales problemas que aparece en numerosas encuestas tanto de los pacientes como del personal sanitario: la falta de tiempo. Al contar con un profesional que tiene conocimientos lingüísticos y culturales sobre los dos interlocutores, la conversación fluiría mejor, habrá menos malentendidos y una mejor adhesión al tratamiento y, finalmente, se consagraría menos tiempo. Tanto el personal sanitario como los pacientes han demostrado que el intérprete es una figura fundamental que debería estar presente en los hospitales y centros de salud. Además, los sanitarios afirman no fiarse de los intérpretes *ad hoc*.

Cuando la presencia de un intérprete profesional no es posible, es muy importante prestar atención para no caer en prejuicios o estereotipos que se limitan a experiencias concretas vividas con un individuo. Tratar a todas las personas de cierta forma porque pertenezcan a un país, religión o grupo social es una manera errónea de establecer la comunicación porque cada individuo es diferente y puede vivir la religión u otros aspectos de la vida de distinta manera a lo que, en general, se suele pensar. Por ejemplo, no todos los encuestados musulmanes respetan los cinco pilares del islam y no por ello creen menos que otro musulmán. Otro ejemplo es el de la mirada directa a los ojos cuando un senegalés habla con el médico; según lo expuesto en el marco teórico, muchos senegaleses no establecen contacto visual directo por respeto y con los datos obtenidos en las encuestas esto no se sostiene. Es por ello que es fundamental que se establezca un diálogo basado en la paciencia, el respeto, la tolerancia y la empatía para llegar a comprender la figura del otro y poderle ayudar mejor.

A pesar de haber aprendido más de lo esperado, el término "bicultural" queda aún lejos debido a la dificultad del término y sería necesario recabar mucha más información empírica mediante estudios para poder catalogar los datos por, al menos, etnias o zonas geográficas. Con las limitaciones de páginas y tiempo del presente trabajo, entre otras, no es posible construir ninguna hipótesis fiable sobre creencias en objetos curativos o remedios, si bien es cierto que la mayoría de los encuestados usan remedios naturales a veces mezclados con los medicamentos que le receta el médico y otras veces con exclusividad. Además, el tema de las creencias es un tema delicado que hay que abordar con cuidado porque sino es posible que la persona encuestada no sea del todo sincera o no diga todo lo que quiere decir.

Para finalizar el presente trabajo, tras haber recabado la información para el marco teórico y analizado las preguntas a los tres modelos de encuestas, es evidente que el término cultura es difícil de abarcar y de cercar pero es un término sumamente interesante para futuros estudios. Además, conocer una cultura nos hace ser más conscientes de la nuestra y nos hace ver la realidad desde otro punto de vista desde el que, a lo mejor, ni nos la habíamos planteado. No hay que olvidar también que es algo cambiante y que eso nos hace crecer personalmente.

"La falta de curiosidad o inapetencia por las culturas ajenas es, a mi entender, un índice de decadencia y pasividad, porque la cultura afectada por este síndrome se convierte en mero objeto de contemplación" – Juan Goytisolo (1931)

6. Bibliografía

- Azcárate, Jesús (2001) "El animismo" en *Palabra*, nº 447-448. Septiembre. Disponible en: <http://www.mercaba.org/FICHAS/interrogantes.net/animismo.htm> [Consulta:16.07.2015].
- Bond, M. *et al.* (1987). "Chinese values and the search for Culture-Free Dimensions of Culture", en *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18 (2). Junio. pp. 143-164.
- Campos López, J. G.. (2005). "Mediación intercultural y traducción/ interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí" IX Jornadas de fomento a la Investigación, Universidad Jaume I. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/trad/12.pdf> [Consulta: 28.06.2015].
- Farías Nazel, Pablo (2007). "Cambios en las distancias culturales entre países: Un análisis a las dimensiones culturales de Hofstede" en *Opción*, 23 (52). Maracaibo (Venezuela). Abril. pp. 85-103. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31005207> [Consulta: 5.07.2015].
- Gaviria Stewart, E., Cuadrado Guirado, I., López Sáez, M. (2009), *Introducción a la psicología social (teoría)*. SANZ Y TORRES.
- Giménez Romero, Carlos (1997) "La naturaleza de la mediación intercultural", en *Revista de Migraciones*, 2, pp.125-159.
- Grupo CRIT (2003). *Claves para la comunicación intercultural*. Castellón: Universitat Jaime I.
- Grupo CRIT (2006). *Culturas cara a cara. Relatos y actividades para la comunicación intercultural*. Madrid: Ednumen.
- Hall, E. (1966). *The hidden dimension*. Garden City, NY: Doubleday.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hofstede, G. H. (1991) (2ª edición). *Cultures and Organizations*. England: McGraw-Hill.
- II Jornada de Gestión de la diversidad cultural en el ámbito sanitario, organizada por Salud entre culturas el 10 de diciembre de 2014 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- Inkeles, A., Levinson, D.J. (1969) "National character: The study of modal personality and sociocultural systems" en *The handbook of social psychology*, 4, pp. 418-506.
- Király, D. (1995): *Pathways to Translation, Pedagogy and Process*, The Kent State University Press.
- Lévy, I. (2008). *Soins, cultures et croyances: Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*, Paris: Estem.
- Nafría, Ismael (2015). *Interactivo: Creencias y prácticas religiosas en España*. La Vanguardia. Disponible en:

<http://www.lavanguardia.com/vangdata/20150402/54429637154/interactivo-creencias-y-practicas-religiosas-en-espana.html>[Consulta: 1.08.2015].

Navaza, Bárbara, Laura Estévez y Jordi Serrano (2009) “«Saque la lengua, por favor» Panorama actual de la interpretación sanitaria en España” en *Panacea*. Tremédica. 10 (30). pp. 141-156.

Orellana, Marina. 1998. *La traducción del inglés al castellano*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Roberts, R. 1997 "Community Interpreting Today and Tomorrow". en Silvana Carr et al. *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam: Benjamins, pp. 7-25.

Sáez, Jesús M. (2010) "La mujer en el Islam". Universidad de Alicante. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/15812/1/mujer_musulmana2.pdf [Consulta: 20.06.2015].

Sales Salvador, Dora (2005) “Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España”, en *Translation Journal*, vol. 9, no. 1, Enero. Disponible en: <http://translationjournal.net/journal/31mediacion.htm> [Consulta: 27.07.2015].

Tison B., Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris: Masson.

Valentin Mballa, Louis (2011) "Las religiones tradicionales africanas como fuente de la riqueza cultural en África". en Valentin Mballa, L., *Construcción comunitaria en África: obstáculos y perspectivas*. Saarbrücken: EAE.

Valero Garcés, C / Sales, D. (2005) "Translating for New Multicultural Realities: The Complex Nature of Translating as a Socio-cultural Practice", en *JOSTRANS*, 7.

Valero Garcés, C. (2001) "Soñé con una melodía y encontré voces dispersas. Barreras en la comunicación interlingüística en los Centros de Salud" en Valero, C. y Mancho, G. (eds.) *Discursos (Dis)Con/Cordantes: Modos y formas de comunicación y convivencia*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, pp.89-107.

Valero-Garcés, Carmen and Mancho, G. (2002). “Traducir de y para los que llegan: una incipiente realidad en la España de principios del siglo XXI.” en *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades/ Community interpreting and translating: new needs for new realities*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad.

Vasquez, A. y Araujo, A.M. (1990). *La maldición de Ulises. Repercusiones Psicológicas del exilio*. Santiago de Chile: Sudamericana.

Vassart, Carine (2005). *Les soins de santé face aux défis de la diversité: le cas des patients musulmans*. Bruselas: Fondation Roi Baudouin. Disponible en :

http://www.lamaisondelaautonomie.com/wp-content/files/patient_musulman.pdf [Consulta: 5.06.2015].

VV.AA (2009). *Culturas cara a cara. Relatos y actividades para la comunicación intercultural*. Madrid: Edinumen.

VV.AA (2012). *Manual práctico para realizar talleres de prevención del VIH con personas inmigrantes*. Madrid. Salud entre culturas. Disponible en: <http://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2012/11/collaboradores.pdf> [Consulta: 11.07.2015].

-Webgrafía

ABC.es (2011). *El número de musulmanes crece el doble que el del resto de la población mundial*. Disponible en: <http://www.abc.es/20110127/internacional/abcm-musulmanes-crecen-doble-resto-201101271150.html> [Consulta: 27.06.2015]

Asociación Lasexologia.com (2013). *Mutilación Genital Femenina I. Claves para la comprensión y la intervención*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=jFBhqGYCmAA> [Consulta: 17.07.2015]

Comunidad musulmana ahmadía. *El islam*. Disponible en: <http://www.islamahmadiyya.es/islam.html> [Consulta: 27.06.2015]

Corán Arabespanol. Disponible en: <http://arabespanol.org/coran/5.htm> [Consulta: 27.06.2015]

El Mushtawi, Sami (2015). *Nuestras características*. Centro Cultural Islámico de Madrid. Disponible en: <http://www.centro-islamico.es/reflexiones/nuestras-caracteristicas/> [Consulta: 27.06.2015]

Ibrahim, I. A. *¿Cuáles son los pilares del Islam?* Una breve guía ilustrada para entender el islam. Disponible en: <http://www.islam-guide.com/es/frm-ch3-16.htm> [Consulta: 27.06.2015]

Infobae América (2014). *El mapa del día: en qué países hay más cantidad de musulmanes*. Disponible en: <http://www.infobae.com/2014/09/30/1598324-el-mapa-del-dia-que-paises-hay-mas-cantidad-musulmanes> [Consulta: 27.06.2015]

Islam France. *Qu'est-ce que l'Islam*. Disponible en: <http://www.islamfrance.com/> [Consulta: 27.06.2015]

Miguel Ángel Medina (2014). El País, *Los musulmanes son el 3,6 % de la población en España (1,7 millones)*. El País. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/miradas-arabes/2014/02/poblacion-cuantos-musulmanes-espana-3-por-ciento-2014.html> [Consulta: 27.06.2015]

Organisation Internationale de la Francophonie. *Estimation des francophones*. Disponible en : <http://www.francophonie.org/Estimation-des-francophones.html> [Consulta: 3.07.2015]

ANEXO 1: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad:
2. Sexo:
3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?):
4. Lengua materna:
5. Otras lenguas habladas:
6. ¿Qué lenguas interpreta usted?
7. ¿Qué formación tiene?
8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario, judicial, policial, etc.
9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde?
10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando?
11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta?
12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?:
13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted?
14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?:
15. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación										
Turnos de palabra										
Visión del mundo										

Concepto de salud										
Religión										
Influencia de la familia/ pareja										
Gestos o miradas										
Otros (¿cuál?) _____ _____										

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona? 19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

25. Algo más que quiera añadir:

ANEXO 2: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad:

2. Sexo:

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?):

4. Lengua materna:

5. Otras lenguas habladas:

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja?

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes?

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Alimentación										
Turnos de palabra										
Visión del mundo										
Concepto de salud										
Religión										
Influencia de la familia/ pareja										
Gestos o miradas										
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Idioma										
Tecnicismos										
Cultura										
Ambiente en la consulta										
Nivel educativo diferente										
Nivel económico diferente										
Falta de confianza										
Falta de tiempo										
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma										
Tecnicismos										
Cultura										
Ambiente en la consulta										
Nivel educativo diferente										
Nivel económico diferente										
Falta de confianza										

Falta de tiempo										
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

22. Algo más que quiera añadir.

ANEXO 3: ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge:

2. Sexe:

Homme

Femme

3. Pays de naissance :
4. Nombre d'années en Espagne :
5. Emploi dans le pays natal :
6. Emploi actuel :
7. Études :
8. Pouvez-vous parler Espagnol?

	Oui		Non
--	-----	--	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

	Oui		Non
--	-----	--	-----

10. Votre langue maternelle est le :
11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ?
12. Où avez-vous grandi (e) ?

	zone urbaine		zone suburbaine (banlieue)		zone rurale
--	--------------	--	-------------------------------	--	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez):
14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):
15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ?
16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille :
17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ?
18. La religion est-elle importante pour vous ?
19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, ¿quelles pratiques?
20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.
21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ?
22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille				
Proches				
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)				
Interprète/traducteur				

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?
24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui		Non
--	-----	--	-----

Collyre		
Sirop		
Pilule/cachet/comprimé		
Crème		
Comprimé soluble		
Sachets		

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang			
Pour vérifier ma santé			
Pour réutiliser le sang après			
Autre chose: _____ _____			

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

	Oui		Non
--	-----	--	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques					
Culturels					
Manque de confiance					
Manque de temps					

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent	<input type="checkbox"/>	Toujours
--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

<input type="checkbox"/>	Je vais tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>	Avec ma famille	<input type="checkbox"/>	Avec un ami
--------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------

Pourquoi ?

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé ?

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

ANEXO 4: RESPUESTAS A LAS ENCUESTAS DE LOS INTÉRPRETES

SUJETO 1: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 33

2. Sexo: mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: español

5. Otras lenguas habladas: francés

6. ¿Qué lenguas interpreta usted? francés

7. ¿Qué formación tiene? Filología francesa y máster en traducción e interpretación en servicios públicos

8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario, judicial, policial, etc.

En sector sanitario

9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? Si ¿Dónde? En una clínica de Reproducción Asistida

10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando? 7 años

11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta? Los del mundo francófono: europeos, magrebís, africanos subsaharianos, ciudadanos de las Antillas francófona, principalmente.

12. ¿Practica usted alguna religión? no ¿Cuál?:

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted? De forma personal en casi nada.

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?: influye para entender desde qué preceptos culturales parte el punto de vista de los pacientes con los que trato, lo que puede ayudar a entenderlos y mejorar la fluidez de la comunicación con ellos en consulta.

15. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación			x							
Turnos de palabra									x	
Visión del mundo										x
Concepto de salud									x	
Religión							x			
Influencia de								x		

la familia/ pareja										
Gestos o miradas							x			
Otros (¿cuál?) _____										

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo? En cualquier situación en la que el paciente necesite comunicarse: consulta, en quirófano, en administración, etc.

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta? Depende del problema, el origen puede ser variado: el lenguaje corporal, el verbal, cultural, etc. Se puede detectar por lo que dice, por el subtexto de lo que dice, por el lenguaje corporal que tiene, etc.

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona? También depende de cuál sea el problema. Hay que estar muy seguro de que hay un problema de comunicación, de detectar cuál es y de tener las herramientas para resolverlo.

Si es lingüístico, intervengo en el momento; si es cultural, intervengo en el momento o posteriormente según la situación comunicativa.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

Los problemas de registro los intento resolver adaptando el registro al que tenga el registro más básico, facilitándole al máximo el acceso a la información. Por tanto, sí es frecuente porque el discurso médico y de los pacientes suelen partir de registros diferentes pero también se resuelve frecuentemente sin problema.

Los problemas suelen ser culturales: diferentes conceptos de conceptos como: salud, reproducción, intimidad. Y otros más organizativos como: el tiempo, el planning organizativo del tratamiento, el rol del médico, los remedios de la medicina tradicional, etc.

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

No sé si son malentendidos pero sí situaciones determinadas por la religión u otras creencias:

-una paciente me pidió que le frotara la frente con un limón tras despertarse de la anestesia porque es un remedio natural de su pueblo para que el efecto posterior de la anestesia no fuera desagradable. No es un elemento de la medicina occidental tradicional. Era musulmana magrebi.

-una paciente nos pidió llamar a su guía espiritual antes de una intervención quirúrgica para recibir su bendición. Era africana subsahariana pero no sé su religión.

-una pareja interpretó la frase por escrito en un email: Buenas tardes! (=bonne soirée!) como una ironía. Ambos decían ver claramente sarcasmo en el uso de la exclamación.

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

La primera y fundamental el conocimiento lingüístico. Y, desde luego, el del ámbito de trabajo en el que se va a trabajar y del tipo de usuarios al que se va a interpretar: origen cultura, situación económica, social, familiar, etc.

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

Confianza, empatía, respeto y colaboración para que la comunicación fluya correctamente.

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

No, creo que lo consideran un acompañante personal del usuario. La figura del intérprete ha estado asociada al intérprete de conferencias, institucional, etc. Ver a un intérprete en otro ámbito como el sanitario es una imagen social nueva que necesitará de un tiempo de normalización.

Como ejemplos puedo citar que algunos pacientes dan por hecho que les podemos prestar los servicios que les hagan falta: ir a buscarlos al aeropuerto, acompañarlos a la farmacia (fuera del centro de trabajo), reservarles hoteles e incluso piden que convenzamos al otro cónyuge o al personal sanitario para hacer algo en su beneficio.

En el caso del personal sanitario, puede ocurrir que alguien no acostumbrado dirija la mirada hacia el intérprete en lugar del usuario, verbalice algo frente al usuario y pida al intérprete que no lo interprete, etc.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

Si, porque siempre va a ayudar a mejorar la comunicación entender el precepto cultural desde el que parte el paciente. Y esto va a tener una repercusión positiva en el desarrollo de los tratamientos.

25. Algo más que quiera añadir:

Veo muy útil la especialización, que los intérpretes se especialicen en el campo en que quieren trabajar para ser realmente eficaces. Y creo que hay que flexibilizar la imagen del intérprete, ya que, en ocasiones, tiene también competencias de mediador intercultural.

SUJETO 2: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 37

2. Sexo: MUJER

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): ARGELIA, 6 AÑOS EN ESPAÑA

4. Lengua materna: ÁRABE

5. Otras lenguas habladas: FRANCÉS, ESPAÑOL, INGLÉS

6. ¿Qué lenguas interpreta usted? ÁRABE Y FRANCÉS

7. ¿Qué formación tiene? MÁSTER EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario, judicial, policial, etc. SANITARIO

9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde? SALUD ENTRE CULTURAS

10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando? 5 AÑOS

11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta? MAGREBÍ

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?: ISLAM

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted? BASTANTE IMPORTANTE

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?: SOBRE TODO EN LAS EXPRESIONES IDIOMÁTICAS (SI DIOS QUIERE, GRACIAS A DIOS, CON LA AYUDA

DE DIOS, ETC.) QUE EMPLEAN LOS PACIENTES Y QUE, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EL PERSONAL SANITARIO COMENTA (EJ: DIOS NO QUIERE, LO TIENES QUE QUERER TÚ, ETC). TAMBIÉN, LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DIETAS, O LAS CITAS QUE SE DAN LOS VIERNES POR LA TARDE Y COINCIDEN CON EL REZO MUSULMÁN, ETC.

15.¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación							X			
Turnos de palabra	X									
Visión del mundo										X
Concepto de salud									X	
Religión										X
Influencia de la familia/ pareja								X		
Gestos o miradas								X		
Otros (¿cuál?) _____ _____										

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

CUANDO SE CREA UN MALENTENDIMIENTO, MUCHAS VECES LA RESPUESTA QUE DA EL PACIENTE NO TIENE NADA QUE VER CON LA PREGUNTA. O TAMBIÉN CUANDO EL PACIENTE ESTÁ SIEMPRE CALLADO Y CONTESTA SÍ A TODO.

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

SI SON DE TIPO RELIGIOSO-CULTURAL EXPLICO CIERTAS CLAVES. O EN MUCHOS CASOS LOS PACIENTES NO ENTIENDEN LA TERMINOLOGÍA O ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS INCLUSO EN SU PROPIA LENGUA (CÁNCER, CÉLULA, DIFERENCIA ENTRE HUESO, MÚSCULO Y CARTÍLAGO, ETC) EN ESTE CASO, LE PIDO AL PERSONAL SANITARIO QUE LE HAGA AL PACIENTE UN DIBUJITO, O SE LO HAGO YO DESPUÉS DE LA CONSULTA. HE RECURRIDO MUCHAS VECES A INTERNET PARA ENSEÑARLES FOTOS CON EL MÓVIL DE POR EJEMPLO CÓMO SE REALIZA UNA ECOGRAFÍA, RADIOGRAFÍA, UN TAC, ETC.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta. PUEDEN SER, ENTRE OTROS, LINGÜÍSTICOS PORQUE LA MAYORÍA DE LOS USUARIOS TIENEN UN NIVEL SOCIO-CULTURAL MUY BAJO, SIN NINGUNA FORMACIÓN ACADÉMICA.

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

MUJER LIBIA, DE FE MUSULMANA ACUDIÓ A URGENCIAS POR FIEBRE. LA PACIENTE LLEVABA EL VELO MUSULMÁN SE LO QUITARON DENTRO PORQUE TENÍA MUCHO CALOR, PERO CUANDO LA QUISIERON TRASLADAR A OTRA SALA LA MUJER SE PUSO EL PAÑUELO Y LA ENFERMERA LE DIJO QUE NO TENÍA QUE HACERLO Y LA PACIENTE DECÍA QUE SÍ, LA ENFERMERA SE ENFADÓ PENSANDO QUE NO LE QUERÍA HACER CASO... TUVE QUE EXPLICAR A LA ENFERMERA QUE MIENTRAS NO HABÍA HOMBRES LA MUJER SE PODÍA QUITAR EL VELO, PERO FUERA HABÍA HOMBRES Y ADEMÁS EL MARIDO ESTABA EN LA SALA DE ESPERA Y ESO PODRÍA CREARLE UN PROBLEMA CON SU PAREJA.

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

1- CONOCIMIENTO PERFECTO DE LAS LENGUAS DE TRABAJO ASÍ COMO LA CULTURA.

2- BUENA MEMORIA A CORTO Y MEDIO PLAZO.

3- SER IMPARCIAL Y FIEL A LA HORA DE TRANSMITIR EL MENSAJE.

4- CAPACIDAD DE ANALIZAR Y SINTETIZAR.

5- FUERZA MENTAL, TANTO PARA CONTROLAR LOS NERVIOS, COMO PARA SUPERAR EL IMPACTO PSICOLÓGICO.

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo? SER MÁS RECEPTIVOS

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

NO SIEMPRE. MUCHAS VECES EL PERSONAL SANITARIO PIENSA QUE SOMOS MÁQUINAS, O TAMBIEN EXPERTOS EN TERMINOLOGÍA SANITARIA. Y LOS PACIENTES TIENDEN A PENSAR QUE SOMOS SUS ALIADOS Y AMIGOS, Y EN ALGUNOS CASOS NOS CONFUNDEN CON EL PERSONAL SANITARIO (SI EL MÉDICO LE DA MALA NOTICIA TE RESPONSABILIZA A TI).

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué? SÍ, PARA EVITAR MALENTENDIMIEMTOS Y ATENDER MEJOR A LOS PACIENTES.

25. Algo más que quiera añadir:

SUJETO 3: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad:32

2. Sexo: mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): Pontevedra

4. Lengua materna: español y gallego

5. Otras lenguas habladas: inglés, francés y portugués

6. ¿Qué lenguas interpreta usted?inglés, francés y portugués

7. ¿Qué formación tiene? Licenciada en T&I, Máster en TISSP

8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario, judicial, policial, etc.

Sanitario, ruedas de prensa, congresos.

9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde? 7

No.

10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando?

Tengo 7 años de experiencia

11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta?

La mayoría fueron africanos subsaharianos

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?: No

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted?

No soy creyente pero respeto las creencias religiosas. La religión me parece un fenómeno muy interesante desde un punto de vista antropológico, social y psicológico.

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?:

Más que la “religión”, influye la “religiosidad”, es decir, cómo vive la religión cada paciente. Yo interpreté con pacientes que se definían musulmanes pero comían jamón serrano o bebían alcohol, y también con otros que querían hacer el ramadán aun estando enfermos, cuando, en teoría, según el Corán, estarían exentos. En mi experiencia, la religión influía especialmente en consultas médicas en las que se comunicaba el diagnóstico de una enfermedad grave (desde un punto de vista médico o social).

15. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación				x						
Turnos de palabra						x				
Visión del mundo									x	
Concepto de salud								x		
Religión						x				
Influencia de la familia/ pareja							x			
Gestos o miradas					x					
Otros (¿cuál?) ____ género ____ _____								x		

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

Trabajé seis años de intérprete en consultas médicas y charlas de prevención de VIH. También interprete en servicios administrativos, conferencias y ruedas de prensa.

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

El lenguaje no verbal y el paralenguaje son las primeras alarmas que normalmente hacen que me percate de que existe un problema de comunicación mientras interpreto.

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

Intervengo directamente, dejando claro que no estoy interpretando, les explico a ambos interlocutores que creo que ha habido un malentendido e intento obtener las aclaraciones oportunas para solventarlo.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

Los problemas pueden ser de diversa índole. La barrera lingüística es una barrera primaria para la comunicación pero incluso cuando esta se supera, pueden surgir más problemas. En mi opinión, toparse con una cultura sanitaria diferente puede ser un problema de comunicación importante: los trámites administrativos, las pruebas médicas, la comunicación con el personal sanitario... son elementos que al paciente que está acostumbrado a otro tipo de servicios, pueden resultarle ajenos.

Otra barrera fundamental también es el estado asimétrico de los interlocutores, no sólo porque los profesionales sanitarios sean los expertos y puedan tener un estatus social mejor que el de sus pacientes inmigrantes, sino también por el hecho de que los pacientes acuden al médico, mayoritariamente, porque se encuentran mal o hay algo que les preocupa de su salud; y muchos están nerviosos al entrar a una consulta médica; estos elementos, de por sí, ya funcionan como posibles perturbadores de la comunicación. También me he encontrado con situaciones en las que el problema se focalizaba en la actitud de los interlocutores, por no entender ni respetar la actitud del "otro" (ya fuera paciente o profesional sanitario), lo cual, en mi opinión, está íntimamente relacionado con el factor cultural, los conceptos de salud y enfermedad, la manera de comunicarse en las distintas culturas, los estereotipos y los prejuicios.

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Interpretando con pacientes de origen subsahariano, ya fueran musulmanes o cristianos, existía un malentendido bastante generalizado relativo a los análisis de sangre: como no estaban acostumbrados a esta prueba diagnóstica y no sabían qué se hacía después con su

sangre, algunos pensaban que se reutilizaba o se vendía, y además muchos creían que les podía debilitar de manera considerable.

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Una actitud (1) profesional (incluyendo el código deontológico: confidencialidad, imparcialidad, fidelidad, etc.), (2) empática, (3) observadora, (4)resolutiva (5) reflexiva

Aptitudes comunicativas (1), lingüísticas (2), culturales (3), sociales (4), interpersonales (5)

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

Los usuarios deberían mostrarse abiertos a otras visiones del mundo y a trabajar con un intérprete en consulta. Además, deberían tomar conciencia de si su nivel lingüístico (tanto el profesional sanitario como los pacientes) es suficiente para poder comunicarse de manera efectiva en una consulta médica.

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

Muchas veces el intérprete es un elemento extraño, tanto para pacientes como para profesionales sanitarios. El profesional sanitario puede pensar que se trata de una persona que simplemente “ayuda de buena voluntad” y por lo tanto el reconocimiento profesional es escaso, aún más cuando, de hecho, muchos intérpretes sanitarios son ad hoc, sin ningún tipo de formación específica.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

En 2011 organicé un curso de gestión de la diversidad cultural en ocho hospitales de la Comunidad de Madrid. El curso fue muy bien recibido y se pudieron debatir distintos aspectos culturales que los profesionales sanitarios se habían encontrado durante su trabajo diario con inmigrantes y que no sabían cómo abordar. En todo caso, más que “diferencias culturales”, también es importante destacar lo que nos une y recalcar que las personas no son retratos homogéneos de sus culturas de origen, no se puede poner etiquetas por venir de un país o practicar una religión determinada, pero sí es necesario conocer distintas realidades y respetar las diferentes maneras de interpretar el mundo.

25. Algo más que quiera añadir:

SUJETO 4:ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente

anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad:25

2. Sexo:F

3. País de nacimiento:China, 3 años en España

5. Otras lenguas habladas: chino, español, inglés

6. ¿Qué lenguas interpreta usted?chino, español

7. ¿Qué formación tiene? máster

8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario

9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde?

Si, Para Salud entre Culturas

10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando? 1.5 años

11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta?

China

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?: no

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted?

Nada por mi parte.

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?:

Nada, es que la mayoría de los chinos que atendía no lleva religión

15.¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación								X		
Turnos de palabra						X				
Visión del mundo					X					

Concepto de salud					X					
Religión	X									
Influencia de la familia/ pareja					X					
Gestos o miradas						X				
Otros (¿cuál?) _____ cultura y conocimientos _____ _____										

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

Difirentes conocimientos. Por ejemplo, difirentes recetas entre china y españa para el mismo medicamento

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

Mira la cara, a preguntar sin vergunza, se nota.

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

Intenta hacer mediación a lo posible.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

Cultura.

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Una señora china, tiene 45 años y no tiene ninguna religion, sufrió violencia con su marido no quiso decir nada con el doctor, puesto que pensaba que los medicos y los policias son familiares, le detendrian a su marido quien era su único apoyo en Madrid. Aunque su marido le peleaba siempre, no queria denunciarle, a pesar de que el doctor intentaba ayudarle, no queria decir nada. Tenía más miedo y quería marcharse inmediatamente.

Tuvo confiencia conmigo y me lo explicó.

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Paciente.

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

Paciente y conocimientos.

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

No.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

Si . La mayoría no sabe como trabajar con los interpretes.

25. Algo más que quiera añadir:

SUJETO 5: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 27

2. Sexo: Mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: Español

5. Otras lenguas habladas: Inglés Francés Árabe

6. ¿Qué lenguas interpreta usted? Francés

7. ¿Qué formación tiene? Licenciatura TeI

8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario, judicial, policial, etc.

Sanitario

9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde?

Sí Ramón y Cajal SEC

10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando?

1.5 años

11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta?

África Subsahariana

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?: No

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted? Ninguna salvo cuando viajo a países musulmanes donde decir que eres ateo es cerrarte puertas a la socialización.

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?: Si eres ateo te puede costar entender cosas como “Hago el Ramadán aunque tengo VIH porque yo me siento bien” (mentira), “Si Dios quiere se recuperará”, “Todo está en manos de Dios”, “Dios me guía” etc., etc.

15. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación							X			
Turnos de palabra							X			
Visión del mundo										X
Concepto de salud										X
Religión								X		
Influencia de la familia/ pareja										X
Gestos o miradas								X		
Otros (¿cuál?) ____ Percepción de la enfermedad____ _____ _____										X

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

Cuando el personal sanitario necesita comunicarse con el paciente (¿?)

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

Por la experiencia: el paciente responde de forma vaga por miedo a equivocarse, te mira de reojo, responde con otra información, empieza a irse por los cerros de Úbeda...El médico formula una pregunta con una terminología que sé de antemano que no se corresponde con el nivel educativo del paciente y que por tanto no va a entender, el médico vuelve a preguntar porque no ha entendido la respuesta del paciente, y vuelve otra vez y otra vez...

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

Actuando de mediador intercultural. Paro la entrevista y explico a las dos partes por qué creo que no se están entendiendo.

A veces directamente bajo el nivel de vocabulario del médico si sé que ese médico nunca se molesta en reformular el mensaje, por lo que directamente cuando dice “¿alergias contra medicamentos?” digo ¿algún medicamento te ha dado problemas de salud?, ¿transfusiones?, ¿te han puesto sangre de otra persona? Etc.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

Normalmente son de registro porque los médicos no adaptan su vocabulario a la persona que tienen enfrente. Es más, a algunos médicos parece que les encanta utilizar jerga médica para demostrar sus conocimientos o son incapaces de hacer ese ejercicio de cambio de registro.

Ejemplo:

Médico: Tienes sinusitis

Intérprete (al paciente): Tienes sinusitis [¿sabes lo que es?]

Paciente: No

Intérprete (al médico): Le he dicho al paciente que tiene sinusitis y le he preguntado si sabía lo que era por si no lo entendía y me ha dicho que no, ¿podría explicárselo por favor?

Médico: La sinusitis es la sinusitis, no se puede explicar.

—

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

El paciente creía que no le daban cita hasta dentro de tres meses por ser inmigrante. Decía que en su país (Camerún) cuando vas al médico te hacen todo en el mismo día. Hubo que explicarle que el sistema de España es más lento.

Otro malentendido que ocurre con frecuencia se produce cuando algunos pacientes subsaharianos tienen que ir a extracciones. No les gusta que les saquen sangre, llegando incluso a dejar de venir a revisiones para ciertas enfermedades para que no les vuelvan a sacar sangre ya que algunos pertenecen a tribus donde ésta tiene un poder muy fuerte. También influye que en muchos países la sangre se vende en el mercado negro.

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Objetividad, no mostrar emociones en la cara, no expresar opiniones personales, no intimar con los pacientes como si fueran amiguetes, fidelidad al mensaje original sin inventarse cosas de relleno por no haber entendido el mensaje y por miedo a que se dé cuenta el médico o el paciente de que no me he enterado, no aconsejar al paciente como si fuera su psicólogo o su amigo del alma.

La más importante es no inventarse el mensaje pero el resto son todas igual de importantes.

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

De respeto hacia el otro y de disposición para el diálogo. Deberían tener en cuenta que el intérprete no es un diccionario con patas (no utilizar “palabros” para “ir a pillar” al intérprete a ver si se lo sabe o no) y que no hay que cortarse el uno al otro ni cortar al intérprete antes de que termine porque “ya sabemos lo que va a decir”. Facilitar la tarea al intérprete porque facilitarle la tarea es facilitarnos a nosotros mismos la comunicación con la persona que tenemos enfrente.

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

No. La mayoría nunca han trabajado con un intérprete o han trabajado con intérpretes ad hoc. La profesión no se defiende, no se visibiliza, no se hace nada por ella. No hay una ley que nos ampare a diferencia de la Directiva europea para los Juzgados.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

Sí. De hecho nosotros los formamos en la Comunidad de Madrid. Si no saben qué esperar del intérprete, ¿cómo van a saber trabajar con él y sacarle el máximo partido?

25. Algo más que quiera añadir:

Las universidades de España deberían luchar más por dignificar la figura del intérprete y dejar de hacer convenios de prácticas con Seprotec y demás cánceres del intrusismo laboral.

SUJETO 6: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 37

2. Sexo: Varón

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?):

Argelia (14 años en España)

4. Lengua materna: Bereber

5. Otras lenguas habladas: Francés, Inglés, Árabe

6. ¿Qué lenguas interpreta usted? Árabe/Francés

7. ¿Qué formación tiene? Licenciado en periodismo (Universidad de Argél)

8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario, judicial, policial, etc. Sanitario.

9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde? No

10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando?

Lo hice durante unos 3 meses, pero ya no.

11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta?

Marroquis, Subsaharianos.

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?:

Lo que es practicar no es practicar, la pacificación (se llama erróneamente Islam)

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted?

Primordial.

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?:

Influye mucho en las practicas de muchas personas, entender el porque de algunas cosas en la religión nos puede evitar momentos incómodos. Por ejemplo, un paciente que acompañé a consulta en el mes de ramadan (ayuno de los musulmanes) del año pasado, no quiso comer

después de la consulta porque considero -erróneamente- que no se podía comer durante este mes.

15.¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación										10
Turnos de palabra					5					
Visión del mundo									9	
Concepto de salud										10
Religión										10
Influencia de la familia/ pareja									9	
Gestos o miradas						6				
Otros (¿cuál?) _____ _____										

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

Estando con el paciente y el medico

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

Cuando se repite la misma pregunta varias veces

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

Intentando aclarar con ejemplos al paciente o al medico según los costumbres sociales de cada uno.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

Sobre todo culturales o que tengan relación con la tradición del paciente, por ejemplo, no querer quitarse la camiseta entera delante de un medico (mujer) y decir que es suficiente subirla un poco.

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

La verdad es que en este corto periodo de tiempo no han pasado cosas importantes.

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

1- Paciencia.

2- Empatía.

3- Manejo rápido de los idiomas a utilizar.

4- Puntualidad

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

1- La confianza.

2-La paciencia.

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc. Creo que los interlocutores (tanto el usuario como el profesional) no le dan mucha importancia a la figura del interprete aunque es vital, hay una cierta desconfianza de parte del usuario y un cierto desprecio de parte del profesional. No generalizo, pero a mi me paso que un paciente se negó a facilitarme su DNI para fotografiarlo tal como lo piden desde la ONG con quien trabajaba y me paso también con un medico que me dijo que ya no hacia falta de interpretar ya que el mismo podía hablar francés con el paciente. Luego, se nota también en las miradas de algunos médicos, esta pizca de desprecio.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

Si si! Aunque sea como talleres o algo así, porque la relación entre el personal sanitario y los usuarios debe ser antes de todo humanitaria y les vendría bien a los profesionales tener una cultura general en este ámbito para evitar momentos incómodos y aliviar el sufrimiento, porque además del sufrimiento físico, existe el sufrimiento de no ser entendido.

25. Algo más que quiera añadir:

Aunque mi experiencia en el mundo de la interpretación es poca, pero he podido ver en los ojos de los pacientes -aparte de la desconfianza- este brillo de agradecimiento. Creo

firmemente que hay que fomentar la figura del interprete porque aparte de su labor humanitaria (construyendo puentes entre culturas y personas), facilitan mucho el trabajo de los profesionales en sociedades multiculturales como el caso de España.

SUJETO 7: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 47 años
2. Sexo: Hombre
3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): Senegal, 8 años
4. Lengua materna: Wolof
5. Otras lenguas habladas: Serere
6. ¿Qué lenguas interpreta usted? Wolof, francés
7. ¿Qué formación tiene? Post Grado
8. ¿En qué sectores interpreta? **Sanitario**, judicial, policial, etc. **Social y administrativo**
9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde? Si, en Caritas Madrid
10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando? 8 años
11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta?

Los africanos sub. Sahariano

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?: si, Musulmán
13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted? Muy importante en todos los aspectos de mi vida
14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?:

Casi no hay influencias, interpreto fielmente lo que se dice punto y pelota.

15.¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación	X									

Turnos de palabra									X	
Visión del mundo									X	
Concepto de salud									X	
Religión					X					
Influencia de la familia/ pareja									X	
Gestos o miradas									X	
Otros (¿cuál?) _____ _____										

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

Quando noto que no se han entendido el paciente i el profesional.

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

Haciendo preguntas trampas para comprobar se uno ha entendido, puede ser del lado del profesional como del paciente.

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

Con la comunicación verbal es muy raro que haya problemas, ahora en la comunicación no verbal o gestual a veces se nota malas interpretaciones, allí lo que hacemos proceder a dar explicaciones a la parte que se ha quedado colgado.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

En general los problemas que surgían mas son de orden culturales, por ejemplo el valor de la sangre para este comunidad, entonces les cuesta siempre comprender lo porque de sacarlos tantas sangres

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Hemos tenido un paciente musulmán de Guinea de la etnia de las fulas que no quería dejar de hacer el ramadán para seguir un tratamiento

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

La neutralidad, la fidelidad a las palabras, la discreción

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

La transversalidad y la fidelidad

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

A veces no, hace falta organizar el debate para que los interlocutores te dejen llevar la comunicación a ambas partes sin problemas.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

Por supuesto, están siempre en contacto con población extranjera

25. Algo más que quiera añadir:

SUJETO 8: ENCUESTA (PARA INTÉRPRETES)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 29

2. Sexo: Mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): Hong Kong, China

4. Lengua materna: Chino cantonés

5. Otras lenguas habladas: Chino mandarín, inglés, español, francés y un poco hebreo

6. ¿Qué lenguas interpreta usted? Chino mandarín, inglés y español

7. ¿Qué formación tiene? Máster de Traducción Asistida por Ordenador en La Universidad China de Hong Kong (CUHK), Magister en Traducción en la Universidad Complutense de Madrid, Licenciatura en Biología Humana (CUHK)

8. ¿En qué sectores interpreta? Sanitario, judicial, policial, etc. Sanitario, judicial, policial, Diseño interior, técnico.

9. ¿Trabaja actualmente como intérprete? ¿Dónde? Sí, juzgados, hospitales, comisarias, bancos, registros civiles, etc.

10. ¿Cuánto tiempo lleva interpretando? 3 años

11. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser los usuarios para los que interpreta? Chinos y españoles.

12. ¿Practica usted alguna religión? ¿Cuál?: Cristianismo Protestante

13. ¿Qué importancia tiene la religión para usted? Me da fuerza, calma y confianza en el momento de interpretar ya que hay muchas cosas son las que no podemos controlar o prever durante la preparación.

14. A la hora de interpretar, ¿cómo influye la religión?: Rezo para pedir fuerza y calma antes de la interpretación. Durante la interpretación, a veces rezo por dentro para mantener la calma y tranquilidad.

15. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación							x			
Turnos de palabra								x		
Visión del mundo				x						
Concepto de salud									x	
Religión		x								
Influencia de la familia/ pareja									x	
Gestos o miradas								x		
Otros (¿cuál?)										

16. ¿En qué situaciones interviene usted en el intercambio comunicativo?

Cuando los personales sanitarios no entienden las dificultades culturales de los pacientes, o cuando los pacientes no entienden unas cosas culturales expresados por los personales sanitarios. O cuando veo que es posible que haya un malentendido cultural entre los pacientes y los personales sanitarios.

17. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los detecta?

Los personales sanitarios o los pacientes dicen que no entienden unos a otros. Los pacientes me dicen que no entienden lo que dice el médico.

18. Si hay problemas de comunicación entre los interlocutores, ¿cómo los soluciona?

Interpretar los que dicen. Intento explicar lo que ha pasado para que ellos se comprendan.

19. ¿De qué tipo suelen ser los problemas de comunicación entre los interlocutores? (lingüísticos como, por ejemplo, problemas de registro, culturales, problemas de actitud de los interlocutores, etc.). Explique el porqué de su respuesta.

Lingüísticos, culturales, los pacientes no confían mucho en la medicina española.

20. ¿Puede recordar situaciones de malentendidos culturales que hayan ocurrido entre los interlocutores? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Una doctora no entendió por qué la paciente china no quería desnudarse frente de unas mujeres.

Los personales sanitarios no entienden porque los pacientes chinos tienen que pensar y hacer cálculos cuando les preguntan sobre su edad porque en China la edad se cuenta de otra manera.

Los personales sanitarios critican a los pacientes chinos que comen mucho arroz.

Las enfermas regañan a las madres chinas que dan papilla de arroz a sus bebés de 5 meses.

Los pacientes chinos siguen creyendo que tienen algo raro en su cuerpo mientras que los médicos les dicen que están bien. No confían en los diagnósticos españoles.

Los pacientes chinos quieren encontrar algunas medicinas chinas aquí en España pero los médicos aquí no saben nada de ellas.

21. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

1. Aptitud lingüística , 2. Cerebro rápido, 3. Conocimiento del ámbito 4. Tranquilidad, 5. Estado físico (tener energía)

22. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían tener los usuarios en el intercambio comunicativo?

Tienen que escuchar y tener paciencia, confiar en los interpretes, contar cosas claramente pero no dar muchas vueltas o repetir unas cosas muchísimas veces.

23. ¿Cree que los interlocutores suelen comprender la figura del intérprete o saben cómo trabajar con él? Explique el porqué de su respuesta con argumentos, ejemplos, etc.

Creo que la mayoría de los pacientes chinos piensan que los interpretes tienen que contar sus problemas en su lugar, esperan que los interpretes puedan hacer algo más que el trabajo de interpretes, por ejemplo pedir citas para ellos, contestar llamadas de hospitales, recordarles sobre sus citas, etc. Ellos piden opinión personal de interpretes.

24. ¿Cree que el personal sanitario debería recibir formación sobre diferencias culturales? ¿Por qué?

Sí, para evitar malentendidos y para que las consultas se queden más agradables.

25. Algo más que quiera añadir:

ANEXO 5: RESPUESTAS A LAS ENCUESTAS DEL PERSONAL SANITARIO

SUJETO 1: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 27

2. Sexo: mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: castellano

5. Otras lenguas habladas: inglés, nivel básico.

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja?

- Médico de atención primaria

- Urgencias hospitalarias

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes?

- españoles

- sudamericanos
- chinos
- marroquies
- africanos
- Europa del este.

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

- 20-30%
- sudamericanos, marroquíes, chinos, africanos.

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación						x				
Turnos de palabra						x				
Visión del mundo							x			
Concepto de salud						x				
Religión								x		
Influencia de la familia/ pareja							x			
Gestos o miradas							x			
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

- Normalmente se pierden muchos aspectos de la comunicación. En ocasiones acuden con familiar traductor que de algún modo resume y resalta algunos síntomas del paciente que pueden no ser los más importantes para el paciente/ sanitario. La consulta suele ser tediosa y da la impresión de que el paciente no se ha enterado de la explicación que le damos de la enfermedad y no va hacer bien el seguimiento o el tratamiento.

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

- Invitar a familiares o amigos del paciente que hagan de traductor.

- Utilizar el traductor de google, poniendo la pantalla del ordenador entre el médico y el paciente para que ambos pudieran leerla.

- En algunos hospitales existen aparatos que realizan la traducción.

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

- No es posible.

- Normalmente el lenguaje no verbal complementa el lenguaje verbal y si un paciente pone gesto de dolor nos podemos hacer una idea de cómo de intensa es su sintomatología. Sin embargo, existen muchas palabras para concretar los síntomas del paciente que difícilmente se pueden interpretar con gestos. Ejemplo: dolor tipo punzante, transfixivo, opresión, ardor, cólico...), y que si no son tenidos en cuenta pueden llevar a un mal diagnóstico y tratamiento.

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

- Normalmente es fácil detectar el paciente que no habla o no entiende bien español. La mayoría de las ocasiones son ellos los que enuncian el problema al entrar en la consulta.

- Con el paciente español los problemas comunicativos pueden ser debidos a un lenguaje demasiado técnico difícil de entender por el paciente, la edad avanzada de algunos pacientes o bajo nivel socioeconómico.

- Con el paciente español normalmente es suficiente emplear más tiempo en explicarle el tratamiento o la enfermedad y se suele solucionar también escribiéndoles en hojas que luego puedan leer para que finalmente lleguen al entendimiento. Con el paciente inmigrante suele ser más difícil llegar a la comprensión, aparte de lo difícil que puede llegar a ser comprender una enfermedad o el tratamiento, suelen perder información por el hecho de no conocer el idioma o emplear traducciones escritas demasiado literales.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

- Con el inmigrante intento utilizar el traductor de google o citar al paciente en una próxima visita con un hispano parlante. También en ocasiones lo que hacen los pacientes

(especialmente chinos) es acudir a la consulta y llamar a un familiar que habla español y la consulta se desarrolla telefónicamente

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma									x	
Tecnicismos								x		
Cultura						x				
Ambiente en la consulta							x			
Nivel educativo diferente							x			
Nivel económico diferente						x				
Falta de confianza								x		
Falta de tiempo									x	
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma		x								
Tecnicismos		x								
Cultura		x								
Ambiente en la consulta							x			
Nivel educativo diferente						x				

Nivel económico diferente						x				
Falta de confianza				x						
Falta de tiempo							x			
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

- Especialmente con musulmanes es complicado pautar tratamiento en el Ramadán. En muchas ocasiones enferman por el ayuno en esta época (mareo, deshidrataciones) y es difícil que tomen un tratamiento o dejen de realizar ayuno para poder mejorar su enfermedad. También ocurre con mujeres musulmanas que prefieren no ser exploradas por hombres.
- Normalmente todos los inmigrantes a veces recurren a medicinas o tratamientos que son famosos en su país y que los médicos españoles no conocemos. Cuando nos intentan consultar sobre ellos no sabemos contestarle ni hasta qué punto pueden interactuar con otras medicaciones.

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

- Emplear más tiempo en la consulta.
- Revisar al paciente pronto para asegurarnos que se ha producido mejoría con el tratamiento.
- Folletos de las enfermedades más frecuentes en otros idiomas (asma, educación para la hipertensión y la diabetes, fármacos difíciles de usar como el sintrom, etc)
- Asistir a formación sobre diferencias culturales

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

- Me parece una figura importante, porque da seguridad tanto al médico como al paciente.
- Un problema que detecto cuando un familiar hace de intérprete del paciente (normalmente son los hijos), es que de algún modo cambien de matiz los síntomas del paciente y suele ser para exagerarlos, con lo cual puede hacer que nos perdamos en diagnósticos erróneos. También solemos ver con frecuencia que un paciente explica a su hijo sus síntomas durante

varios segundos y a nosotros el familiar nos responde con una palabra. Esto produce mucha desconfianza en la traducción que nos dan los familiares y en ocasiones llegamos a error por la interpretación emocional que dan los familiares

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

- Buenas habilidades en traducción.

- conocer lenguaje médico.

- Objetividad.

- Confidencialidad

- Lenguaje no verbal

- Amabilidad.

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

- Hice una sesión en mi hospital de una hora. Creo que fue demasiado breve. Me parece necesario ampliar esa formación.

22. Algo más que quiera añadir.

- en la zona en la que trabajo existe mucha inmigración y normalmete con bajo nivel socioeconómico. Resulta difícil llegar al entendimiento, aunque normalmente con mucho tiempo, paciencia y ayuda de familiares y traductores se puede conseguir. No obstante, se retrasa muchísimo la consulta y la sensación del médico es siempre de inseguridad y no saber hasta que punto la comunicación ha sido correcta. Tener traductores en la consulta podría ser útil para acelerar este proceso y llegar a un mejor entendimiento. Podría haber un traductor en los centros de salud más grandes o poder aparecer en un horario fija para estar presente en la consulta de pacientes inmigrantes.

SUJETO 2: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 27

2. Sexo: Hombre

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: Español

5. Otras lenguas habladas: Inglés

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja?
-Enfermero. En planta de medicina interna y en una unidad de manejo integral del paciente con insuficiencia cardiaca.

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes? Españoles

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

- Alrededor de un 15%. Sobre todo pacientes de países sudamericanos y africanos.

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación			x							
Turnos de palabra				x						
Visión del mundo							x			
Concepto de salud						x				
Religión						x				
Influencia de la familia/ pareja								x		
Gestos o miradas							x			
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

- Con gran dificultad. Si es posible y los pacientes entienden inglés o francés, varios compañeros tenemos unas nociones básicas sin poder entrar en aspectos más “técnicos” sobre el estado de salud. Por ejemplo, precisar si tiene náuseas, vómitos, características del dolor, de la orina, heces, y un larguísimo etcétera, es muy complicado y la mayoría de las veces queda en un “¿Qué tal te encuentras? Bien”. En otros casos intervienen familiares o amigos que tampoco ayudan del todo, ya que no traducen textualmente nuestras preguntas, y es asombroso como una respuesta de 1 minuto de un paciente que nosotros no entendemos, nos es devuelto como un “se encuentra bien, no le duele nada”. En el peor de los casos no hay forma de entenderse y nos guiamos por el aspecto del paciente, si tiene dificultad para respirar, palidez, si observamos cara de dolor a la palpación...

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

- No. Nunca un intérprete profesional. Básicamente lo descrito en la pregunta anterior.

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

- Sin lugar a dudas, no. Los síntomas que necesitamos seguir para valorar a los pacientes en la mayoría de los casos son subjetivos (falta de aire, náuseas, dolor...etc). Además, en mi opinión, además de por las diferencias individuales, las diferencias culturales hacen que ciertos síntomas se vivan de una forma u otra según la cultura de procedencia, siendo ignorados en unos casos, o magnificados en otros. La tolerancia al dolor varía mucho de una persona a otra, y la forma de expresarlo también.

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

- Pues la mejor forma de detectarlo es preguntar al paciente si lo está entendiendo, pero incluso una respuesta afirmativa tampoco dice mucho. Cuando un paciente contesta a todo que “sí”, o cuando un paciente guarda silencio y mira a sus familiares esperando que lo entiendan mejor, suele ser una señal inequívoca de que no ha entendido ni la mitad. En mi opinión la principal barrera es la idiomática con el paciente inmigrante, pero hay una barrera importantísima que comparten ambos grupos que es el lenguaje técnico y la falta de conocimientos sobre anatomía y fisiología. Explicar a un señor que lleva toda la vida arando campos en Badajoz por qué su corazón funciona mal y como debe cuidarse suele ser difícil, si además le sumamos la dificultad con el idioma es casi imposible.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

- En primer lugar si no entiende español intentando que haya presenta alguien que comprenda ambos idiomas. Para ambos casos, españoles e inmigrantes, se debe evitar el lenguaje excesivamente técnico y explicar lo más llanamente posible, y sin prisa, lo que se quiera transmitir, adecuando los términos y la cantidad de información a la capacidad y la demanda de conocimientos de cada paciente.

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma									x	
Tecnicismos							x			
Cultura						x				
Ambiente en la consulta		x								
Nivel educativo diferente								x		
Nivel económico diferente							x			
Falta de confianza					x					
Falta de tiempo								x		
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma	x									
Tecnicismos							x			
Cultura				x						
Ambiente en la consulta		x								
Nivel educativo diferente						x				
Nivel económico diferente					x					

Falta de confianza		x								
Falta de tiempo								x		
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

- Varios casos en los que he tenido que realizar un sondaje vesical (introducir una sonda a través de la uretra) a mujeres de religión islámica. Al ser un hombre, he obtenido protestas, quejas, malas miradas, y desconfianza tanto de la paciente como del marido, de haberlo. En estos casos si el tiempo y la situación lo permite he pasado la tarea a alguna compañera por no generar incomodidad, pero alguna vez donde no ha sido posible y debía encargarme yo, he obtenido la negativa de la paciente.

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

- En primer lugar hacer consciente a los sanitarios de que las diferencias interculturales se dan incluso entre gente de ámbito rural.
- Evitando y educando para que no se den conductas racistas, que por desgracia, siguen siendo frecuentes. No se traducen en un mal trato directamente al paciente, pero sí en comentarios y juicios de valor que se realizan entre el personal.
- La presencia de intérpretes debería ser imprescindible en los hospitales.
- Debe haber una comunicación bidireccional, el personal sanitario debe estar formado y al tanto de la cultura, creencias y costumbres de los pacientes inmigrantes a los que atendemos, y a su vez, se debe hacer al paciente consciente de que dentro del respeto a sus costumbres hay procedimientos y pruebas que deben realizarse por su salud.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

- Sin duda. Puede ser la forma más objetiva de recoger la información directamente del paciente.

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

1. Objetividad.
2. Conocimiento de la cultura de origen.
3. Capacidad de generar confianza al paciente.

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

- La verdad que ni lo recuerdo. Durante la carrera.
- Sería útil recibir información para una correcta valoración de los pacientes, y sobre todo, para evitar que conductas y respuestas de los pacientes que nosotros desde nuestra cultura no entendemos, sean etiquetadas de inapropiadas o descorteses (en el mejor de los casos).

22. Algo más que quiera añadir.

SUJETO 3: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 26

2. Sexo: Mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: Español

5. Otras lenguas habladas: Inglés

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja?

D.U.E

Medicina Interna

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes? Española

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

15% Chino, Africano, Musulmán o etnia gitana

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Alimentación								X		
Turnos de palabra						X				
Visión del mundo							X			
Concepto de salud							X			
Religión									X	
Influencia de la familia/ pareja								X		
Gestos o miradas								X		
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

Difícilmente, aunque disponemos de sistema traductor telefónico.

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

Sólo con el servicio telefónico

Lenguaje de gestos

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

Sí, pero muy difícilmente

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

Falta de toma de medicación o de comida. Gestos de preocupación.

El paciente español los manifiesta.

Sí son diferentes

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

Preguntando a algún compañero si habla su lengua materna o alguna otra conocida por el paciente. Informándome si la familia sí habla español.

Con el paciente español, dependiendo de su grado cognitivo, con él/ella o con su familia,

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma							X			
Tecnicismos									X	
Cultura								X		
Ambiente en la consulta							X			
Nivel educativo diferente								X		
Nivel económico diferente					X					
Falta de confianza								X		
Falta de tiempo									X	
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma						X				
Tecnicismos								X		
Cultura						X				

Ambiente en la consulta							X			
Nivel educativo diferente								X		
Nivel económico diferente					X					
Falta de confianza								X		
Falta de tiempo									X	
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Algún paciente se ha quedado sin comer por no entender qué elegir entre las opciones ofertadas

Africano, hablaba inglés

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Ser más tolerante y empático

Formarse en otros idiomas

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Sí, para establecer una relación de confianza.

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

1. Empatía
2. Escucha Activa
3. Formación adecuada con el ámbito sanitario
4. Formación adecuada con los Idiomas

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

No

Sí, bastante útil

22. Algo más que quiera añadir.

SUJETO 4: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 27

2. Sexo: Varón

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: Español

5. Otras lenguas habladas: Inglés

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja? Médico. Servicio de psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos.

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes? Españoles en su mayoría.

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes? Un 15-20%, suelen ser de países latinoamericanos

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación						x				
Turnos de palabra			x							
Visión del mundo							x			
Concepto de salud								x		
Religión						x				
Influencia de la familia/				x						

pareja										
Gestos o miradas		x								
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

Tenemos la opción de solicitar el servicio de traducción mediante interpretes.

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

si

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

Resultaría difícil porque en nuestra profesión necesitamos el relato verbal del paciente, aunque el lenguaje no verbal también es muy importante y necesario, pero no suficiente.

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

La principal dificultad es a la hora de no entender en mensaje que te está emitiendo. Con un paciente español puede haber problemas de otra índole como la dificultad para expresarse o explicarse.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

-Inmigrante: Normalmente solicitamos intérprete.

Español: Se hace lo que se puede, se va mas despacito, haciendo hincapié

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma										x

Tecnicismos								x		
Cultura							x			
Ambiente en la consulta		x								
Nivel educativo diferente			x							
Nivel económico diferente			x							
Falta de confianza			x							
Falta de tiempo			x							
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma		x								
Tecnicismos		x								
Cultura		x								
Ambiente en la consulta		x								
Nivel educativo diferente						x				
Nivel económico diferente					x					
Falta de confianza					x					
Falta de tiempo					x					
Otros (¿cuál?) trastornos del lenguaje							x			

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Pacientes de origen africano con una lengua y cultura muy distintas que dificulta mucho el entendimiento y la comprensión del caso.

En alguna ocasión con pacientes de África subsahariana donde lo transcultural y las creencias influyen mucho ha habido dificultad a la hora de poder comunicarse y sobre todo de poder entender lo que le ocurría y el contexto en el que le ocurría, no sabíamos si algo q decía sobre el demonio era parte de su cultura o algún tipo de delirio

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Ser abierto, comprensivo. Mostrar empatía, tolerante, tener paciencia.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Creo que es esencial

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

1 Ceñirse a la conversación, 2 traducir literal, 3 ser concreto

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

Si, durante una clase de psiquiatría transcultural.

22. Algo más que quiera añadir.

SUJETO 5: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 25

2. Sexo: Mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: castellano

5. Otras lenguas habladas: catalán

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja? DUE. Ortojeriatria

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes? Española

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes? 20% musulmán

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación		X								
Turnos de palabra						X				
Visión del mundo									X	
Concepto de salud						X				
Religión										X
Influencia de la familia/ pareja									X	
Gestos o miradas									X	
Otros (¿cuál?) _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

No suele haber comunicación. Exceptuando la escala de dolor que se suele entender

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

Si no se habla español siempre suele haber un familiar que sabe defenderse en el idioma para comunicarnos con el paciente

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

No. Hablar sobre la salud es bastante difícil hacerlo con gestos. Únicamente el dolor por los gestos.

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

Si. En español podemos tratar a una persona. Un inmigrante niega con la cabeza cuando no nos entiende y hay que esperar a que haya un familiar con ellos.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

Con un inmigrante solo queda esperar a un familiar.

Con un español el único problema sería en patologías que cursan con demencia.

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma										X
Tecnicismos										X
Cultura										X
Ambiente en la consulta						X				
Nivel educativo diferente					X					
Nivel económico diferente					X					
Falta de confianza										X
Falta de tiempo										X
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma		X								
Tecnicismos										X

Cultura						X				
Ambiente en la consulta						X				
Nivel educativo diferente					X					
Nivel económico diferente					X					
Falta de confianza										X
Falta de tiempo										X
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Musulmán. Las mujeres muy recelosas de que las toquemos, siempre acompañadas. Los hombres muy demandantes, exigentes y se creen superiores.

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Creo que al igual que un español se amolda a las características de un hospital un inmigrante debería ser igual. Todos son pacientes para mi y a todos les dedico el mismo tiempo para favorecer su mejoría. No creo que yo tenga que amoldarme a ellos. Trabajo en un hospital con pacientes enfermos no en un hotel con cosas a la carta.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Por supuesto. Para poder entendernos y saber que les ocurre y explicarles recomendaciones en cuanto a favorecer su pronta recuperación

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Respetuoso

Educación

Paciente

Confianza

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

He visto muchos cursos para formarse. Pero no me interesan.

22. Algo más que quiera añadir.

SUJETO 6: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 48 años

2. Sexo: Mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: Español

5. Otras lenguas habladas: Inglés y francés

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja? Pediatra en el centro de salud María Jesús Hereza, de Leganés

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes?

En la consulta de pediatría del centro de salud María Jesús Hereza, en el 2014, 190 niños, el 26% de los niños atendidos son inmigrantes.

Marruecos	59 (31%)
Rumanía	27 (14%)
Ecuador	18 (10%)
Colombia	17 (9%)
Guinea Ecuatorial	13 (7%)
China	13 (7%)

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes? Respondido

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación				x						
Turnos de palabra				x						
Visión del mundo				x						
Concepto de salud				x						
Religión							x			
Influencia de la familia/ pareja				x						
Gestos o miradas				x						
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

Con dificultad, pero intentamos adaptarnos.

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

No, me defiendo con el inglés y francés. Con algún paciente chino o marroquí, ha venido un acompañante que también hablaba español o árabe. También he hablado a través del móvil del padre o la madre con la persona que hablaba español.

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

Si, es un lenguaje universal. También me ayudo de dibujos que hago o de imágenes que tengo en la consulta.

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

Les pregunto con frecuencia “¿me entiende?”, les pido que me lo expliquen, les doy por escrito el tratamiento si lo necesitan o les doy la cita si quiero ver la evolución del proceso. Les enseño el calendario...

Es necesario hablar con frases cortas, sencillas, evitando tecnicismos, mirando a la cara...

Es necesario individualizar con cada paciente y hacer un seguimiento.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

Ya comentado.

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma								x		
Tecnicismos								x		
Cultura								x		
Ambiente en la consulta						x				
Nivel educativo diferente							x			
Nivel económico diferente						x				
Falta de confianza									x	
Falta de tiempo							x			
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma							x			
Tecnicismos								x		
Cultura							x			
Ambiente en la consulta					x					
Nivel educativo diferente					x					
Nivel económico diferente					x					
Falta de confianza									x	
Falta de tiempo							x			
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Una madre marroquí durante el ramadán, suspendió la lactancia materna de su bebé durante el día y le ofrecía un sucedáneo de leche con un biberón, a pesar de saber que las madres lactantes estaban eximidas del ayuno.

Una familia cubana utilizaba la malanga en lugar de la patata para hacer los purés de verduras.

Una madre marroquí dejó a su hijo de 15 meses durante 2 meses con su hermana en Marruecos, pues ella tenía que trabajar. El niño la mordía cuando fue a buscarla.

Una madre colombiana comentó que durante la lactancia, no se puede planchar, pues disminuye la cantidad de leche.

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Siempre va a haber diferencias culturales, como es lógico, pero en nuestro trabajo es importante establecer una buena relación de confianza, por eso, el personal sanitario debe formarse para comprender a la persona que ha acudido a solicitar una consulta.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Sí, por supuesto que ayuda.

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Paciente, comprensivo, empático (intentar ponerse en el lugar del otro), que le guste escuchar, tolerante.

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

Sí, he recibido formación y en la consulta aprendo cada día.

22. Algo más que quiera añadir.

Muchas gracias por su interés en el tema.

SUJETO 7: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad:49

2. Sexo: Mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: española

5. Otras lenguas habladas: española

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja?

Médico. Servicio de Microbiología

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes?españoles

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

40%. Sudamericanos.

9.¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación					x					
Turnos de palabra			x							
Visión del mundo								x		
Concepto de salud								x		
Religión									x	
Influencia de la familia/ pareja								x		
Gestos o miradas								x		
Otros (¿cuál?) __idioma__ _____ _____								x		

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

Difícil. Hablando despacio, con gestos y esquemas gráficos.

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

sí

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

El lenguaje no verbal ayuda, apoya y complementa al lenguaje hablado.

Si el paciente es de otra lengua lo apoya y ayuda pero no lo sustituye.

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

Por la falta de respuesta del paciente o la dificultad de repetir las pautas que le he dado.

Con el paciente español, a veces, es igual. En este caso, a veces, puedes aclarar las dudas si consigues expresarte en términos y forma que el paciente encuentre más cercano.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

Pido ayuda.

Con el español adaptando mi lenguaje al nivel y en el contexto que le sea más cómodo y fácil.

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma										x
T tecnicismos										x
Cultura							x			
Ambiente en la consulta								x		
Nivel educativo diferente						x				
Nivel económico diferente				x						
Falta de confianza									x	
Falta de tiempo									x	
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Idioma				x						
Tecnicismos								x		
Cultura							x			
Ambiente en la consulta								x		
Nivel educativo diferente					x					
Nivel económico diferente				x						
Falta de confianza									x	
Falta de tiempo									x	
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Sí. Boliviana, africana.

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Informarte de las distintas culturas, escuchar, respetar, tener paciencia, no prejuizar, entender que las diferencias son eso, diferencias y no barreras, intentar salirte de tu contexto para trabajar desde la objetividad, evitar sentirte agredido u ofendido por las distintas maneras de expresión, encajar las decisiones del paciente aunque para ti sean incomprensibles, evitar el paternalismo, entender que la asistencia es obligación no caridad.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Sí, la mediación de otra persona que entiende las distintas maneras de expresión, ayuda a la comprensión, el entendimiento y suaviza las barreras.

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Formación e información en las distintas culturas (10)

Capacidad para expresar con objetividad lo que cada persona dice (8)

Paciencia (9)

Empatía (no paternalismo) (8)

Objetividad (8)

Neutralidad (8)

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación? Sí, aunque necesito profundizar mucho más.

22. Algo más que quiera añadir.

SUJETO 8: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 56

2. Sexo: M

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: español

5. Otras lenguas habladas: valenciano

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja? Técnico auxiliar de enfermería – planta de cirugía

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes? Españoles

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

Rumanos y marroquíes

Cuatro o cinco pacientes en una planta de treinta camas

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación										x

Turnos de palabra						x				
Visión del mundo					x					
Concepto de salud								x		
Religión									x	
Influencia de la familia/ pareja								x		
Gestos o miradas										x
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

No es muy difícil a veces con gestos es suficiente, depende de la gravedad.

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

Sí

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

Sí, el dolor es fácil de entender

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

Con los gestos, se sabe que no te entiende. Sí los problemas son diferentes.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

Con el emigrante se llama a un intérprete y con el español los problemas no son de comunicación

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma										x
Tecnicismos										x
Cultura						x				
Ambiente en la consulta						x				
Nivel educativo diferente					x					
Nivel económico diferente					x					
Falta de confianza						x				
Falta de tiempo										x
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma	x									
Tecnicismos	x									
Cultura			x							
Ambiente en la consulta			x							
Nivel educativo diferente			x							
Nivel económico diferente				x						

Falta de confianza				x						
Falta de tiempo										x
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Sí, recuerdo a un paciente marroquí que para insultar a mi compañera y a mí nos llamó “rumanas”

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

En mi planta somos muy profesionales y humanos en el trato, con todos los pacientes por igual.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Sí es muy importante para que no se produzcan malentendidos.

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Lo primero es ofrecer confianza al paciente

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

No pero siempre es bueno aprender cosas buenas

22. Algo más que quiera añadir.

SUJETO 9: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad:31

2. Sexo: Mujer

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: Española

5. Otras lenguas habladas:

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja? Enfermera. Unidad medicina interna.

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes? Españoles

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

5-10 % Africanos/Marroquíes

9.¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación						x				
Turnos de palabra					x					
Visión del mundo							x			
Concepto de salud							x			
Religión										x
Influencia de la familia/ pareja								x		
Gestos o miradas					x					
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

Normalmente en inglés y gestos

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

No, a través de gestos y localizaciones

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

No al 100 %, se dejan aspectos sin tocar por mal entendimiento

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

Es difícil de detectar, intentamos recalcar la información de varias maneras y reforzarla cada vez que entramos en la habitación.

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

Explicarle de distintas maneras y distintos puntos.

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma					x					
Tecnicismos						x				
Cultura							x			
Ambiente en la consulta					x					
Nivel educativo diferente				x						
Nivel económico diferente		x								
Falta de confianza					x					

Falta de tiempo							x			
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma					x					
T tecnicismos						x				
Cultura										
Ambiente en la consulta					x					
Nivel educativo diferente					x					
Nivel económico diferente					x					
Falta de confianza						x				
Falta de tiempo					x					
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Marroquí

Como explicarle que no debe tomar sal y tomarse su medicación hipertensiva

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Tener más paciencia, pero no hay tiempo real para dedicarles.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Sí, porque nos asegura la continuidad de información y entendimiento

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

Paciente, no tener prejuicios, ser empático.

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación? Sí

22. Algo más que quiera añadir.

SUJETO 10: ENCUESTA (PARA PERSONAL SANITARIO)

Por favor, conteste a todas las preguntas para ayudarme a hacer un estudio que pueda servir para mejorar la atención sanitaria a pacientes africanos francófonos en España. La encuesta es totalmente anónima, no hay respuesta correcta ni incorrecta así que, responda sinceramente sin temor a equivocarse.

1. Edad: 30

2. Sexo: Femenino

3. País de nacimiento (si no es España, ¿cuántos años lleva en España?): España

4. Lengua materna: Castellano

5. Otras lenguas habladas: Inglés, italiano

6. ¿Cuál es su profesión y en qué unidad o servicio trabaja?

Médico - Medicina Interna

7. ¿De qué nacionalidad o grupo étnico suelen ser sus pacientes?

Latinoamericanos y europeos.

8. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes tiene, aproximadamente? ¿Qué nacionalidad o grupo étnico predomina entre sus pacientes inmigrantes?

Subsaharianos y latinos

9. ¿Qué aspectos de la cultura afectan más al intercambio comunicativo entre los interlocutores? Puntúelos del 1 al 10 siendo el 10 la máxima puntuación.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alimentación					x					
Turnos de						x				

palabra										
Visión del mundo								x		
Concepto de salud										x
Religión									x	
Influencia de la familia/ pareja								x		
Gestos o miradas								x		
Otros (¿cuál?) _____ _____										

10. Cuando acuden pacientes inmigrantes que no hablan bien español, ¿cómo se desarrolla la comunicación?

Chapurreo de otros idiomas, generalmente inglés. Aunque la mayoría de veces vienen acompañados de un intérprete.

11. ¿Ha trabajado alguna vez con un intérprete profesional en su lugar de trabajo? Si la respuesta es no, ¿qué ha hecho para entender y hacerse entender?

Sí.

12. ¿Cree que es posible entenderse en la consulta con el lenguaje no verbal (gestos, etc.)? ¿Por qué?

No. Tratamientos, posologías y demás información detallada no es posible transmitirse de forma adecuada y con mensaje claro.

13. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los detecta? ¿Y con el paciente español? ¿Son diferentes estos problemas con unos y otros?

Se le intenta explicar el mensaje y posteriormente intentar que el paciente lo repita.

Generalmente los problemas son los mismos. Barreras sociales, religiosas, ideológicas...

14. Si hay problemas de comunicación con el paciente inmigrante, ¿cómo los soluciona? ¿Y con el paciente español?

Intérprete si no es el idioma. Si es el idioma común, empleando términos sencillos y coloquiales, con ejemplos de la vida cotidiana en forma de comparativa.

15. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente inmigrante**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma									x	
Tecnicismos										x
Cultura								x		
Ambiente en la consulta									x	
Nivel educativo diferente							x			
Nivel económico diferente					x					
Falta de confianza									x	
Falta de tiempo									x	
Otros (¿cuál?)										

16. Puntúe la importancia de las siguientes opciones del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cuanto a su influencia en que exista o no una buena comunicación entre **usted** y el **paciente español**:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idioma				x						
Tecnicismos									x	
Cultura								x		
Ambiente en la consulta							x			
Nivel educativo diferente					x					
Nivel económico diferente					x					

Falta de confianza								X		
Falta de tiempo									X	
Otros (¿cuál?)										

17. ¿Puede recordar alguna situación de diferencias culturales que hayan ocurrido? ¿Recuerda su nacionalidad, religión, grupo étnico o social?

Exploración física a mujer árabe (Marruecos) en la consulta con un colega (hombre). Prefirió que lo hiciese una mujer.

18. ¿Qué estrategias cree usted que el personal sanitario debería adoptar para que no se produzcan conflictos culturales con el paciente? (por ejemplo, ser más tolerante, ser paciente, amoldarse a sus necesidades, asistir a formaciones, leer folletos culturales, etc.).

Formación, tolerancia y empatía.

19. ¿Cree que la figura del intérprete es importante para que no se produzcan malentendidos o problemas de comunicación? ¿Por qué?

Imprescindible. Hay que saber reconocer lo que uno no sabe ni conoce, y hay idiomas y culturas que desconocemos. Su entendimiento ayudaría enormemente.

20. ¿Qué actitudes y aptitudes cree que deberían primar en todo intérprete? ¿Podría ordenarlas, según la importancia, numerándolas de mayor a menor? El 1 sería la más importante.

1- Empatía.

2- Tolerancia.

3- Solidaridad.

4-Paciencia

21. ¿Ha recibido algún tipo de formación en diferencias culturales? Si no es así, ¿cree que sería útil recibir formación?

No, aunque sería muy útil.

22. Algo más que quiera añadir.

ANEXO 6: RESPUESTAS A LAS ENCUESTAS DE LOS AFRICANOS FRANCÓFONOS

SUJETO 1: ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 16
2. Sexe: Homme Femme
3. Pays de naissance : Cameroun
4. Nombre d'années en Espagne : 9 mois
5. Emploi dans le pays natal : étudiant
6. Emploi actuel : pas encore
7. Études :secondaires

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

x	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
---	-----	--------------------------	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

x	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
---	-----	--------------------------	-----

10. Votre langue maternelle est le : Bassa

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? Français, anglais.

12. Où avez-vous grandi (e) ?

<input type="checkbox"/>	zone urbaine	<input checked="" type="checkbox"/>	zone suburbaine (banlieue)	<input type="checkbox"/>	zone rurale
--------------------------	--------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): Bassa

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):Aucun en Espagne. Ma maman, ma petite soeur et mes cousins (Cameroun)

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ? :Mon oncle

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille : Je suis bien avec eux

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? Catholique

18. La religion est-elle importante pour vous ? Oui!

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, ¿quelles pratiques?

Respecter son prochain, ne jamais dire des propos mansonjères vis à vis de l'autre

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

non

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ? Non. Parce que je ne crois pas tout sa.

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	x			
Proches	x			
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	x			
Interprète/traducteur	x			

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

Surement que j'ai eu a faire ce que je ne devrais pas ou alors j'ai eu a consommer ce qu'il ne fallait pas.

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre		x
Sirop	x	
Pilule/cachet/comprimé		x
Crème	x	
Comprimé soluble		x
Sachets		x

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas

Pour vendre le sang		x	
Pour vérifier ma santé	x		
Pour réutiliser le sang après			x
Autre chose: _____ _____			x

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

non

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

Pas d'alcool, pas de drogue, être propre

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

toujours avec un medecin

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques		x			
Culturels	x				
Manque de confiance	x				

Manque de temps			x		
-----------------	--	--	---	--	--

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent	x	Toujours
--	--------	--	---------	--	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

x	Je vais tout(e) seul(e)		Avec ma famille		Avec un ami
---	-------------------------	--	-----------------	--	-------------

Pourquoi ? Tout seul, je n'ai toujours pas quelqu'un auprès de moi quand je me sens mal

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

Très bien! le meilleur que j'ai jamais avant

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

Oui! Parce qu'il prend toujours le temps de me le demander

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

Pour moi: les encouragements, le sourire, la simplicité

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Je me rappelle seulement des premiers jours en Espagne parce que je ne savais rien dire en espagnol, mais tout de suite ils ont fait appel à un traducteur.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

Je pense aussi que l'Espagne doit avoir pitié de ceux qui sont sans papier et sans carte sanitaire pour qu'ils puissent aussi avoir la santé. Merci.

SUJETO 2: ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 30

2. Sexe: Homme Femme

3. Pays de naissance : Cameroun

4. Nombre d'années en Espagne : 1 an

5. Emploi dans le pays natal : transporteur

6. Emploi actuel : pas encore

7. Études : étude primaire

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

10. Votre langue maternelle est le : Bafang

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? bafang français

12. Où avez-vous grandi (e) ? Douala Cameroun

X	zone urbaine		zone	suburbaine		zone rurale
---	--------------	--	------	------------	--	-------------

			(banlieue)		
--	--	--	------------	--	--

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): Bamiliqué

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ? : moi

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille : plein de solidarité

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? aucune

18. La religion est-elle importante pour vous ? non

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, ¿quelles pratiques?

La prière

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

Je ne croie pas

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ?

Pour rien

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	X			
Proches	X			
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	X			
Interprète/traducteur	X			

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

La négligence en moi même

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre		X
Sirop	X	
Pilule/cachet/comprimé	X	
Crème		X
Comprimé soluble	X	
Sachets		X

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang	X		
Pour vérifier ma santé		X	
Pour réutiliser le sang après	X		
Autre chose: _____ _____			X

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

oui des pratiques rituels traditionnels

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

Je fait du sport je ne boir pas je ne fume pas

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

je me soigne habituellement avec des herbes tisanes

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques					X
Culturels					X
Manque de confiance		X			
Manque de temps	X				

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent	X	Toujours
--	--------	--	---------	--	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

X	Je vais tout(e) seul(e)		Avec ma famille		Avec un ami
---	-------------------------	--	-----------------	--	-------------

Pourquoi ? je fait confiance au medecin

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Je vais aux services d'urgences quand j'ai un malaise

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

	Oui	X	Non
--	-----	---	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ? Bien

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

pour des raisons professionnel

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

Ils doivent être plus accueillant envers les patients

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Jamais eu de problème

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

PLUS DE SIX FLACONS DE SANG POUR UNE ANALYSE JE PENSE QUE C'EST TROP!!! PLUS DE DIX FOIS ENCORE LA PRISE DE SANG C'EST DE TROP!!! JE CROIE UNE ANALYSE EST SUFFISANTE POUR UN TESTE.

SUJETO 3: ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 21

2. Sexe: Homme X Femme

3. Pays de naissance : Cameroun

4. Nombre d'années en Espagne : 9 mois

5. Emploi dans le pays natal : NON

6. Emploi actuel : Aucun

7. Études :secondaire

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

	Oui	X	Non
--	-----	---	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

	Oui	X	Non
--	-----	---	-----

10. Votre langue maternelle est le : BAFANG

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? FRANÇAIS; ANGLAIS; IMPEU ARABE; IMPEU ESPAGNOLE;

12. Où avez-vous grandi (e) ?

X	zone urbaine		zone suburbaine (banlieue)		zone rurale
---	--------------	--	----------------------------	--	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): BAMILEKÉ

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):Membres de la famille

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ? :Le père ou les deux parents

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille : sacrée; très respectueux

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? Catholique

18. La religion est-elle importante pour vous ? Je pense que oui

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, ¿quelles pratiques?

parfois oui; parfois non

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

Non.

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ?

parfois mais juste comme bracelets

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	X			
Proches	X			
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	X			
Interprète/traducteur	X			

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

c'est juste par negligence et par la volonté de dieux

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre		X
Sirop	X	
Pilule/cachet/comprimé		X
Crème	X	
Comprimé soluble	X	
Sachets	X	

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang		X	
Pour vérifier ma santé	X		
Pour réutiliser le sang après			X
Autre chose: _____ _____			

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

oui, ma mère me donne du jus d'aloë vera quand j'ai mal au ventre

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

Faire du sport, je suis hygienique; je fais attention à mon alimentation

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

Tisanes, aliments, les médicaments du docteur

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

parfois

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques		X			
Culturels			X		
Manque de confiance	X				
Manque de temps	X				

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent	X	Toujours
--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

X	Je vais tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>	Avec ma famille	<input type="checkbox"/>	Avec un ami
---	-------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------

Pourquoi ? pasque il ya un interprète à l'hôpital

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?
quand j'ai un mal tres grave que je ne peux pas controler qui m'arrive subitement

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

	Oui	X	Non
--	-----	---	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

Je pense que le systeme est un peu lent mais le travail est efficace

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

oui, pour bien me connaitre

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

Être bien accueillante, ecouté le patient, recevoir vite le patient ne pas faire attendre plus longtemps le patients

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

La fois dernière le médecin ma prescrire un medicament, elle ne ma pas bien explique coment le prendre, je l'est mal pris j'étais obliger de venir ici pour bien me renseigner comment le prendre, par contre si le traducteur étai là ce problème n'allais pas arrive au fais elle ma expliqué et j'ai pas bien compris

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

- Je pense que les medécin devraient recevoir vite les patients

- Je pense qu'il faut faire en sorte que toute le monde en Espagne puissent avoir un carnet de santé

- Je pense que tous le monde a droit a la sante. Il n'ya pas seulement une cathégorie de personne qui on droit a la santé donc j'aimerais que l'hospitale délibre a toutes les patients une carte de santé Merci

SUJETO 4:ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 47

2. Sexe: **Homme** Femme

3. Pays de naissance : Sénégal

4. Nombre d'années en Espagne : 8 ans

5. Emploi dans le pays natal : Administratif

6. Emploi actuel : Médiateur, traducteur/interprète et technicien de projets

7. Études : Post Universitaire

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

<input type="checkbox"/>	<u>Oui</u>	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	-------------------	--------------------------	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

<input type="checkbox"/>	<u>Oui</u>	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	-------------------	--------------------------	-----

10. Votre langue maternelle est le : Wolof

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? Serere, français, espagnol

12. Où avez-vous grandi (e) ?

<input type="checkbox"/>	<u>zone urbaine</u>	<input type="checkbox"/>	zone	suburbaine	<input type="checkbox"/>	zone rurale
--------------------------	----------------------------	--------------------------	------	------------	--------------------------	-------------

			(banlieue)		
--	--	--	------------	--	--

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): Los wolof

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...): mes enfants, ma femme, mes frères et sœurs et mes amis

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ? Notre frère aîné

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille : J'ai une relation très étroite avec ma famille, nous discutons de toutes les décisions importantes qui touchent la famille.

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? Oui, je suis musulman pratiquant.

18. La religion est-elle importante pour vous ? Très importante, source d'inspiration, de régulation, d'orientation et de refuges face aux aléas de la vie

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, lesquelles? Ma religion me recommande cinq pratiques fondamentales, prier cinq fois dans la journée que je fais, faire le ramadan, faire une oraison sur le Prophète Mahomet, donner l'aumône tous ça je les fais et partir une fois à la Mecque dans ma vie, je ne l'ai pas encore fait par ce que je ne dispose pas pour l'instant les moyens.

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple. Si que je crois à la protection des objets, par exemple on ne peut pas prier avec des habits souillés de sperme pour les hommes ou du sang de menstruation dans le cas des femmes.

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ? Si, j'en porte pour la bonne et simple raison qu'ils (les objets et amulettes) des pouvoirs de protection, d'orientation, de faire venir la chance et d'éloigner les esprits maléfiques.

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	X			
Proches	X			
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	X			
Interprète/traducteur	X			

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

La cause peut être d'origine divers, infection microbienne, de bactéries ou mal de regard ou prendre vent mauvais.

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre	X	
Sirop	X	
Pilule/cachet/comprimé	X	
Crème	X	
Comprimé soluble	X	
Sachets	X	

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang		X	
Pour vérifier ma santé	X		
Pour réutiliser le sang après		X	
Autre chose: _____ _____			X

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples. Si, on utilise des racines, feuilles et écorces d'arbres trituré comme poudre qu'on utilise.

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.) Je fais beaucoup de sport, j'essaie d'être heureux dans la vie

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.) Non maintenant je pars voir un médecin de famille, je suis là depuis 8 ans, j'ai perdu certain reflex et habitude.

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

	Oui		<u>Non</u>
--	-----	--	-------------------

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques	X				
Culturels		X			
Manque de confiance	X				
Manque de temps		X			

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent		<u>Toujours</u>
--	--------	--	---------	--	---------	--	------------------------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

	<u>Je vais tout(e) seul(e)</u>		Avec ma famille		Avec un ami
--	---------------------------------------	--	-----------------	--	-------------

Pourquoi ?

Parce que maintenant je n'est plus besoin de personnes

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

	Oui		<u>Non</u>
--	-----	--	------------

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

	<u>Oui</u>		Non
--	------------	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Quant je suis malade et que je ne dispose pas d'autre solution pour me faire traiter-

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

	<u>Oui</u>		Non
--	------------	--	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ? C'est bien structuré avec de vrais professionnels auxquels tu peux avoir confiance, je crois que le rôle de traducteur interprète doit être plus étendu dans tous les centres hospitalier.

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

Des fois si, mais dans sa grande majorité non, pas pour discrimination, mais par ce que c'est méconnu para eux.

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

Qu'ils bénéficient de services de traducteurs, médiateurs et interprète pour surmonter les barrières linguistiques, culturelles, religieuses, sociales etc....

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Je n'ai jamais vécu de cas spécifiques avec eux

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

SUJETO 5:ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme,

il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 26
2. Sexe: Homme
3. Pays de naissance : Sénégal
4. Nombre d'années en Espagne : 1,5
5. Emploi dans le pays natal : vendeur
6. Emploi actuel : aucun
7. Études : secondaire
8. Pouvez-vous parler Espagnol?

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

10. Votre langue maternelle est le : wolof
11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? français, anglais, un peu d'espagnol
12. Où avez-vous grandi (e) ?

x	zone urbaine		zone suburbaine (banlieue)		zone rurale
---	--------------	--	-------------------------------	--	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): wolof
14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):
ma mère et mes frères et sœurs (à Sénégal) et mes amis en Espagne
15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ? : mon oncle
16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille :
Je les aime beaucoup mais je les vois pas parce que je suis ici.
17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? Je suis musulman

18. La religion est-elle importante pour vous ? Oui, très importante.

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, lesquelles pratiques?

Oui, j'essaie de suivre tout ce que le Coran dit.

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

Oui

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ?

Je porte des amulettes qui ont pour moi de valeur sentimentale comme, par exemple, un bracelet que ma mère m'a offert quand j'ai quitté mon pays.

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	X			
Proches	X			
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	X			
Interprète/traducteur	X			

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

Je pense que c'est Dieu qui l'envoies.

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre		X
Sirop	X	
Pilule/cachet/comprimé		X
Crème	X	
Comprimé soluble		X

Sachets		X
---------	--	---

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang			X
Pour vérifier ma santé	X		
Pour réutiliser le sang après	X		
Autre chose: _____ _____			X

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

Oui, chez moi on utilise des feuilles pour des différents douleurs.

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

Respecter le Coran: essayer de faire le bien, ne pas boire, ne pas fumer, etc.

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

Avec des remèdes naturels comme les herbes d'abord et sinon avec les médicaments prescrits par le médecin.

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques		X			
Culturels			X		
Manque de confiance	X				
Manque de temps			X		

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent	X	Toujours
--	--------	--	---------	--	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

X	Je vais tout(e) seul(e)		Avec ma famille		Avec un ami
---	-------------------------	--	-----------------	--	-------------

Pourquoi ?

parce qu'il y a un interprète à l'hôpital

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Je ne suis pas allé aux urgences mais je pense que j'irais si j'étais très malade.

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

	Oui	X	Non
--	-----	---	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

Je pense que c'est un système très bon mais je pense qu'il y a beaucoup de médecins différents et qu'on donne rendez-vous très tard.

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

Je crois qu'il ne connaissent pas ma culture et c'est pour ça qu'ils ne la prennent pas en compte mais ils sont sympas.

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

Qu'ils sachent qu'il y a d'autres avis et qui expliquent mieux les maladies.

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Normalement il n'y a pas de problème parce qu'un interprète traduit mais une fois j'ai eu rendez-vous vendredi et je suis arrivé en retard parce que j'étais allé à la mosquée. À ces heures-là il n'y avait pas d'interprète mais j'ai dit au médecin que j'étais à la mosquée et il n'a pas été gentil avec moi.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

SUJETO 6:ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 54

2. Sexe: Homme si Femme

3. Pays de naissance : Guinée-Conakry

4. Nombre d'années en Espagne :26

5. Emploi dans le pays natal : Etudiant

6. Emploi actuel : Sans

7. Études :Bacc

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

10. Votre langue maternelle est le : Fula-Sosoe

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? Bamabara, français, espagnol

12. Où avez-vous grandi (e) ?

x	zone urbaine		zone (banlieue)	suburbaine		zone rurale
---	--------------	--	--------------------	------------	--	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): Songhoï

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):

La famille et quelques amis

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ? : Les aînés

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille : Normale

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? Musulmane

18. La religion est-elle importante pour vous ? Oui

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, lesquelles?

Quand je peux

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

La religion musulmane wahabite interdit les gris-gris mais une chemise par exemple a une valeur entre nostalgie, bonne chance, bon comportement etc...

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ? Non

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille				
Proches				
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)				
Interprète/traducteur				

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

Les Docteurs me disent toujours la cause ou les causes....

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre		
Sirop		
Pilule/cachet/comprimé		
Crème		
Comprimé soluble		
Sachets		

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang			
Pour vérifier ma santé	x		
Pour réutiliser le sang après			
Autre chose: _____ _____			

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

Ma mère a trop peur des maladies c'est pour cela quelle est toujours en train de laver et faire laver....

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.): Le sport.....

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.): Non

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques					
Culturels					
Manque de confiance					
Manque de temps					

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

x	Jamais		Parfois		Souvent		Toujours
---	--------	--	---------	--	---------	--	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

x	Je vais tout(e) seul(e)		Avec ma famille		Avec un ami
---	-------------------------	--	-----------------	--	-------------

Pourquoi ? Il ya pas d'autres explications moins que je me trouve à l'étranger

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Quand je me sens obligé d'aller pour la fièvre ou une grande douleur

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

Excellente

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

Oui

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé ?

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Je suis confus quand un médecin me dit une chose et l'autre le contraire mais en fin de compte on arrive à s'entendre car les médecins en général expliquent très bien pour se faire comprendre à un non entendu dans la matière.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

SUJETO 7:ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 22ans

2. Sexe: Homme Femme

3. Pays de naissance : Senegal

4. Nombre d'années en Espagne : 6 ans

5. Emploi dans le pays natal : Etudiant

6. Emploi actuel : Technicien

7. Études : Instalation de radio-comunicacion

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

10. Votre langue maternelle est le : Le Wolof .

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? Le français, l'espagnol et un peu d'anglais.

12. Où avez-vous grandi (e) ?

	zone urbaine		zone suburbaine (banlieue)	X	zone rurale
--	--------------	--	-------------------------------	---	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez):

Le toucouleur mais j'en ai aucune connaissance de son pratique.

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):

En premier lieu ma famille apres les amis.

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ?:

On le discute en famille mais la majeur partie mes parents.

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille :

Simplement bonne, especial, beaucoup d'amour; pour dire vrai ils ont ma raison de vivre.

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ?

Oui; l'islam.

18. La religion est-elle importante pour vous ?

Oui; elle est aussi important comme ma famille.

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, ¿quelles pratiques?

Oui; les prières, le jeûne et donner des étrennes parfois.

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple?

Je crois à la protection divine, non à des objets.

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ? Non.

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	X			X
Proches	X			X
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	X			X
Interprète/traducteur		X		X

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

Ben ça dépend mais les maux font partie de la vie.

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre	X	
Sirop	X	
Pilule/cachet/comprimé	X	
Crème	X	
Comprimé soluble		X
Sachets		X

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas

Pour vendre le sang		X	
Pour vérifier ma santé	X		
Pour réutiliser le sang après	X		
Autre chose: _____ _____			X

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

Oui on utilise certains herbes.

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

Faire du sport, etre en famille ou avec les amis.

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

Je vais a l'hopital et j'utilise les medicaments prescrits par le docteur sans oublier le mode traditionnel (herbes).

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques			X		
Culturels	X				
Manque de confiance		X			

Manque de temps		X			
-----------------	--	---	--	--	--

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent	X	Toujours
--	--------	--	---------	--	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

X	Je vais tout(e) seul(e)		Avec ma famille		Avec un ami
---	-------------------------	--	-----------------	--	-------------

Pourquoi ?

Parfois je vois pas la nécessité d'être accompagné.

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Parfois; seulement quand je me sens très mal de le normal.

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

X	Oui		Non
---	-----	--	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

Notable si ta la residente.

Mediocre quand tu ne la pas.

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

Oui; je crois pour socialiser et de s'ouvrir à d'autre mode de vie (culture).

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

Essayer d'approximer les rendez-vous surtout dans le cas d'une "radiographie".

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Ben pour dire vrai seulement ça ma passais au cour de ma premiere annee, c'etait dure pour moi de s'expliquer et les gens de me comprendre mais a l'aide de la langues des gestes; ils finisent par comprendre.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

Mon pays me manque beaucoup mais ici j ai de bons amis et beaucoup de chose pour decouvrir.

SUJETO 8:ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 23

2. Sexe: **Homme** Femme

3. Pays de naissance : Sénégal

4. Nombre d'années en Espagne : 5 ans

5. Emploi dans le pays natal : Étudiant

6. Emploi actuel :Mécanique

7. Études : 3° lycée

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

10. Votre langue maternelle est le : wolof

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? Si, espagnol, français, wolof, un peu d'anglais

12. Où avez-vous grandi (e) ?

	zone urbaine	x	zone	suburbaine		zone rurale
--	--------------	---	------	------------	--	-------------

			(banlieue)		
--	--	--	------------	--	--

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): Si, serere

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):

Ma famille

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ? :Mes parents

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille :

Je comporte très bien avec ma famille

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? Si, musulman

18. La religion est-elle importante pour vous ? Oui, bien sûr

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, lesquelles?

Si, faire la prière de la journée, etc.

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

Si, le coran

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ?

Si, parce que represente beaucoup pour moi, il me transmet toujours un amour eternelle quand je le vois vers lui

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	X			
Proches	X			
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	X			
Interprète/traducteur	X			

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

Mais sa dépend.

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre		X
Sirop	X	
Pilule/cachet/comprimé		X
Crème	X	
Comprimé soluble		X
Sachets	X	

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang			x
Pour vérifier ma santé	X		
Pour réutiliser le sang après			X
Autre chose: _____ _____			

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples. No

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

Avoir de bonne hygiène, etc.

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

certaines arbres

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques					
Culturels		x			
Manque de confiance					
Manque de temps					

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent	x	Toujours
--	--------	--	---------	--	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

	Je vais tout(e) seul(e)	x	Avec ma famille		Avec un ami
--	-------------------------	---	-----------------	--	-------------

Pourquoi ? pour qu'il sache que c'est ce qui se passe réellement.

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Quand la douleur augmente

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

pour moi, le système sanitaire espagnol est parfaite.

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

no, parce que de fois les medecins nous ne comprennent bien.

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

bon, je pense que ils vous les informer comment vivent les étrangers pour qu'ils comprennent bien.

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

bon, ils doivent nous mener interpretes o qu'ils apprennent à apprendre d'autre langue.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

SUJETO 9: ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 27

2. Sexe: Homme **Femme**

3. Pays de naissance : Sénégal

4. Nombre d'années en Espagne : 2 ans

5. Emploi dans le pays natal : Salon de coiffure

6. Emploi actuel : Prostituée

7. Études : Médios

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

10. Votre langue maternelle est le : français

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? oui - wolof

12. Où avez-vous grandi (e) ?

x	zone urbaine		zone (banlieue)	suburbaine		zone rurale
---	--------------	--	--------------------	------------	--	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): Ethnique wolof

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):Amis

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ?:

Des décisions importantes prend mon père dans ma famille

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille :

La relation est très bonne surtout avec ma mère, mon père non pas tant parce qu'il est très autoritaire.

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ?

Oui, la religion musulmane.

18. La religion est-elle importante pour vous ?

Oui, parce que nous intégrées au groupe social étant si loin de notre pays.

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, ¿quelles pratiques?

Oui, les prières quotidiennes, le Ramadan.

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

Non

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ?Pas

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	Oui			
Proches	Pas	Oui		
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	Si ce sont des femmes, oui			
Interprète/traducteur	Oui			

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

Qui auraient à déterminer ce que le personnel de santé.

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre	x	
Sirop	x	
Pilule/cachet/comprimé	x	
Crème	x	
Comprimé soluble	x	
Sachets	x	

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang		x	
Pour vérifier ma santé	x		
Pour réutiliser le sang après		x	
Autre chose: _____ _____			

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

Oui, vous pratiquez l'hygiène personnelle et une alimentation équilibrée possible.

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

sport, ne pas fumer, manger sainement, ne pas boire d'alcool.

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)

sport, alimentation saine et thés.

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques					x
Culturels	-	-	-	-	-
Manque de confiance		x			
Manque de temps					x

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent	x	Toujours
--	--------	--	---------	--	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

	Je vais tout(e) seul(e)		Avec ma famille	x	Avec un ami
--	-------------------------	--	-----------------	---	-------------

Pourquoi ?

Si je dois attendre et que je ne comprends pas quelque chose

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non
--	-----	-------------------------------------	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

<input checked="" type="checkbox"/>	Oui		Non
-------------------------------------	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Quand je me sens très mal avec fièvre ou de grippe forte

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non
--	-----	-------------------------------------	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

Je suis donc sans papiers n'ont aucun assurance médicale.

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

Dans la salle d'urgence non pas parce que l'attention est très rapide.

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé?

Le problème n'est pas du personnel médical, le problème est qu'il n'y a aucun traducteurs interprètes au moins à l'hospital où je suis tellement aller m'accompagnent par quelqu'un qui est bien avec le espagnols.

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

A eu peu de temps en Espagne et a dû aller à la salle d'urgence, je ne conduisait pas en espagnol et m'ont pas qui j'accompagne et comme le personnel de la fenêtre, que je pouvoir pas, j'ai appeler un ami si ils parlaient espagnol et je voudrais l'onglet revenue donc et parler avec le médecin et l'infirmière.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

Ce serait bien si vous pourriez m'aider dans un déambulatoire et mieux sa est a comme un traducteur-interprète.

SUJETO 10: ENQUÊTE POUR DES PERSONNES AFRICAINES FRANCOPHONES

Merci de bien remplir toutes les questions pour m'aider à faire une étude qui puisse servir à améliorer la prise en charge sanitaire des patients africains francophones en Espagne. C'est totalement anonyme, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte donc, veuillez répondre sincèrement sans avoir peur de vous tromper.

1. Âge: 30 ans

2. Sexe: Homme Femme

3. Pays de naissance : Sénégal

4. Nombre d'années en Espagne : 6 ans

5. Emploi dans le pays natal : Receptionniste

6. Emploi actuel : Serveuse

7. Études :Formation professionnelle

8. Pouvez-vous parler Espagnol?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

9. Pouvez-vous comprendre l'Espagnol ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

10. Votre langue maternelle est le : Français

11. Parlez-vous d'autres langues ? Lesquelles ? Oui, wolof

12. Où avez-vous grandi (e) ?

x	zone urbaine		zone (banlieue)	suburbaine		zone rurale
---	--------------	--	--------------------	------------	--	-------------

13. Quelle est votre appartenance ethnique ? (Si vous en avez): Ethnique wolof

14. Qui sont vos proches principaux ? (membres de la famille, amis, autres...):

Mes amis avec qui je vis

15. Qui prend les décisions majeures dans la famille ?:

Je suis un orphelin de très petites donc est toujours et à mes décisions

16. Décrivez brièvement la relation avec votre famille : Il y avait, j'ai grandi dans un orphelinat

17. Pratiquez-vous de religion ? Laquelle ? Non

18. La religion est-elle importante pour vous ? Non

19. Suivez-vous les pratiques religieuses de votre confession? Si oui, lesquelles pratiques?

Ne suivez pas toute pratique religieuse puisque je suis athée

20. Vous croyez dans la protection des objets religieux/culturels ? Si oui, mettez un exemple.

Non, je ne crois pas en ces choses.

21. Vous portez des objets religieux/culturels (des amulettes) sur vous ou dans votre chambre ? Pourquoi ? Non, aucun.

22. Par rapport au contact visuel, selon avec qui vous êtes, vous préférez (vous pouvez ajouter des précisions) :

	Contact visuel direct	contact visuel périphérique	Aucun contact visuel	Possibles commentaires
Famille	-	-	-	-
Proches	x			
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.)	x			
Interprète/traducteur				

23. Si vous avez une maladie, selon vous, quelle serait la cause de ce problème ?

Faibles defenses, quelque chose que comi m'assis mai ou jaatrappet quelque chose ou quelqu'un.

24. Quel type de traitement préférez-vous recevoir ?

	Oui	Non
Collyre	X	
Sirop	X	
Pilule/cachet/comprimé	X	
Crème	X	
Comprimé soluble	X	
Sachets	X	

25. Pourquoi pensez-vous qu'on retire tant de flacons de sang au moment des analyses de sang?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Pour vendre le sang	-	-	-
Pour vérifier ma santé	X		
Pour réutiliser le sang après	-	-	-
Autre chose: _____ _____	-	-	-

26. Avez-vous des croyances ou des pratiques dans votre famille en matière de santé ou de maladie ? Si oui, mettez des exemples.

Quotidiennement de toilettage et d'hygiène lors de la préparation des aliments.

27. Quelles sont les choses les plus importantes que vous faites pour être en bonne santé ? (par exemple: ne pas fumer, faire du sport, etc.)

Essayez de bien manger, ne pas fumer, ne pas boire de alcool et des sports.

28. Comment vous soignez-vous habituellement ? (tisanes, herbes, aliments, objets guérisseurs comme les bracelets en cuivre, etc.)Ben manger et faire du sport

30. Quand vous allez chez le médecin, normalement :

- Il y a des problèmes de communication entre vous.

	Oui	X	Non
--	-----	---	-----

- Pourquoi ressentez-vous qu'il y a des malentendus ?

- Les problèmes, ils sont de quel type?

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Toujours
Linguistiques					x
Culturels	-	-	-	-	-
Manque de confiance	-	-	-	-	-
Manque de temps	-	-	-	-	-

- Si vous n'avez pas compris ce que le personnel de santé a dit, vous lui posez des questions?

	Jamais		Parfois		Souvent	x	Toujours
--	--------	--	---------	--	---------	---	----------

31. Normalement, vous allez chez le médecin avec :

	Je vais tout(e) seul(e)		Avec ma famille	x	Avec un ami
--	-------------------------	--	-----------------	---	-------------

Pourquoi ? Avant quand il ne parlait pas la langue j'ai accompagné par un ami que si vous l'avez compris je suis maintenant célibataire.

32. Avez-vous bénéficié des services d'un interprète/traducteur ?

	Oui	x	Non
--	-----	---	-----

33. Si vous n'avez jamais eu d'interprète, vous pensez que ça serait utile pour résoudre les problèmes de communication ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

34. Vous allez aux services d'urgences de l'hôpital ? Dans quelles circonstances ?

Que si je me sens très mal.

35. Avez-vous, en Espagne, un médecin de la sécurité sociale ?

x	Oui		Non
---	-----	--	-----

36. Qu'est-ce que vous pensez du système sanitaire espagnol ?

Que le système de santé est très bon.

37. Pensez-vous que le personnel de santé prend en compte votre culture ? Pourquoi ?

Je suppose qu'oui, si vous êtes gentil et me traitez bien.

38. Quelles conditions ou attitudes seraient les plus appropriées de la part des médecins, infirmiers, etc. pour que tout se passe bien à l'hôpital ou centre de santé ?

Les médecins et les infirmières toujours m'ont traité bien donc si vous manquerez en services de santé des traducteurs pour accélérer les soins et la relation médecin-patient.

39. Essayez de vous souvenir d'un problème de communication entre vous et le personnel sanitaire et décrivez-le.

Jamais et eu des problèmes parce que lorsqu'il ne comprenait pas l'espagnol m'accompagné par une personne si il vers.

40. D'autre chose que vous voulez ajouter :

Si il serait optimale dans les services de santé à une personne qui s'occupait de notre langue pour rendre les soins plus rapides.