



Universidad
de Alcalá

SIMBIOSIS ENTRE LA ASISTENCIA ASISTIDA EN EL TERCER SECTOR Y LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

a la Universidad en el área de Intercultural,
Asistencia Social y Servicios de Asistencia Social

Presentado por:
5ª BEATRIZ TORROBA I 9wb#b

Dirigido por:
5ª ANA ISABEL LABRA

! 1ª de Henares, a 1 de junio de 2015

Índice

1 Resumen (español - francés)	3
2 Contenido	5
2.1 Introducción: la Reproducción Asistida en España	5
2.1.1 Breve historia de la RA	5
2.1.2 Causas de la creciente demanda de RA.....	5
2.1.3 Marco legal en España	7
2.1.4 Causas de la demanda internacional.....	9
2.2 Marco teórico	10
2.2.1 Triangulo comunicativo	10
2.2.2 Enriquecimiento médico y científico.	11
2.2.3 Superación de las fronteras lingüísticas y culturales. Mediación. Revisión del código deontológico y necesidad de especialización.....	13
2.2.4 Transformación social	13
3 Muestra de datos y método	14
4 Análisis y resultados	14
4.1 Análisis y resultados del cuestionario realizado al personal sanitario (equipo médico y de biólogos)	14
4.1.1 Experiencia del personal sanitario en RA	14
4.1.2 Experiencia del personal sanitario con el servicio de traducción e interpretación (T&I).....	15
4.1.3 Nuevos modelos familiares	16
4.1.4 Influencia de pacientes extranjeros	16
4.1.5 Disposición a trabajo exclusivo con extranjeros	18
4.1.6 Medidas “extramédicas”	18
4.1.7 Conocimiento de la carrera universitaria de la intérprete.....	21
4.1.8 Intérprete como profesional de comunicación	22
4.1.9 Necesidad de especialización en el ámbito sanitario.....	23
4.1.10 Necesidad de formación en medicina y biología	23
4.1.11 Necesidad de formación de colaboración con intérpretes	24
4.1.12 Disposición para aprender lenguas.....	25
4.1.13 Pérdida por el uso del intérprete.....	26
4.1.14 Ganancia por el uso del intérprete.....	29
4.1.15 Actitud hacia la interpretación automática	31
4.1.16 Complejidad de la comunicación con colectivos diferentes	32
4.1.17 Complejidad de la comunicación con ciertos colectivos.....	33

4.2 Conclusiones de los resultados obtenidos del personal sanitario	35
4.3 Análisis y resultados del cuestionario realizado al equipo de intérpretes.....	36
4.3.1 Experiencia de los intérpretes en RA	36
4.3.2 Conocimiento de la demanda de interpretación en contextos sanitarios.....	36
4.3.3 Necesidad de especialización	37
4.3.4 RA como campo de desarrollo	38
4.3.5 Visibilidad del intérprete por RA	39
4.3.6 Nuevos modelos familiares	40
4.3.7 Código ético de neutralidad, integralidad y confidencialidad.....	41
4.3.8 Aplicabilidad del código ético.....	42
4.3.9 Pautas y directrices existentes para interpretaciones con extranjeros	43
4.3.10 Tipos de problemas	44
4.3.11 Pautas para el personal sanitario	45
4.3.12 Necesidad de formación pro parte del acto comunicativo	46
4.3.13 Puntos para trabajar	47
4.4 Conclusiones de los resultados del equipo de intérpretes	48
4.5 Obstáculos y mejoras	49
4.5.1 Obstáculos	49
4.5.1.1 Jerárquicos.....	49
4.5.1.2 Lingüísticos	51
4.5.1.3 Culturales	53
4.5.2 Mejoras.....	56
4.5.2.1 Formación del personal sanitario a las intérpretes.	56
4.5.2.2 Formación de las intérpretes al personal sanitario	60
4.5.2.3 Autoformación de las intérpretes.	66
5 Conclusión.....	69
6 Bibliografía	72
7 Índice de tablas.....	74
8 Índice de gráficos.....	74
9 Anexos	75
9.1 Anexo 1: Cuestionarios	75
9.1.1 Cuestionario para el personal sanitario	75
9.1.2 Cuestionario para las intérpretes	80
9.2 Anexo 2: Resumen bilingüe para base de datos	83
9.3 Anexo 3: Formula de autorización para la inclusión del trabajo de fin de master en el archivo abierto institucional e-BUAH de la Universidad de Alcalá.....	85

1 Resumen (español - francés)

La Reproducción Asistida (de aquí en adelante, RA) ha experimentado un auge importante también gracias a la llegada de pacientes extranjeros no hispanohablantes que vienen a España atraídos por una ley más permisiva.

El objetivo central de este estudio es demostrar la simbiosis cada vez más definida entre la RA y los intérpretes. La premisa que planteo es que la sociedad está modificando su percepción y realidad respecto a los nuevos modelos familiares y a las fronteras lingüístico-culturales gracias a la RA y a sus servicios de interpretación. Ambos campos de trabajo se enriquecen el uno al otro participando juntos de este singular cambio social.

El estudio se ha realizado a través de cuestionarios al personal sanitario y los intérpretes en la clínica Ginefiv en Madrid con respecto a los pacientes francófonos.

Para ello, se han analizado varios aspectos:

- el marco legal de la RA en España y países vecinos;
- desde un punto de vista teórico, el triángulo comunicativo (personal sanitario, pacientes e intérpretes) y el código deontológico;
- desde un punto de vista práctico, el análisis de los resultados de los cuestionarios.

Las conclusiones extraídas indican que las mejoras respecto al personal sanitario deben ir orientadas a flexibilizar la estructura jerárquica, permitiendo así nuevos elementos que mejoren la calidad del servicio al paciente y a la formación.

Y las de los intérpretes deben orientarse hacia la especialización sanitaria y la revisión del código deontológico, adaptando los límites éticos del intérprete a este particular contexto.

Los resultados confirman que esta innovadora y cada vez más habitual relación entre la RA y los intérpretes es solo el inicio de un cambio más importante que podrá desarrollar su potencial superando los obstáculos existentes, previendo los futuros y fomentando las mejoras que faciliten el crecimiento y desarrollo profesional.

Palabras clave: interpretación, interculturalidad, aspectos culturales y mediación, papel del traductor-intérprete.

La Reproduction Assistée (ci-après dénommée RA) a connu un essor important aussi grâce à l'arrivée des patients étrangers ne parlant pas l'espagnol qui viennent en Espagne attirés par une loi plus permissive.

L'objectif central de cette étude est de démontrer la symbiose de plus en plus définie entre la RA et les interprètes. La prémisse que j'envisage est que la société est en train de modifier sa perception et sa réalité par rapport aux nouveaux modèles familiaux et aux frontières linguistiques et culturelles grâce à la RA et ses services d'interprétariat. Les deux champs de travail s'enrichissent l'un l'autre en participant ensemble de ce singulier changement social.

L'étude a été réalisée à travers des questionnaires fournis au personnel de santé et aux interprètes dans la clinique Ginefiv à Madrid par rapport aux patients francophones.

Pour cela, plusieurs aspects ont été analysés:

- le cadre juridique de la RA en Espagne et dans les pays proches,
- d'un point de vue théorique, le triangle communicatif (personnel de santé, patients et interprètes) et le code déontologique,
- d'un point de vue pratique, l'analyse des résultats des questionnaires.

Pour ce qui est du personnel de santé, les conclusions obtenues indiquent que les améliorations doivent être orientées vers l'assouplissement de la structure hiérarchique, permettant ainsi de nouveaux éléments pouvant améliorer la qualité du service au patient, et vers la formation.

Pour ce qui est des interprètes, les conclusions obtenues indiquent que les améliorations doivent être orientées vers la spécialisation dans le domaine de la santé et vers une révision du code déontologique, en adaptant les limites étiques de l'interprète à ce contexte particulier.

Les résultats confirment que cette innovatrice mais de plus en plus habituelle relation entre la RA et les interprètes n'est que le début d'un changement plus important qui pourra développer son potentiel en surmontant les obstacles existants, en prévoyant les obstacles à venir et en fomentant les améliorations pouvant faciliter la croissance et développement professionnel.

Mots clés: interprétariat, interculturalité, aspects culturels et médiation, rôle du traducteur-interprète.

2 Contenido

Antes de desarrollar el contenido, se va a exponer un breve panorama de la RA: en un primer momento, un mínimo recorrido histórico sobre la RA para terminar en una mayor profundización de la situación actual de la RA en España y en los países vecinos.

2.1 Introducción: la Reproducción Asistida en España

La introducción se va a desarrollar en 4 puntos:

- historia de la RA;
- causas de la creciente demanda de RA;
- marco legal en España;
- causas de la demanda internacional.

2.1.1 Breve historia de la RA

Para empezar, sería interesante aportar unos mínimos datos sobre la historia de la RA.

No es sorprendente que la preocupación por la reproducción forme parte de la historia de los seres humanos desde siempre, ya que la base del futuro como individuo y como colectivo ha sido y es tener progenie.

Para conocer la historia de la RA me he basado en el estudio de Mendiola et al.(2006). La información expuesta a continuación está basada en dicho estudio.

El primer tratado de ginecología en el que se trata el tema de la fertilidad aparece en Egipto. Y, curiosamente, en esta sociedad patriarcal ya sabían que también existía la infertilidad masculina, no solo la femenina. Es interesante mencionarlo como información de carácter histórico y porque sigue siendo a día de hoy uno de los aspectos delicados en ciertas culturas, el de la infertilidad masculina, un tema tabú que exige a las intérpretes poner en práctica sus dotes de mediador cultural.

Saltándonos un enorme tramo de la historia, llegamos a los siglos XIX y XX, en los que la investigación y la experimentación dieron importantes frutos. Por ejemplo, en el siglo XIX se hizo la primera inseminación artificial de forma oficial, aunque ya existían metodologías más artesanales en épocas anteriores.

Pero es en el siglo XX cuando se producen impresionantes logros en este campo. Se pueden mencionar como fechas señaladas:

- 1944: se crea la primera asociación de medicina reproductiva;
- 1978: nace la primera persona por Fecundación In Vitro;
- 1983: nace la primera persona con ovocitos (=fase previa del óvulo) donados;
- 1990: se unen dos ramas científicas: las técnicas de reproducción asistida y la biología molecular.

2.1.2 Causas de la creciente demanda de RA

La demanda cada vez más presente de tratamientos de RA en general puede darse por diferentes causas aunque todas tienen su origen en un profundo cambio social respecto a la familia, cuándo y cómo formarla.

Entre las principales causas se pueden encontrar:

- edad,
- biología,
- información ginecológica.

Se tienen hijos cada vez más tarde, con mayor edad, porque las últimas generaciones en la sociedad occidental han dedicado más tiempo a formarse y estabilizar su vida material antes de tener hijos. Sin embargo, la biología no ha tenido el tiempo de adaptarse a este nuevo contexto, la vida reproductiva, sobre todo la de las mujeres, no es más larga y, por tanto, deben recurrir a este tipo de tratamientos.

A esto hay que añadir una falta de concienciación respecto a los límites temporales de la vida reproductiva que no se corrigen desde las consultas ginecológicas. No hay prevención en las consultas respecto a este tema. Cuando se realizan controles ginecológicos no se suele prevenir a pacientes susceptibles de necesitar un tratamiento futuro, no se les suele avisar de que no pueden esperar demasiado si desearan tener hijos en algún momento.

Afortunadamente, esta concienciación sobre la “planificación de la maternidad” está cambiando poco y poco y cada vez más profesionales sanitarios previenen a sus pacientes.

Nuevas estructuras familiares.

Nuestra sociedad, la occidental, está ampliando su visión sobre el concepto mismo de “familia”. Se ha ampliado la variedad de modelos familiares a día de hoy: familias homosexuales, monoparentales, segundas parejas con hijos, etc.

Algunos de estos casos implican limitaciones biológicas que les obligan a recurrir a tratamientos de RA para formar su familia.

Sin ir más lejos, el último anuncio de Coca-Cola Journey España (2015) se hace eco de esta nueva situación social y en su último anuncio aprovecha para exponer diferentes núcleos familiares.

Como es bien sabido, la marca comercial Coca-Cola es conocida en todo el mundo y los mensajes que utiliza para su publicidad suele tratar los temas más actuales que marcan tendencia.

Retomando el tema, ambas realidades, los nuevos modelos familiares y la RA, adquieren cada vez mayor protagonismo en la sociedad a pesar de los obstáculos que puede encontrar debido a los valores más tradicionales que se resisten al cambio, como tabúes morales o religiosos.

En el caso de los pacientes extranjeros hay otras valoraciones añadidas. Los conceptos básicos como salud, medicina, rol del médico, valor de la medicación, etc., puede ser diferente según el contexto cultural del paciente y del personal sanitario, lo que aumenta considerablemente el riesgo de malentendido en consulta.

La tarea de las intérpretes no puede ceñirse a la de trasladar el contenido del mensaje de una lengua a otra sino que su papel de mediadora será fundamental para el entendimiento de las partes. Debe empaparse de toda esta realidad cambiante y en expansión para poder prevenir y solucionar posibles faltas de entendimiento de dos realidades que pueden partir de preceptos culturales y valores muy diferentes.

Control de la maternidad como nuevo anticonceptivo.

Al igual que los métodos anticonceptivos revolucionaron el mundo porque fueron el medio para decidir cuándo tener hijos, la RA da un paso más allá postergando la vida reproductiva por encima de los límites biológicos por cuestiones tanto médicas como de otro tipo.

Una razón médica para preservar la paternidad sería un cáncer. El paciente congela su muestra de óvulos o espermatozoides antes de iniciar un tratamiento suficientemente agresivo

como para disminuir el potencial reproductivo futuro. La muestra congelada permite tener hijos genéticamente del paciente que ha pasado por un cáncer.

Otro ejemplo de caso médico que da todavía mucho que hablar es tener hijos genéticamente escogidos para sanar a alguno de sus hermanos con problemas de salud.

Una razón personal podría ser la de algunas personas que deciden gran parte de la vida a la carrera profesional y congelan su muestra de óvulos o espermatozoides para preservar su maternidad y paternidad futuras. De esta forma, pueden intentar tener hijos a una edad en la que su material reproductor tiene peor a causa de la edad.

En EEUU, que siempre van un paso por delante, algunas empresas ya han ofrecido esta opción a sus trabajadoras (por ahora solo a las mujeres) con el fin de contar con el compromiso de sus mentes femeninas más brillantes, disminuyendo así la presión de las limitaciones biológicas para su dedicación total al proyecto profesional. La propuesta es postergar su maternidad congelando sus óvulos con el fin de que se dediquen por completo a la empresa en sus años de juventud. Como afirma un portavoz de Apple en una entrevista a YoDona (2014): “Queremos fomentar que las mujeres en Apple puedan hacer el mejor trabajo de sus vidas, a la vez que cuidan de sus seres queridos y forman una familia”.

La medida, desde luego, da mucho que hablar y genera un debate interesante pero no es el objetivo de este trabajo.

La RA es un campo nuevo y en expansión que puede cambiar la base del sistema mismo de nuestra sociedad a muchos niveles y que avanza más rápido que nuestras reflexiones sobre las consecuencias que tendrá en un futuro.

La actitud de la sociedad respecto a la procreación varía, y se relaciona en sociedades avanzadas con el grado de libertad y responsabilidad del individuo. Las técnicas de reproducción asistida están permitiendo cambios, a menudo radicales, en el esquema social y la aparición de nuevos modelos familiares (familias monoparentales, hijos en parejas homosexuales, hijos en edades avanzadas, nacimiento de niños con finalidad terapéutica sobre sus hermanos, etc), suponen un impacto social de cuyas consecuencias seremos espectadores en estos próximos años. (Mendiola et al. 2006)

2.1.3 Marco legal en España

El mayor referente legal en España para entender la actual situación de la RA es la última reforma en 2006 de la ley de Reproducción Asistida: BOE 27 de mayo de 2006 (Jefatura del Estado 2006).

En ella se explica brevemente la evolución de esta rama de la medicina y su aplicación en términos legales. También se explica que las primeras técnicas de RA aparecen en la década de los 70 del siglo anterior. La primera ley de 1988 supone la regulación de una situación cada vez más presente, la de aquellas personas que deben recurrir a la medicina para poder tener hijos. Fue una de las primeras de nuestro entorno. El objetivo era no solo resolver el problema de la esterilidad sino también mejorar la calidad de vida gracias a las posibilidades que ofrecía la investigación y el diagnóstico.

Es interesante mencionar varios puntos de esta ley que pueden ser un factor a tener en cuenta de cara al trabajo de las intérpretes en RA. La ley explica que la mayor parte de los tratamientos se llevan a cabo en el ámbito privado. Llama la atención que aparezca esta apreciación en la ley pero es cierto que es relevante a la hora de trabajar como intérprete. El hecho de trabajar en ámbito privado tiene la ventaja de que las intérpretes pueden contar con bastantes medios materiales y adaptaciones según surjan las necesidades del trabajo; pero uno

de los inconvenientes es que puede darse un conflicto de intereses y la neutralidad puede verse comprometida al trabajar.

Se presentan a continuación varios puntos de la ley que tienen una relevancia de cara al trabajo de las intérpretes.

Punto 4 de la Ley. En él se indica lo siguiente (Jefatura del Estado 2006): “La aceptación de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida por cada mujer receptora de ella quedará reflejada en un formulario de consentimiento informado en el que se hará mención expresa de todas las condiciones concretas de cada caso en que se lleve a cabo su aplicación”.

Según la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002) en los casos en que un paciente deba firmar un consentimiento informado y éste no esté traducido a su idioma, el intérprete debe realizar una traducción a vista y cualquier duda que tenga el paciente sobre el contenido del documento la debe aclarar el médico.

En efecto, dichos consentimientos son informados y en el caso de pacientes extranjeros no hispanohablantes, en su lengua. En la clínica objeto de este estudio, Ginefiv, es la intérprete la que se encarga de ello, por lo que se transforma en una informadora, ejerciendo por tanto dos tareas: informar e interpretar.

Punto 3. Capítulo II de la Ley. En él se indica lo siguiente (Jefatura del Estado 2006): “La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. La compensación económica resarcitoria que se pueda fijar sólo podrá compensar estrictamente las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales que se puedan derivar de la donación y no podrá suponer incentivo para ésta”.

Punto 5 de la Ley. En él se indica lo siguiente (Jefatura del Estado 2006): “La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan”.

La mayor parte de los pacientes vienen para hacer tratamientos poco accesibles en sus países. Uno de los más solicitados es el de la donación de óvulos con o sin donante de semen.

Uno de los puntos que diferencia a España de muchos de los países de origen de los pacientes es que la donación de gametos en España puede ser compensada económicamente a los donantes, lo que se traduce en mayor oferta.

Este es un tema profundamente delicado para los pacientes que se ven en la obligación de recurrir a una clínica extranjera para tener hijos genéticos de una donante desconocida. Les supone un importante esfuerzo en muchos aspectos (moral, emocional, físico, económico, etc.) dejar en manos de unos desconocidos la elección de otra persona desconocida que será finalmente la madre y/o el padre genético de sus futuros hijos. Y a las intérpretes, como informadoras y mediadoras interculturales, también les supone un esfuerzo extra cuando se trata este tema con ellos. Estas breves pinceladas serán desarrolladas más adelante.

2.1.4 Causas de la demanda internacional

Para entender la llegada de pacientes extranjeros no hispanohablantes a las clínicas españolas, se van a presentar algunos datos sobre la situación legal de los países con los que la clínica Ginefiv en concreto trabaja más frecuentemente. Para ello, se presenta a continuación una tabla en la que aparecen las técnicas de RA más demandadas y la situación legal de los países más cercanos. La información ha sido extraída del Instituto Bernabeu (2014):

Ley de RA	ESPAÑA	FRANCIA	INGLATER RA	ITALIA	ALEMANIA
Tratamiento a mujeres solteras	Sí	No	No	No	No
Donación de semen	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Donación de óvulos	Sí	Sí	Sí	No	No
Anonimato del donante	Sí	Sí	No	No	No
Diagnóstico preimplantacional	Sí	Sí	Sí	No	No
Recepción de embriones	Sí	Sí	Sí	No	No
Fecundación post mortem	Sí	No	No	No	No

Tabla 1: Situación legal de los principales países europeos

Esta tabla sirve como panorama general de la situación legal de los países indicados en RA. Sin embargo, no refleja la realidad por completo, ya que algunos de los países que permiten ciertas técnicas o tratamientos tienen listas de espera tan largas que los pacientes se ven en la obligación de ir a otros países para realizar los tratamientos. Sus gobiernos permiten legalmente los tratamientos pero no los facilitan.

Y en cuanto a los que no están permitidos, los pacientes no tienen más opción que buscar la solución fuera de su país. En muy poco tiempo, las clínicas de RA empezaron a recurrir a los servicios de interpretación para poder comunicarse con los pacientes extranjeros no hispanohablantes, lo que modificó el panorama de la RA hasta ahora.

La relación entre la RA y los servicios de interpretación es reciente pero bastante intensa porque empezó hace unos 10 años y la llegada de estos pacientes no ha sido progresiva sino más bien masiva, por lo que ambos campos de trabajo, medicina e interpretación, han tenido que adaptarse la una a la otra con bastante rapidez. Se verá en detalle la evolución de esta relación así como los objetivos y premisas de este estudio.

2.2 Marco teórico

Para introducir el marco teórico de este estudio es conveniente ofrecer una información básica previa sobre el funcionamiento de esta nueva relación entre medicina e interpretación, explicando quiénes son cada uno de los protagonistas y el peso que cada uno ha tenido en esta investigación.

2.2.1 Triángulo comunicativo

Se empezará por explicar el concepto de triángulo comunicativo. El triángulo comunicativo en el ámbito de la interpretación está compuesto por tres partes: el personal sanitario, las intérpretes y los pacientes.

La referencia será a partir de ahora a las intérpretes y no los intérpretes porque solo trabajan mujeres como intérpretes debido a que se trata de un contexto ginecológico.

Los pacientes no son inmigrantes que residen en un país con lengua y culturas diferentes a la suya sino que vienen puntualmente a España para hacer un tratamiento. No me ha parecido necesario realizar un seguimiento profundo de esa parte del triángulo, puesto que para ellos no es una situación habitual. Sin embargo, el personal sanitario y las intérpretes son los que sí viven a diario situaciones de interpretación, los que pueden detectar los problemas y proponer mejoras, por lo que la investigación estará centrada en ellos.

Se han elaborado dos cuestionarios para los trabajadores de la clínica de RA en Madrid, Ginefiv, en la que ejerzo como intérprete: uno para el personal sanitario (equipo médico y biólogos) y otro para las intérpretes. Ambos equipos trabajan juntos a diario en situaciones de interpretación con pacientes extranjeros no hispanohablantes. El objetivo de dichos cuestionarios es múltiple.

En una primera fase, la cuantificación de ciertos datos que pueden ser considerados objetivos, como:

- los años de experiencia en RA de estas dos partes del triángulo comunicativo como baremo de fiabilidad de sus opiniones sobre el tema;
- el conocimiento que el personal sanitario tiene sobre la profesión de la interpretación.

Es particularmente interesante saber cuál era su conocimiento previo sobre la interpretación y cuál es su percepción actual tras trabajar con intérpretes durante años. Su opinión como profesionales de la medicina y la biología sobre la necesidad de la formación y especialización de las intérpretes es especialmente reveladora.

En una segunda fase, más cualitativa, se tratan varios temas, que forman parte de las premisas, como:

- Conocer y valorar la relación actualmente necesaria y enriquecedora entre la RA y las intérpretes, el tema clave de este trabajo, destacando entre otros puntos:
 - la aparición de nuevas técnicas y terapias: enriquecimiento médico-científico;
 - la adaptación de la jerarquía sanitaria a la nueva realidad profesional multidisciplinar;
 - la concienciación sobre el profundo cambio social en el que estas dos partes del triángulo participan directa o indirectamente, ofreciendo la posibilidad de crear nuevos modelos familiares.

- Poner de manifiesto el grado de normalización del uso de los servicios de interpretación en RA.
- Exponer los principales obstáculos a los que se ha enfrentado y se enfrenta la intérprete de RA.
- Destacar el valor de la formación y en qué punto/s incidir según las dos perspectivas: la del personal sanitario y la de las intérpretes, incluyendo en esta última la autoformación.

Dichos datos y mi propia experiencia profesional tienen como objetivo demostrar que la singular relación surgida entre la RA y los servicios de interpretación desde hace unos años constituyen un contexto nuevo en el campo de la medicina, en las fronteras lingüístico-culturales y en la profesión de la interpretación. Son la consecuencia de una nueva realidad social. El desarrollo de nuevas técnicas de RA, así como su acceso legal en España, facilita la aparición de nuevos modelos familiares y sociales, transformando radicalmente la percepción sobre los núcleos familiares aceptados socialmente hasta ahora.

El cambio está siendo tan rápido como la adaptación al mismo, las clínicas de RA llevan años experimentando una demanda cada vez mayor por parte de pacientes extranjeros no hispanohablantes y, por tanto, han ido ofreciendo nuevos productos para hacerse atractivos. Parte de estos productos son las intérpretes, la herramienta para hacer desaparecer las fronteras lingüístico-culturales, facilitando así el acceso a dichos centros de RA.

Los cuestionarios ofrecen “una pequeña pausa de reflexión”, que el ritmo del mercado no suele permitir. Sirven a los propios destinatarios para cuestionarse aspectos de su trabajo que quizás nunca se habían planteado, su motivación y grado de participación en este proyecto profesional socialmente innovador que aúna la RA y la interpretación.

Y también sirven para confirmar si las premisas de este trabajo de investigación se cumplen o no. Se presentan a continuación las premisas, cuáles son y en base a qué datos se han planteado.

Ya se ha visto en la introducción las razones que han llevado a establecer esta nueva pero definida relación entre la RA y la interpretación.

En las premisas se plantean las consecuencias actuales y futuras de dicha relación profesional.

2.2.2 Enriquecimiento médico y científico.

En la introducción se han explicado las razones generales que pueden motivar a los pacientes potenciales a desplazarse a otro país para conseguir su objetivo de convertirse en padres.

Gran parte de esta información se obtiene gracias a un cuestionario de satisfacción que los pacientes rellenan al finalizar el tratamiento. En él se recogen, entre otros datos, las razones que les han llevado a decidirse por este país, esta clínica, etc.

Tras una recopilación ofrecida por la clínica, se exponen a continuación las razones más frecuentes por las que los pacientes han decidido venir a España a realizar un tratamiento. Para la presentación de dicha información, se contextualizarán algunos de los casos con el fin de entender mejor la situación.

Los pacientes extranjeros que acuden a los centros en España lo hacen principalmente por dos razones.

Una de ellas es porque han agotado las posibilidades legales en su país. En el contexto de Francia, sería, por ejemplo, el caso de las mujeres por encima de los 43 años, las mujeres solteras o las parejas femeninas homosexuales, entre otros casos.

Otra de las razones es la eficacia y la vanguardia técnica y médica. Los pacientes vienen buscando nuevas técnicas para maximizar sus posibilidades de éxito. Dichas técnicas no se emplean en sus países por prohibición o simplemente porque todavía no se ha normalizado su uso en estos países. Y el objetivo es maximizar sus posibilidades de éxito.

En el primer caso, la colaboración médica entre España y Francia es fundamental para el desarrollo del tratamiento. Dicho intercambio favorece el enriquecimiento médico y científico, aunque la situación no ha estado exenta de dificultades y los médicos franceses se han encontrado obstáculos. Los pacientes deben realizar las intervenciones quirúrgicas en España pero el seguimiento del tratamiento durante 1-4 meses indicado por la clínica española se lleva a cabo en Francia.

Esto ha acarreado algunos problemas a los médicos franceses que aceptaban atender a las pacientes que realizaban tratamientos en España no permitidos en Francia.

Y este tema fue motivo de un profundo debate en Francia en 2013 que es todavía tema de actualidad. Ante la salida masiva de pacientes que debían acudir a otros países para hacer los tratamientos de RA y la colaboración de los médicos franceses para tal gestión, las autoridades sanitarias advirtieron de las consecuencias económicas y profesionales para el cuerpo médico. Bajo amenaza de duras sanciones se encontrarían aquellos que fomentaran la realización de tratamientos prohibidos en Francia y autorizados en los países vecinos, como España.

Fue un factor disuasorio para aquellos médicos que tuvieran intención de beneficiarse o se estuvieran beneficiando económicamente, cobrando algún tipo de comisión a cambio de publicitar los servicios de clínicas extranjeras, aunque el temor se extendió a todo el colectivo médico. Pongo, como muestra del eco que se ha hecho la sociedad, una parte de una noticia de Clavreul (2013) en **[S a □□' S:**

La procréation médicalement assistée (PMA) est décidément d'actualité. La direction générale de la santé (DGS) vient de rappeler par courrier du 21 décembre 2012 adressé à l'Ordre des médecins – et transmis le 14 janvier aux responsables départementaux – que les gynécologues risquent 75 000 euros d'amende et cinq ans de prison s'ils donnent à leurs patientes des informations sur des cliniques étrangères dont les pratiques de PMA ne sont pas conformes à la législation française [...] Il reste choqué par les révélations du Parisien du 5 février, selon lesquelles des cliniques espagnoles proposent de l'argent aux médecins français (Clavreul 2013).

Cuando la situación lo permite o el médico decide a pesar de todo esto atender a las pacientes, se establece un intercambio de información médica y científica entre los países, en este caso entre Francia y España pero también con muchos otros países.

Los protocolos médicos, los tratamientos, las terapias o técnicas pueden ser diferentes entre los países. Gran parte de los pacientes que vienen a España ya han pasado por otros tratamientos o se han informado mucho antes de decidir venir. Gracias a toda la información médica y científica que aportan ellos y sus médicos en Francia, se establece un intercambio enriquecedor que beneficia a toda la comunidad científica.

Por tanto, España aporta este conocimiento no solo a sus pacientes, que son los beneficiados directos, sino también al personal sanitario de otros países, que son los que atienden a estos pacientes durante el tratamiento, a través de los pacientes.

Y la situación también se produce a la inversa. El paciente extranjero propone el empleo de técnicas no utilizadas o menos utilizadas en España, como es el caso de la medicina alternativa en paralelo con la medicina tradicional occidental. El empleo cada vez más frecuente de terapias, como por ejemplo la acupuntura, es acogido por las clínicas españolas en gran parte por la demanda de los pacientes extranjeros.

El uso de estas nuevas terapias o técnicas amplía y enriquece la medicina en general y ofrece la posibilidad de dar un servicio de calidad adaptado a las necesidades médicas y culturales del paciente. Dicho intercambio no sería posible sin la tarea del intérprete como puente de comunicación lingüística y cultural. Se verán ejemplos concretos durante el análisis de los resultados.

2.2.3 Superación de las fronteras lingüísticas y culturales. Mediación. Revisión del código deontológico y necesidad de especialización.

Este punto toca varios aspectos. Los servicios de interpretación en RA sirven como puente de comunicación entre los pacientes y la clínica. Esta afirmación, en principio simple, está llena de complejidades y matices que se desarrollarán durante la presentación y análisis de los resultados.

El puente de comunicación previsto únicamente para el aspecto lingüístico se extiende también al aspecto cultural durante la situación interpretativa con el fin de evitar equívocos por razones culturales. La normalización de esta tarea por parte de la intérprete la capacita también como mediadora intercultural.

Esto significa que su labor que no se ciñe a trasladar el contenido literal de un mensaje sino que hay muchos otros elementos culturales que forman parte del contenido y que deben ser tenidos en cuenta para que la comunicación sea fluida. La intérprete se convierte, por tanto, en una herramienta de mediación entre dos culturas y la convierte en una profesional no solo bilingüe sino bicultural.

Su escucha activa e interpretación de signos culturales para facilitar la comunicación no siempre le permiten respetar de forma rígida el código deontológico. Se adapta de forma natural a las necesidades del trabajo y estas conllevan un grado mayor de implicación y empatía con respecto a lo establecido para las intérpretes, un acercamiento más humano hacia las dos partes que se comunican. Esta situación es aplicable a cualquier campo de la medicina, no solo la RA. Y el código deontológico debe adaptarse a esta nueva situación profesional.

Esto lleva también al tema de la especialización. Por las mismas razones, la intérprete en RA necesita desarrollar y trabajar capacidades específicas para realizar adecuadamente su trabajo. Debe encontrar el equilibrio entre la neutralidad y la empatía y sensibilidad con respecto a la delicada situación interpretativa en la que ejerce como intérprete.

La intérprete de RA debe tener un mínimo de formación para poder realizar las interpretaciones adecuadamente y, para ello, deberá adquirir conocimientos de medicina general, de la especificidad de ginecología y de la subespecialización en RA. Hay que tener en cuenta que la RA trabaja en paralelo con biología molecular, por lo que sería deseable tener un mínimo de nociones también sobre biología y genética. La especialización se contempla en todos los aspectos: lingüísticos, culturales, emocionales, etc. Se verán más adelante y con más detalle las propuestas planteadas.

Como profesional de un colectivo profesional, las intérpretes pueden aportar gran parte de su aprendizaje a otros intérpretes de otras ramas de la medicina, contribuyendo así al desarrollo y mejora de la profesión del intérprete sanitario en general.

2.2.4 Transformación social

Como ya se ha mencionado, la RA está facilitando la aparición de nuevos modelos familiares como por ejemplo las familias monoparentales, homosexuales, de edad más avanzada, etc. Estas personas tienen acceso desde hace solo unos años a los tratamientos que les permiten

tener hijos, por lo que la sociedad está en el inicio de una transformación de las estructuras familiares, se encuentra en el proceso de acogida e integración de nuevos núcleos familiares y modelos de vida.

La RA ha tenido un papel fundamental en dicha transformación y los servicios de interpretación son la puerta de acceso para los pacientes extranjeros no hispanohablantes. La RA y sus intérpretes exportan nuevos modelos familiares a través de los pacientes, favorecen este cambio imparables a los países vecinos que se lo niegan o lo dificultan a sus ciudadanos. Serán los protagonistas del resultado aunque no del proceso.

3 Muestra de datos y método

Como ya se ha mencionado, se han preparado dos cuestionarios: uno para el personal sanitario (equipo médico y de biólogos) y otro para los intérpretes. Ambos se encuentran en el anexo. La presentación de los resultados de ambas encuestas se realizará en este trabajo con gráficos para hacer rápidamente visible las preguntas con el porcentaje que ha recibido cada respuesta. Se analiza a continuación cada resultado para terminar presentando un breve resumen de las ideas principales extraídas de cada pregunta.

4 Análisis y resultados

4.1 Análisis y resultados del cuestionario realizado al personal sanitario (equipo médico y de biólogos)

4.1.1 Experiencia del personal sanitario en RA

A la pregunta 1 (¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo en RA?) se pidió al personal sanitario indicar la respuesta en meses. El gráfico 1 representa las 19 respuestas. La media de experiencia del personal sanitario es de 105,6 meses en RA lo que equivale 8 años y 8 meses. La mediana está en 96 meses (8 años), lo que indica que exactamente la mitad del personal sanitario tiene más y la otra mitad menos o igual a 8 años de experiencia con la RA.

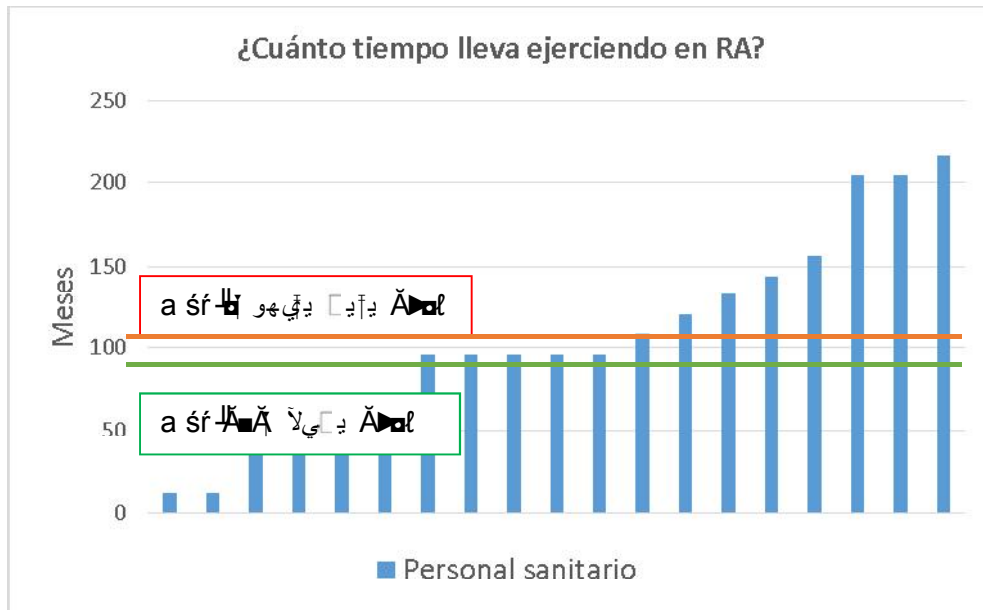


Gráfico 1: Personal sanitario – Tiempo de trabajo en RA

4.1.2 Experiencia del personal sanitario con el servicio de traducción e interpretación (T&I)

A la pregunta 2 (¿Desde hace cuánto tiempo trabaja con un servicio de traducción e interpretación?) se pidió al personal sanitario indicar la respuesta en meses. El gráfico 2 representa las 19 respuestas. La media de experiencia del personal sanitario es de 72,4 meses de experiencia en T&I, lo que equivale a 6 años. La mediana está en 84 meses, 7 años, lo que indica que exactamente la mitad del personal sanitario tiene más y la otra mitad menos o igual a 7 años de experiencia en T&I.

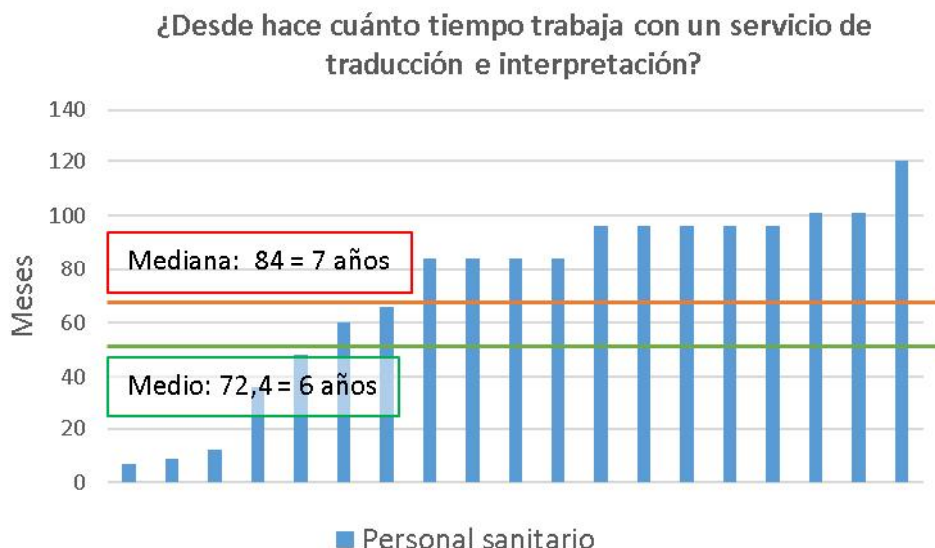


Gráfico 2: Personal sanitario - Tiempo de trabajo con intérpretes

Siete años de uso de servicios de T&I dotan a la clínica de una extensa experiencia y, por tanto, de una opinión fiable.

La opinión y visión del personal sanitario sobre este departamento es sumamente útil para identificar los obstáculos superados, los que quedan por superar y la propuesta de mejoras.

4.1.3 Nuevos modelos familiares

A la pregunta 3 (¿Considera que la RA ha facilitado la aparición de nuevos modelos familiares?) se pidió al personal sanitario elegir una de las tres respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Son modelos que ya existían, pero ahora pueden tener hijos gracias a estas técnicas

El gráfico 3 representa las 19 respuestas. 15 (79%) personas respondieron 1), ninguna persona respondió 2) y 4 (21%) personas respondieron 3).

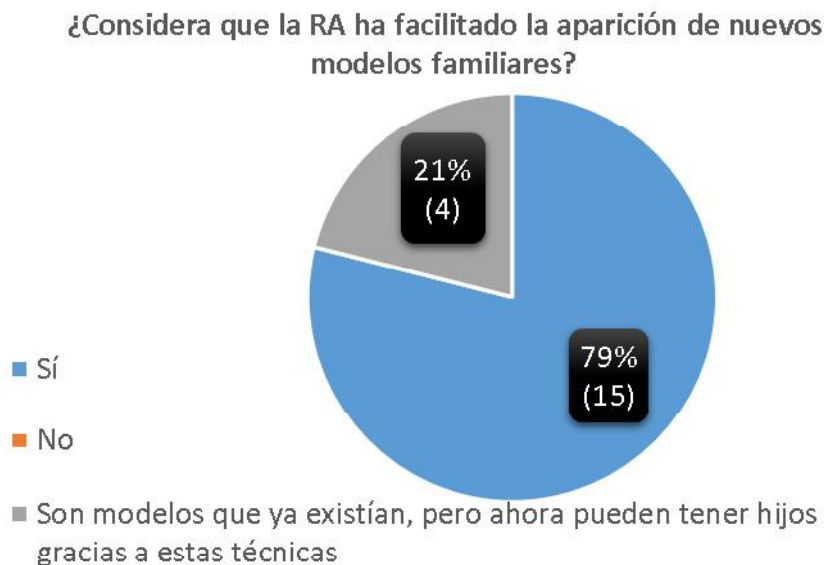


Gráfico 3: Personal sanitario - RA y modelos familiares

Esto apoya la hipótesis de que el campo de la RA está transformando la sociedad, incluyendo a nuevas estructuras familiares que antes no tenían opción de integrarse en la sociedad como núcleos familiares aceptados.

Este cambio estructural de la sociedad es global pero el grado de participación es diferente en cada país. Las técnicas y las legislaciones llevan ritmos diferentes en cada nación. En el contexto europeo, como ya se ha mencionado, España es uno de los países con una ley más abierta y mayor empleo de técnicas desarrolladas, lo que permite no solo a los españoles sino a cualquier paciente que lo desee seguir un tratamiento para tener hijos.

Estos nuevos modelos familiares como las familias monoparentales, homosexuales, segundas parejas ya con hijos, personas discapacitadas autónomas, etc., tienen así la posibilidad de formar una familia.

La RA desarrollada en España está generando nuevas estructuras familiares no solo en España sino en el resto del mundo, gracias a los pacientes que deben acudir a este tipo de centros. Solo vienen a España para llevar a cabo los tratamientos que les ofrezcan la posibilidad pero es una situación puntual, vuelven después a sus países para formar sus familias.

4.1.4 Influencia de pacientes extranjeros

A la pregunta 4 (¿Cree que le sería más difícil actualmente encontrar trabajo en este campo si no hubiera pacientes extranjeros?) se pidió al personal sanitario elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 4 representa las 19 respuestas. 15 (79%) personas respondieron 1) y 4 (21%) personas respondieron 2).



Gráfico 4: Personal sanitario - Influencia de pacientes extranjeros en el mercado de RA

El resultado no deja lugar a dudas y corrobora otra de las premisas: la RA se nutre cada vez más de pacientes extranjeros en su mayoría no hispanohablantes, por lo que se establece una relación de necesidad recíproca entre la RA y la interpretación. Los servicios de interpretación en RA aumentan a la par que la creciente llegada de pacientes extranjeros no hispanohablantes, generándose así una enriquecedora relación profesional entre la interpretación y la RA.

Se podría prever una desaparición de los servicios de interpretación si la ley de sus países cambia y les permite realizar los tratamientos que ahora realizan en España. Sin embargo, no parece factible en un futuro próximo.

La ley de RA es una ley bioética en la que se tienen en cuenta factores científicos, legales y éticos. Cualquier modificación debe consensuarse entre diferentes colectivos, lo que ralentiza de forma significativa los cambios de la ley.

No parece que haya una intención de cambio en el contexto europeo, aunque se van dando pequeños cambios. Ocurre, por ejemplo, en países con leyes verdaderamente restrictivas como es el caso de Italia, que ha levantado hace poco su veto respecto a la donación de óvulos, y en la actualidad está permitida legalmente la aplicación de esta técnica.

Sin embargo, el resto de la maquinaria (científica, social, económica, etc.) que debe ponerse en marcha para dar salida a este tipo de iniciativas necesita más tiempo de adaptación. (López-Teijón 2014).

La relación entre la RA y la interpretación no puede ser más positiva a día de hoy en España porque hace crecer a ambos colectivos profesionales.

4.1.5 Disposición a trabajo exclusivo con extranjeros

A la pregunta 5 (¿Estaría dispuesto a trabajar con una clínica con pacientes exclusivamente extranjeros?) se pidió al personal sanitario elegir una de las tres respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Dependería de otros factores

El gráfico 5 representa las 19 respuestas. 11 (58%) personas respondieron 1), una (5%) persona respondió 2) y 7 (37%) personas respondieron 3).

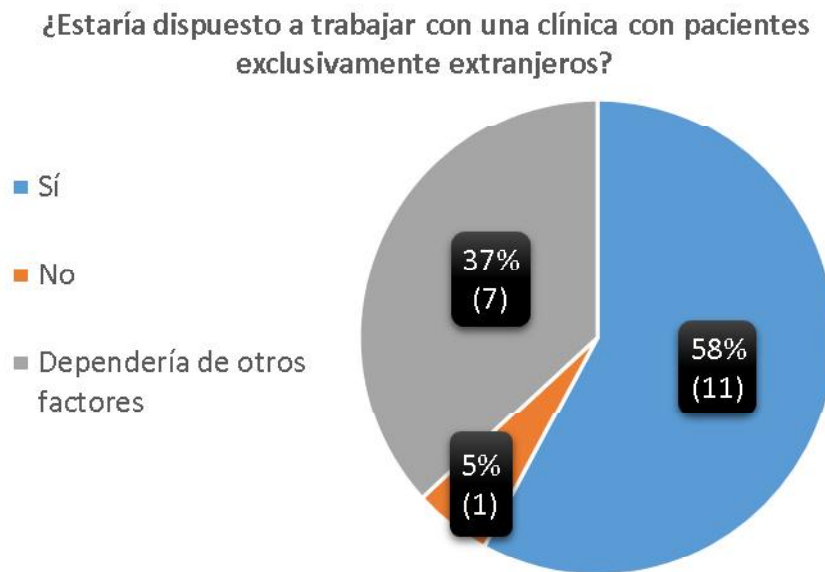


Gráfico 5: Personal sanitario - Disposición al trabajo con extranjeros

De esta pregunta me interesa saber en qué medida está normalizada la presencia de pacientes extranjeros y, por tanto, sus servicios de interpretación. Teniendo en cuenta que el número de respuestas negativas es tan bajo, se puede concluir que los pacientes extranjeros no hispanohablantes y las intérpretes que los acompañan no supondrían un elemento disuasorio.

Este resultado lleva a pensar que la mayor parte del personal sanitario (95%) no ve ninguna razón negativa respecto a tener únicamente pacientes extranjeros; que el paciente extranjero y sus servicios de interpretación no provocan un rechazo en el personal sanitario ni les impiden seguir creciendo profesionalmente y, por tanto, que existe una normalización del uso de los servicios de interpretación que subsanan las fronteras lingüístico-culturales, permitiendo a los pacientes comunicarse con el personal sanitario.

4.1.6 Medidas “extramédicas

A la pregunta 6 (Pacientes de otros contextos geográficos y/o culturales han ido solicitando el empleo de terapias de medicinas alternativas como la acupuntura o de técnicas como el INVO adaptada a sus creencias. ¿Cómo considera estos cambios?) se pidió al personal sanitario elegir una de las cuatro respuestas siguientes:

- 1) En general positivo siempre y cuando no sean perjudiciales para los pacientes. La adaptación a las necesidades del paciente tanto médicas como culturales sirven para su propio bienestar y, por tanto, para el buen desarrollo del tratamiento.
- 2) En general me es indiferente pero no me gusta que sea impuesto porque algunos de estos usos están en contra de mis valores.
- 3) Verlo positivo, negativo o indiferente, depende sobre todo de la técnica, terapia, etc.
- 4) En general negativo

El gráfico 6 representa las 19 respuestas. 21 (62%) personas respondieron 1), 6 (18%) personas respondió 2) y 7 (21%) personas respondieron 3). Ninguna persona respondió 4).

Pacientes de otros contextos geográficos y/o culturales han ido solicitando el empleo de terapias de medicinas alternativas como la acupuntura o de técnicas como el INVO adaptada a sus creencias. ¿Cómo considera estos cambios?

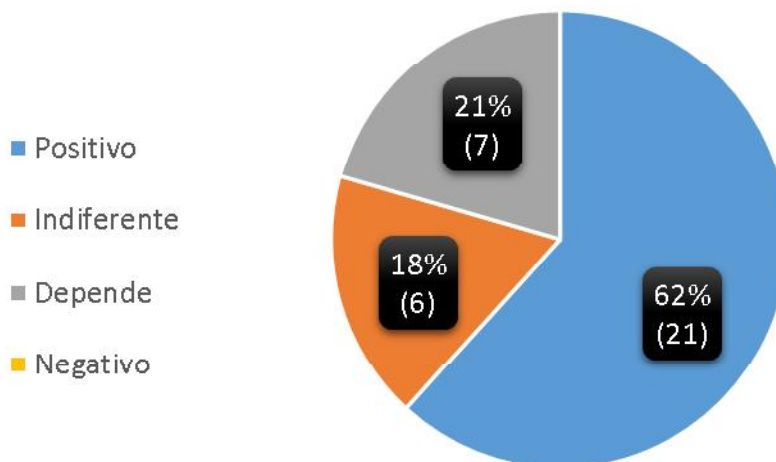


Gráfico 6: Personal sanitario – Cambios terapéuticos

Antes de interpretar los resultados es importante definir los dos ejemplos introducidos en la pregunta.

Se muestra a continuación una definición de la acupuntura:

La acupuntura se ha practicado en China y en otros países asiáticos por miles de años. Es una práctica que implica estimular partes específicas del cuerpo, generalmente, mediante la inserción de agujas muy finas. Esto crea un cambio en las funciones físicas del cuerpo.

Las investigaciones han demostrado que la acupuntura reduce las náuseas y los vómitos después de una cirugía y quimioterapia. También puede aliviar el dolor. Los investigadores no comprenden en su totalidad el efecto de la acupuntura pero se cree que podría ayudar a la actividad de los químicos que alivian el dolor del cuerpo. También podría afectar la manera en la que se liberan las sustancias químicas que regulan la presión arterial y el flujo de la sangre (MedlinePlus 2013).

Y se indica también en qué consiste la técnica INVO en varias definiciones:

Mediante la técnica INVO, la fecundación de los óvulos por parte de los espermatozoides ocurre en el interior del cuerpo de la mujer, por lo que el proceso no es in vitro, sino que se asemeja más a una fecundación natural.

La reducción de costes es el motivo principal por el que se inició su fabricación, aunque los diseñadores del método apuntan muchas otras ventajas como:

- Incubación más natural
- Reduce el riesgo de complicaciones en el laboratorio
- La pareja está más involucrada

Realmente no se ha visto ningún beneficio adicional a la utilización de esta técnica, por este motivo no se ha implementado en la clínica rutinaria. Aunque en algunos centros todavía se oferta, INVO no supuso ninguna revolución en las técnicas de reproducción asistidas tal y como se anunciaba (Mestre Ferrer 2012).

La técnica INVO es un nuevo procedimiento de reproducción asistida mediante el cual se logra tratar la infertilidad reduciendo significativamente el coste del tratamiento, ya que se trata de un tratamiento mucho menos complejo sobre todo comparándolo con la técnica tradicional de Fertilización In Vitro (FIV). [...]

Por otra parte atiende el principio de muchas personas que por razones religiosas o culturales no se sometían a los tratamientos convencionales por considerar que la fertilización ocurría enteramente fuera de su organismo (maría 2009).

Como se puede observar, se han utilizado dos ejemplos que no formarían parte de la medicina tradicional. Por una parte, la acupuntura forma parte de las llamadas “terapias de medicina alternativa” que suelen proceder de Asia, aunque también de otros contextos geográficos y cuya eficacia está aún en entredicho desde la óptica de la medicina tradicional occidental, a pesar de que la OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce que es una técnica eficaz para el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, la medicina tradicional occidental es todavía algo reacia.

Y el otro ejemplo sí forma parte del contexto cultural occidental. Es una técnica que es poco o nada eficaz desde un punto de vista científico pero que supone una adaptación a las creencias culturales del paciente.

Es interesante de esta pregunta conocer la opinión del personal sanitario respecto al empleo de estas terapias y técnicas menos habituales.

Observando los resultados en el gráfico 6, llama la atención que no hay nadie que lo considere negativo, por lo que se puede concluir que, dentro de los diferentes puntos de vista, hay cierta normalización del empleo de dichas técnicas y, por tanto, de la adaptación a las necesidades extramédicas de los pacientes.

La mayor parte considera positiva esta adaptación a las demandas del paciente, a pesar de la dudosa eficacia de las mismas desde la óptica de la medicina tradicional.

Existe, pues, un enriquecimiento profesional y científico. A raíz del creciente intercambio con otras culturas, tanto hispanohablantes como no, la RA se ha nutrido de las demandas de pacientes con orígenes culturales variados ampliando su visión sobre el concepto mismo de medicina, salud, bienestar. Este intercambio ha traído como consecuencia una medicina adaptada a las necesidades tanto médicas como extramédicas.

El término “extramedicina” es, evidentemente, subjetivo ya que desde la óptica de la medicina tradicional occidental la acupuntura puede tener un efecto más placebo que médico real mientras que la óptica de un paciente acostumbrado al empleo de dichas terapias es que se trata de un aspecto completamente imprescindible para el buen desarrollo de su tratamiento. La ventaja es que ambas visiones no se excluyen entre sí y la medicina y la biología han sabido adaptarse a estos nuevos conceptos que rompen muchos esquemas de la perspectiva tradicional, compatibilizando ambas filosofías científicas.

La diferencia entre el punto de vista positivo y el punto de vista condicionado a cada técnica o terapia es un debate que le corresponde al personal sanitario. Aunque es un tema interesante, no es el objetivo de este trabajo y no cambia, en cualquier caso, el resultado de la premisa.

Sin embargo, no se podían plantear respuestas categóricas, era necesario hacer una mínima clasificación entre los diferentes puntos de vista del personal sanitario, entre otras cosas, porque el cuestionario ha sido realizado por igual al equipo médico y a los biólogos

cuyos puntos de vista sobre RA no siempre coinciden. Ambos equipos, biólogos y médicos, tienen tareas muy diferentes entre sí aunque trabajen juntos para el mismo fin. Y su grado de contacto directo con el paciente también es muy diferente. Estos aspectos determinan la variedad de sus puntos de vista.

Se puede añadir como una información anecdótica, que las respuestas de las ginecólogas han ido más orientadas a la adaptación al paciente y que las de los biólogos se han decantado más por opinar en base a la eficacia material de la técnica o terapia empleada al margen de las demandas personales del paciente, lo que tiene bastante sentido teniendo en cuenta las tareas de uno y otro y el trato directo que tienen ambos departamentos con el paciente. Aunque sería otro debate muy interesante, no es el tema que nos ocupa.

Se confirma pues otra de las premisas. Una de las ventajas del intercambio cultural en ámbito sanitario es el enriquecimiento científico y profesional del personal sanitario. Y el origen de dicho intercambio es la creciente llegada de pacientes extranjeros no hispanohablantes de otros contextos geográficos-culturales a las clínicas provistas de servicios de interpretación.

4.1.7 Conocimiento de la carrera universitaria de la intérprete

A la pregunta 7 (¿Sabía que existe una carrera universitaria para ejercer como intérprete?) se pidió al personal sanitario elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 7 representa las 19 respuestas. 17 (89%) personas respondieron 1) y 2 (11%) personas respondieron 2).

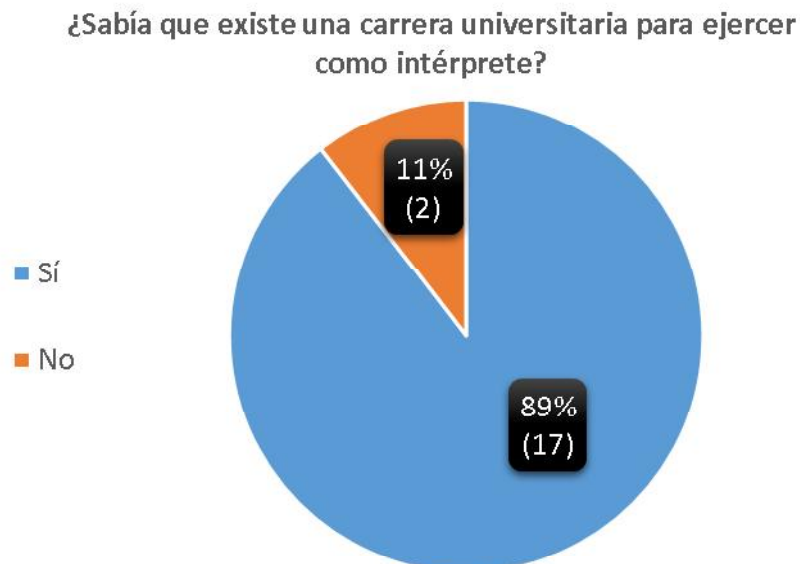


Gráfico 7: Personal sanitario – Carrera universitaria de las intérpretes

La respuesta afirmativa ha sido casi unánime. Este resultado es positivo porque significa que no solo la profesión es visible, sino también la formación necesaria para ejercerla.

Y, si existe una conciencia sobre la formación, significa que la relación entre el personal sanitario y las intérpretes no parte de cero para el conocimiento mutuo, sino que parte de la

base de un conocimiento previo que facilita enormemente la relación profesional desde el inicio.

4.1.8 Intérprete como profesional de comunicación

A la pregunta 8 (¿Considera que el intérprete puede ser considerado un profesional de la comunicación?) se pidió al personal sanitario elegir una de las tres respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Creo que la interpretación y la comunicación son dos tareas distintas

El gráfico 8 representa las 19 respuestas. 15 (79%) personas respondieron 1), ninguna persona respondió 2) y 4 (21%) personas respondieron 3)



Gráfico 8: Personal sanitario – Intérprete como profesional de la comunicación

En un primer momento, llama la atención que nadie ha respondido un no categórico sino que la opinión está repartida entre la mayoría del sí y los que consideran que son tareas diferentes. Era interesante introducir esta pregunta porque está relacionada con las destrezas de la intérprete así como con la visión sobre la interpretación y la comunicación por parte de los profesionales sanitarios.

Existe una visión más purista y tradicional sobre la tarea de interpretar, concibiéndola como un acto más mecánico de traslado de mensaje de una lengua a otra y otra.

Sin embargo, también existe un punto de vista con cada vez más adeptos que contempla la interpretación como un acto creativo. Cada interpretación de un mensaje es inevitablemente un nuevo mensaje cuyo creador necesita poseer dotes creativas en la comunicación. La intérprete no genera la idea sino que la adapta a la lengua, registro, cultura, etc., de los usuarios y, por tanto, comunica no solo el mensaje original sino su propia interpretación del mismo.

Es un debate que existe en el colectivo mismo de las intérpretes y parecía interesante introducir un “ojo más neutro” en la definición de la tarea de la intérprete. Parece que una

gran mayoría del personal sanitario se decanta por pensar que el trabajo de intérprete tiene mucho que ver con la comunicación.

Es una pregunta en la que hay algo de trampa porque la respuesta puede venir fácilmente determinada por el propio concepto que se tenga sobre comunicar. El debate desde luego está servido. En cualquier caso, parece enriquecedor que el debate no se quede en el gremio de la interpretación sino que se traslade también a otros profesionales que trabajan con ellos frecuentemente.

4.1.9 Necesidad de especialización en el ámbito sanitario

A la pregunta 9 (¿Considera justificado que el intérprete deba especializarse en ámbito sanitario?) se pidió al personal sanitario elegir una de las tres respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sé

El gráfico 9 representa las 19 respuestas. 18 (95%) personas respondieron 1), ninguna persona respondió 2) y una (5%) persona respondió 3).

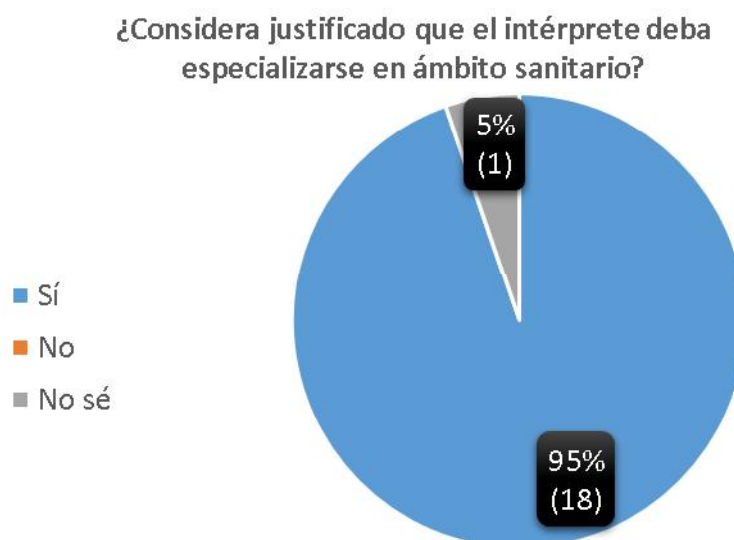


Gráfico 9: Personal sanitario – Especialización del intérprete

La respuesta es una mayoría aplastante del sí, lo cual no hace sino confirmar que la intérprete puede ser más efectiva si se especializa en un campo de trabajo y se forma para poder adquirir los conocimientos necesarios que faciliten su tarea de forma profesional.

Sin embargo, se verá cómo los resultados obtenidos a partir del cuestionario de las intérpretes no coinciden con esta opinión.

4.1.10 Necesidad de formación en medicina y biología

A la pregunta 10 (¿Considera justificado una mínima formación del intérprete sobre medicina y biología para poder ejercer como tal en RA?) se pidió al personal sanitario elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 10 representa las 19 respuestas. 19 (100%) personas respondieron 1.



Gráfico 10: Personal sanitario – Formación de la intérprete

La respuesta afirmativa es unánime. Es importante señalar dos aspectos respecto a este resultado. Se retoma con frecuencia el tema de la importancia de la formación, no solo desde el punto de vista de la intérprete sino también del personal sanitario.

Esto lleva al segundo punto. La conclusión que se puede extraer es que nadie entre los 19 profesionales del personal sanitario encuestados considera que se pueda trabajar como intérprete médico si no es gracias a una formación previa, lo que excluye a todas aquellas personas que ejercen el mismo trabajo sin haber pasado por el mismo proceso: personas nativas que no tienen formación, acompañantes personales del paciente, etc.

Se confirma, pues, que la interpretación es una tarea para la que hacen falta unos conocimientos específicos sobre la interpretación, el campo de especialización y técnicas adecuadas para trabajar de forma profesional, con el fin de ofrecer un servicio de calidad tanto al personal sanitario como al usuario y que todo aquel que no tengo un conocimiento mínimo difícilmente podrá ofrecerlo.

4.1.11 Necesidad de formación de colaboración con intérpretes

A la pregunta 11 (¿Considera justificado una mínima formación del personal sanitario para saber cómo trabajar con intérpretes?) se pidió al personal sanitario elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 11 representa las 19 respuestas. 17 (89%) personas respondieron 1 y 2 (11%) personas respondieron 2).

¿Considera justificada una mínima formación del personal sanitario para saber cómo trabajar con intérpretes ?

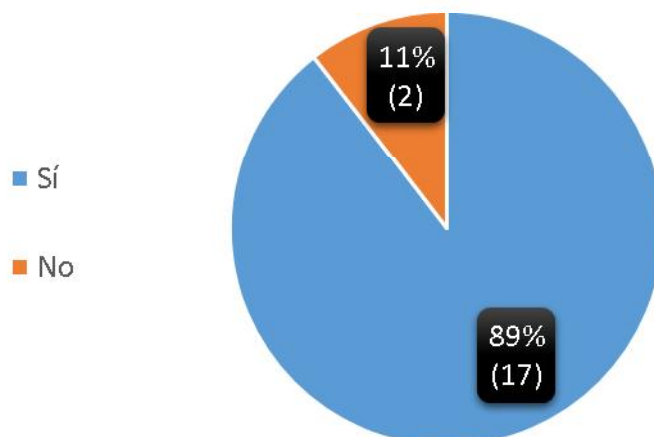


Gráfico 11: Personal sanitario – Formación del personal sanitario

No se ha conseguido el unánime sí de la pregunta anterior pero una gran mayoría del personal médico ve de forma positiva la formación para saber cómo trabajar con intérpretes. Se confirma a través de este resultado otra de las premisas.

Se van a tratar a continuación varios puntos concretos respecto a esta pregunta y a los resultados obtenidos:

Existe una clara concienciación del personal sanitario respecto a su propia formación y, por tanto, respecto a sus propias carencias y a la necesidad de conocer las pautas para que la comunicación durante la interpretación se desarrolle de forma eficaz.

La mayor parte del personal sanitario lleva casi una década trabajando con intérpretes, por lo que las pautas a día de hoy irían más encaminadas a corregir malos hábitos adquiridos y al personal sanitario nuevo.

Una de las personas ha incluso añadido a mano la siguiente afirmación: “saber cómo expresarme ante un extranjero. Frases cortas para que la intérprete pueda traducir fácilmente”. Existe, pues, una clara conciencia sobre la necesidad de la formación, también para ellos, lo cual es muy positivo.

4.1.12 Disposición para aprender lenguas

A la pregunta¹² (¿Estaría dispuesto a aprender otras lenguas para intentar comunicarse con los pacientes o prefería recurrir al servicio de interpretación?) se pidió al personal sanitario elegir una de las tres respuestas siguientes:

- 1) Intentaría aprender la lengua más usada por los pacientes si es útil para otros contextos como el inglés o el francés y poder así comunicarme directamente con el paciente.
- 2) Preferiría recurrir al servicio de intérpretes y centrarme en el aspecto médico.
- 3) Preferiría aprender la lengua pero no está dentro de mis proyectos actuales, así que recurriría al servicio de intérpretes.

El gráfico 12 representa las 19 respuestas.⁹ (47%) personas respondieron 1), 3 personas respondieron 2) y 7 (37%) personas respondieron 3).

¿Estaría dispuesto a aprender otras lenguas para intentar comunicarse con los pacientes o preferiría recurrir al servicio de interpretación?

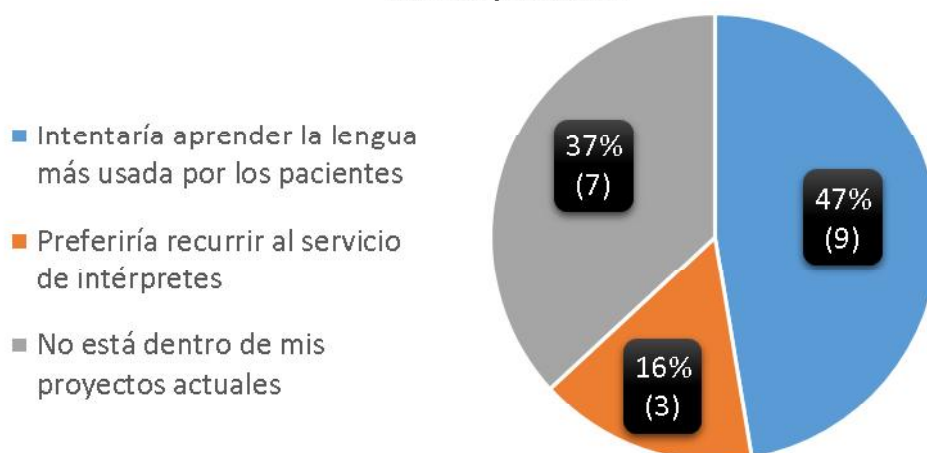


Gráfico 12: Personal sanitario – Aprendizaje de otras lenguas

De este resultado se concluye que la gran mayoría (84%) estaría dispuesta a formarse con la diferencia de la disponibilidad o no. Pero es menor el porcentaje que simplemente recurriría al servicio de intérpretes, lo cual es completamente lógico ya que lo deseable es una comunicación directa con el paciente sin necesidad de intermediarios.

El objetivo de esta pregunta era analizar el grado de implicación profesional del personal sanitario con respecto a los pacientes y es satisfactorio comprobar que, a pesar de las valoraciones positivas de los servicios de interpretación, también valoran positivamente la comunicación directa hasta el punto de seguir formándose para adaptarse a las necesidades lingüísticas del paciente.

4.1.13 Pérdida por el uso del intérprete

A la pregunta 13 (¿Qué cree que se puede perder en la comunicación al trabajar con un intérprete en la consulta?) se pidió al personal sanitario indicar para cada una de las cinco respuestas siguientes, si está de acuerdo o no:

- 1) Tiempo: se tarda más y no puedo dedicar tanto tiempo al paciente.
- 2) Tecnicismos: temo que el intérprete no sepa el vocabulario específico.
- 3) Humor: surge de forma natural o porque ayuda a los pacientes a relajarse pero con el intérprete llega tarde y a veces es intraducible.
- 4) Argumentación: aunque el intérprete conoce la lengua, es difícil trasladar las sutilezas y las herramientas cuando se argumenta.
- 5) Firmeza: ante una situación violenta, el intérprete puede no ser tan firme como haría falta y usa la diplomacia para evitar el conflicto.

En el caso de que no estará de acuerdo con ninguna opción, debería marcar lo siguiente:

- 6) No estoy de acuerdo con ninguna.

En el caso de que falte una opción, se pidió que se la añada y que se marque:

- 7) Otros: ...

El gráfico 13 representa las 36 respuestas de 19 personas. Para cada categoría se muestra el porcentaje de los 19 posibles votos. 6 (32%) personas marcaron 1), 7 (37%) marcaron 2), 7 (37%) marcaron 3), 9 (47%) marcaron 4), 3 (16%) marcaron 5), 2 (11%) marcaron 6) y una (5%) marcó 7).

¿Qué cree que se puede perder en la comunicación al trabajar con un intérprete en la consulta?

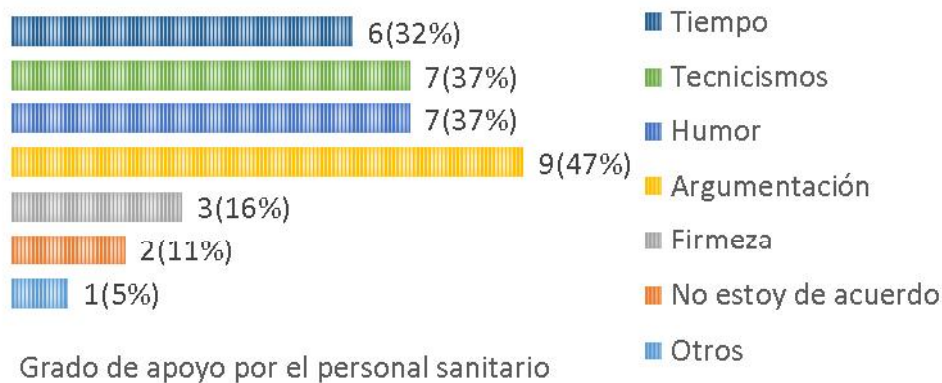


Gráfico 13: Personal sanitario – Puntos negativos de la interpretación

El resultado está bastante fraccionado. A continuación, se expone un análisis más detallado del resultado.

El humor y la argumentación son los aspectos con mayor porcentaje que, según el personal sanitario, se pueden perder o no ser tan exactos valiéndose de un intérprete en la comunicación con los pacientes. Ciertamente es que el humor es el aspecto casi más cultural de todos y más difícilmente trasladable a otra lengua y cultura.

Se presenta a continuación una definición del humor que parece acertada y que puede explicar la complejidad del humor en la traducción y la interpretación:

El humor se deriva por tanto del contraste entre una situación comunicativa y un comportamiento inadecuado a dicha situación. Los criterios reguladores del concepto de adecuación varían por supuesto entre las distintas culturas [...] Así, el humor asume a su vez un papel fundamental a la hora de interpretar una determinada cultura, religión o profesión. (Santana López 2005).

Lo del humor es una cuestión que viene siendo estudiada desde hace tiempo en la traducción e interpretación ya que se trata de un aspecto ligado a la cultura y no siempre hay equivalencias. Y sucede especialmente con los juegos de palabras.

El otro aspecto es el de la argumentación, que ha sido el más votado de todos por el personal sanitario. Se puede tener en cuenta la definición de la Real Academia Española n.d.: “Argumentación: razonamiento que se emplea para probar o demostrar una proposición, o bien para convencer a alguien de aquello que se afirma o se niega”. La argumentación es una herramienta comunicativa poderosa cuya fuerza teme perder el personal sanitario al tener un intermediario entre él y el objeto al que convencer.

Los pacientes en RA acuden a las consultas médicas a recibir un diagnóstico y la información sobre las posibles alternativas de remedios.

Hay no pocos pacientes que están a punto de perder la esperanza de ser padres, sobre todo los pacientes extranjeros que ya han intentado todos los tratamientos posibles en sus países y acuden a España como última opción.

Esta situación límite les lleva a encontrarse en muchas ocasiones desorientados y desesperados y a experimentar, por tanto, multitud de reacciones. Una de las más frecuentes es tener una visión distorsionada sobre las consecuencias de ciertos tratamientos, terapias, técnicas. El estado en que se encuentran les lleva a adoptar una actitud irracional sobre su propio estado de salud e inflexible con la opinión del personal sanitario, ya que llevan años confiando en un sistema sanitario que no ha hecho realidad su objetivo de ser padres.

El personal sanitario también tiene la obligación de informar de los riesgos para la salud del paciente así como a su propio derecho a la objeción de conciencia.

En muchas ocasiones, no hay diferencia respecto a los riesgos de emplear una u otra técnica y es el propio paciente el que hace su elección.

Sin embargo, hay muchas otras situaciones en las que ciertas técnicas o terapias tienen más inconvenientes que ventajas para la salud del paciente.

El personal sanitario tiene, claro está, una primera actitud dialogante y empática para convencer al paciente de su punto de vista valiéndose de su conocimiento profesional. Intentará de este modo convencer o disuadir a aquellos pacientes que se expongan a un riesgo importante para su salud.

Este proceso comunicativo puede acabar en un consenso adecuado a ambas partes o en una falta de consenso, en cuyo caso el personal sanitario entrará en la siguiente fase: adoptar una actitud de contundencia ante la exigencia del paciente, el cual terminará más frustrado de lo que entró en consulta por no haber conseguido su objetivo.

Esto puede llevar a dos situaciones médicas: que el paciente firme un documento en el que se haga responsable de las consecuencias médicas designando de las mismas al personal sanitario o que el personal sanitario haga objeción de conciencia y se niegue a tratar al paciente.

El personal sanitario prefiere, evidentemente, la primera fase y no tener que llegar al rechazo o la imposición porque es el inicio de una mala relación de comunicación con el paciente. Para ello, hacen uso de todos sus recursos comunicativos y de su destreza argumentativa. La intérprete puede ser considerada una intermediaria molesta que impide el acceso directo al paciente concluyendo en ocasiones, erróneamente o no, que no han conseguido convencer al paciente por la falta de comunicación directa.

Era interesante introducir este concepto para ejemplificar el tema de la argumentación. Se expone a continuación uno de los casos en los que la argumentación tiene un papel fundamental y tendrá una repercusión en el desarrollo posterior de un tratamiento.

El caso de una mujer que ya ha sufrido 2 o más cesáreas en su vida, tiene 48 años y quiere transferirse 3 embriones.

Para entender mejor la situación, se expone previamente el concepto dado de “embrión” según la Real Academia Española n.d.: “el embrión es un ser vivo en las primeras etapas de su desarrollo, desde la fecundación hasta que el organismo adquiere las características morfológicas de la especie.”

Continuando con el ejemplo, se trata de una mujer desesperada que quiere maximizar las posibilidades de quedarse embarazada hasta el punto de poner en riesgo su salud.

El criterio para hacerlo o no depende del centro y del propio médico, pero si el médico considera que esta iniciativa es demasiado arriesgada intentará convencer con argumentos médicos a la paciente de que tiene más inconvenientes que ventajas y que las posibles consecuencias serían muy graves para su salud.

Sin entrar en el aspecto moral de cuál sería la mejor opción, lo interesante es tener en cuenta la cuidadosa y laboriosa tarea de disuasión y convencimiento que el personal sanitario desempeña cada día con sus pacientes. Se trata de una delicada tarea en la que se deben tener en cuenta factores médicos, morales, científicos, psicológicos, personales, etc., en la que la comunicación es el pilar que determinará el resultado.

Otro temor frecuente entre el personal médico es que la intérprete no controle bien la terminología, los tecnicismos de la RA. Es un temor fácil de subsanar con una adecuada formación de la intérprete y con una constante actualización de sus conocimientos en su campo de trabajo.

En cualquier caso, se concluye también gracias a los resultados que el personal sanitario adapta el nivel del lenguaje a la intérprete y, por consiguiente, al paciente, lo cual no solo no es negativo sino que favorece la fluidez comunicativa.

Es interesante añadir la opinión de Nevado Llopis (2014) al respecto:

En cuanto a los implicados en las interacciones comunicativas, se debe tener en cuenta que, por lo general, se establece una relación asimétrica entre los profesionales de la salud y los pacientes, en la cual los profesionales se encuentran en una posición de mayor poder, principalmente por los conocimientos de los que disponen – por lo que se refiere a los conocimientos tanto científicos como los del medio en el que tiene lugar la interacción -. Esta posición de superioridad puede conducir a los profesionales sanitarios a tratar de imponer sus patrones de comportamiento- incluido el comportamiento comunicativo y a interpretar el patrón comportamental ajeno según los parámetros institucionales o personales. (Nevado Llopis 2014)

La adaptación al nivel de conocimientos de la intérprete conlleva un mayor entendimiento del paciente. La intérprete se convierte en el elemento para forzar al personal médico a trasladar un mensaje accesible al paciente.

Luego se verá, en cualquier caso, que la intérprete tiene la tarea de adaptar aún más el mensaje al paciente haciendo uso de diferentes recursos, entre ellos la “desterminologización”. Se retomará el tema más adelante.

4.1.14 Ganancia por el uso del intérprete

A la pregunta¹⁴ (¿Qué cree que se puede ganar en la comunicación al trabajar con un intérprete en la consulta?) se pidió al personal sanitario indicar para cada una de las cuatro respuestas siguientes, sí está de acuerdo o no:

- 1) Aspecto cultural: sutilezas culturales a las que el intérprete está en ocasiones más acostumbrado por tener más trato con la población de esos países y/o haber residido o ser originario de ellos.
- 2) Información previa: el hecho de que el intérprete conozca al paciente antes de verlo nos prepara ante el contexto del paciente.
- 3) Registro: el intérprete adapta el registro de una y otra parte, lo que evita malentendidos y consigue hacer fluir eficazmente la comunicación.
- 4) Acogida: el paciente se siente más relajado y comprendido en una consulta en la que pueda hablar libremente su lengua y no tener que «apañarse» en una que no es la suya.

En caso de no estar de acuerdo con ninguna opción, debería marcar lo siguiente:

- 5) No estoy de acuerdo con ninguna.

En el caso de que quisiera aportar algún otro aspecto, se pidió que se añadiera y que se marcara:

- 6) Otros: ...

El gráfico 14 representa las 50 respuestas de 19 personas. Para cada categoría se muestra el porcentaje de los 19 posibles votos.

13 (68%) personas marcaron 1), 16 (84%) marcaron 2), 5 (53%) marcaron 3), 16 (84%) marcaron 4) y ninguna marcó 5) o 6).

¿Qué cree que se puede ganar en la comunicación al trabajar con un intérprete en la consulta?

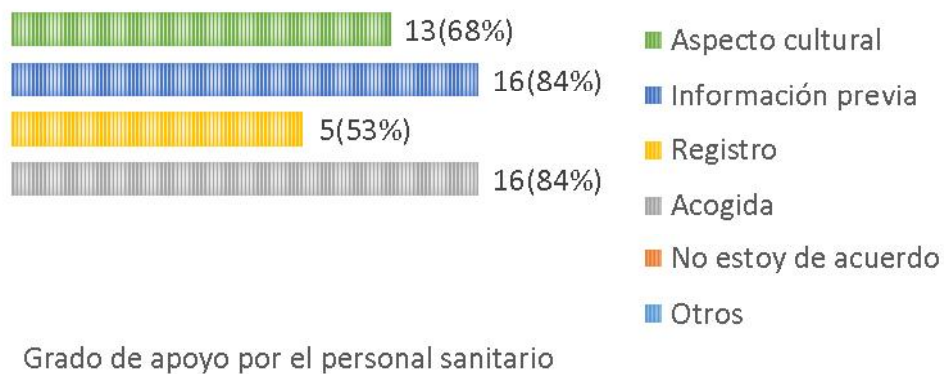


Gráfico 14: Personal sanitario – Puntos positivos de la interpretación

Esas 50 ocasiones en las que el personal ha considerado uno o varios aspectos como positivos en la comunicación haciendo uso de una intérprete contrastan con los 36 de aspectos negativos. El personal sanitario ve más ventajas que inconvenientes a comunicarse a través de una intérprete, más beneficios que pérdidas en la comunicación.

En cuanto al porcentaje de cada elemento, el resultado está bastante repartido, destacando discretamente el aspecto de la información previa y el de la acogida, los factores mejor valorados.

El 1^{er} aspecto, la información previa, le sirve al personal sanitario para tener una información básica del paciente antes de entrar en una consulta con él y la intérprete. La intérprete es el primer filtro del que se vale el personal sanitario antes de entrar en contacto directo con el paciente, facilitando así su trabajo.

El 2^o aspecto es la acogida. Perciben y valoran positivamente el estado de relajación del paciente que tiene intérprete en contraposición al que no quiere solicitarla, bien porque es un gasto extra al que no puede hacer frente, bien porque confían más en alguien conocido aunque no tenga conocimientos de interpretación.

Cuando el paciente está tranquilo y confía en el equipo, este puede llevar a cabo mejor su trabajo. La presencia y el trabajo de la intérprete favorecen la libre expresión del paciente y la fluidez de la comunicación en la consulta, lo que permite al personal sanitario centrarse en su tarea profesional sin tener que dedicar además la energía a buscar los recursos para hacerse entender y entender al paciente.

Es posible que ambos aspectos estén un poco mejor valorados que el resto por dos razones:

- -Porque son los que atañen directamente a su trabajo. Los dos aspectos escogidos son los que tienen consecuencias más visibles desde su punto de vista con respecto a su trabajo. El hecho de tener pacientes que traen sus propios intérpretes o sencillamente no los traen y tratan de comunicarse con un nivel muy bajo de español les hace ver con claridad las ventajas que ofrece una intérprete en consulta.
- -Porque son los que pueden percibir. También es interesante tener en cuenta que son los elementos más visibles para el personal sanitario. Tanto el aspecto cultural como el registro pueden pasar desapercibidos al personal sanitario que, al no conocer la lengua y los matices culturales, no perciben el complejo proceso de descodificación – codificación constante que realiza la intérprete. Dicho proceso no atañe únicamente a la lengua sino que el mensaje está adaptado al registro de cada una de las partes que ambas reciben de forma natural sin darse cuenta, por desconocimiento, del trabajo que hay detrás y de los matices culturales que la intérprete sí está teniendo en cuenta en el proceso comunicativo.

A continuación, se introduce una afirmación que viene al caso y que explica de forma clara la perspectiva del personal sanitario y la de las intérpretes.

[...] A los profesionales sanitarios les resulta más sencillo observar aquellos aspectos de la cultura que son perceptibles a simple vista y, por el contrario, no son capaces de apreciar las conexiones intrínsecas que existen entre estos elementos culturales más superficiales y otros elementos menos visibles referidos a cuestiones como las creencias, los sistemas de valores o las relaciones intraculturales. Por otra parte, desde una visión etnocéntrica y anclada en la consideración de superioridad de los principios propios de la biomedicina hegemónica, la mayoría de los profesionales sanitarios no se plantea ni siquiera que puedan existir diferencias culturales en cuanto al concepto de salud y enfermedad (Nevado Llopis 2014).

4.1.15 Actitud hacia la interpretación automática

A la pregunta¹⁵ (¿Preferiría un programa de traducción automática en lugar de un intérprete físicamente en la consulta o el espacio donde vea al paciente?) se pidió al personal sanitario elegir una de las tres respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Depende de la circunstancias.

El gráfico 15 representa las 19 respuestas. 19 (100%) personas respondieron 1).

¿Preferiría un programa de traducción automática en lugar de un intérprete físicamente en la consulta o el espacio donde vea al paciente?

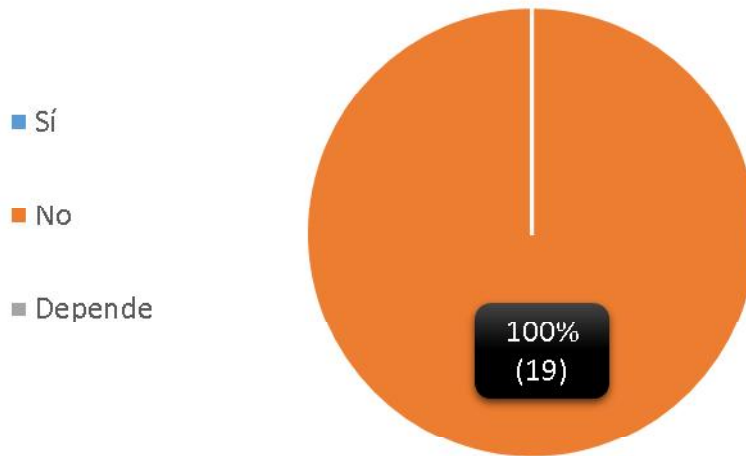


Gráfico 15: Personal sanitario – Programa de traducción automática

El no unánime no deja lugar a dudas respecto a las preferencias del personal sanitario. Puede que un programa de traducción automática tenga sus ventajas, pero no parece que el contexto sanitario sea el más favorable, el personal sanitario valora de forma muy positiva la presencia de la intérprete durante la comunicación con el paciente.

Se podría quizás pensar que es debido a que estos programas aún no están perfeccionados, que no ofrecen el nivel que haría falta para que la comunicación en una consulta médica fluyera adecuadamente.

Pero si se tiene en cuenta lo que han valorado como ventajas en la comunicación con intérpretes (acogida, información previa, etc.), no es de extrañar que aprecien la presencia de la intérprete en consulta para comunicarse con el paciente no hispanohablante.

4.1.16 Complejidad de la comunicación con colectivos diferentes

A la pregunta 16 (¿Considera que es más complejo comunicarse con ciertos colectivos en este contexto?) se pidió al personal sanitario elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 16 representa las 19 respuestas. 10 (53%) personas respondieron 1) y 9 (47%) personas respondieron 2).

¿Considera que es más complejo comunicarse con ciertos colectivos en este contexto?

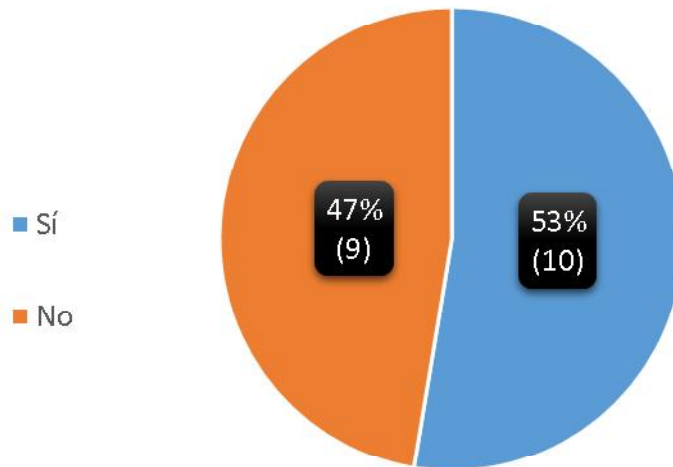


Gráfico 16: Personal sanitario – Comunicación con colectivos geográficos y culturales

El resultado está dividido aunque es ligeramente superior la respuesta de que las diferencias son individuales, no vienen únicamente de la pertenencia a algún colectivo.

4.1.17 Complejidad de la comunicación con ciertos colectivos

A la pregunta 17 (¿Considera que es más complejo comunicarse con ciertos colectivos en este contexto?) se pidió al personal sanitario elegir de las respuestas siguientes y ponerlas en orden, del colectivo más complejo (1.) bajando:

- 1) Subsaharianos
- 2) Chinos
- 3) Magrebís
- 4) Sudamericanos
- 5) Europeos orientales (Se refiere a los ciudadanos de los países del Este)
- 6) Indios
- 7) Occidentales

El gráfico 17 representa la respuesta de los que respondieron sí a la pregunta anterior. No había obligación de incluir todos los colectivos.

La opción 1, el mayor nivel de complejidad para comunicarse, ha sido escogido 6 veces para el colectivo de africanos subsaharianos, 3 veces para los chinos y 2 veces los sudamericanos. La opción 2, el segundo nivel de complejidad para comunicarse, ha sido escogido 3 veces para los chinos y los magrebís y 2 veces para los indios y los occidentales. La opción 3, el tercer nivel de complejidad para comunicarse, ha sido escogido 2 veces cada uno para los magrebís, los sudamericanos, los occidentales y los europeos orientales. La opción 4, el cuarto nivel de complejidad para comunicarse, ha sido escogido 3 veces para los indios, 2 veces para los magrebís y 1 vez para los sudamericanos y los europeos orientales. La opción 5, el quinto nivel de complejidad para comunicarse, ha sido escogido 4 veces para los europeos orientales y 1 vez para los chinos. La opción 6, el sexto nivel de complejidad para comunicarse, ha sido escogido 2 veces para los indios y los sudamericanos y 1 vez para los subsaharianos, los

magrebís y los occidentales. La 7 opción, el séptimo nivel más complejo, ha sido escogido 2 veces para los chinos y 1 vez para los sudamericanos y los europeos orientales.

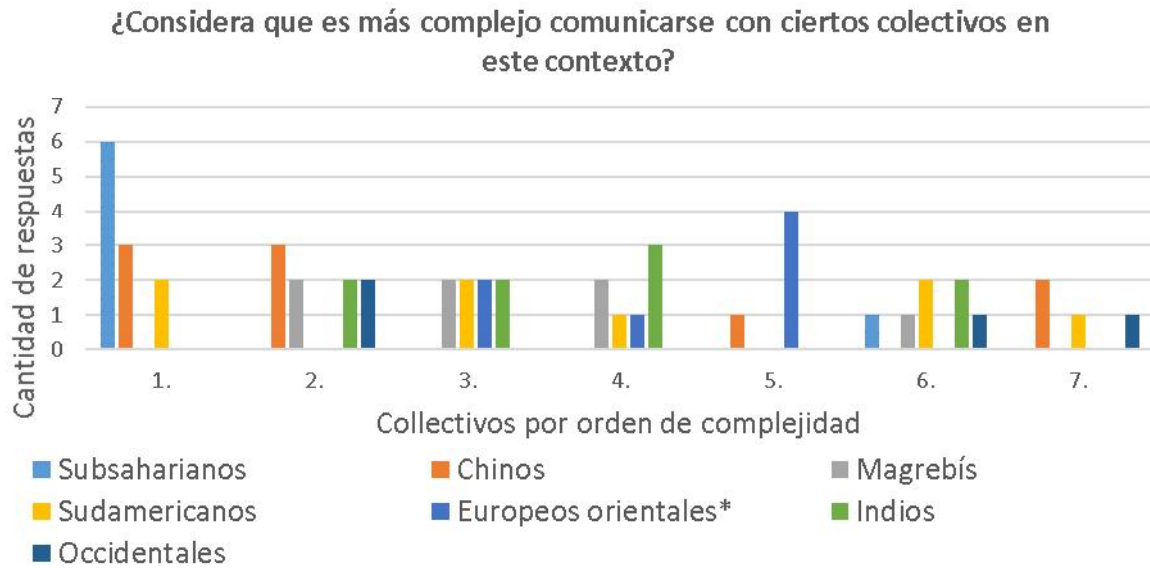


Gráfico 17: Personal sanitario – Colectivos y comunicación

Según el resultado, el colectivo con el que al personal sanitario le resulta más complejo serían los africanos subsaharianos.

El hecho de proponer colectivos parece en sí una generalización que no se adapta a la realidad, pero en este caso concreto solo se pretendía analizar la parte vinculada a la salud sin entrar en más valoraciones, no hay culturas más comunicativas o menos sino referentes culturales más cercanos o más lejanos a los propios. Y el interés del análisis reside en la incidencia que esto tiene en la comunicación en el contexto sanitario.

La fluidez o no de la comunicación está muy determinada por los referentes culturales de ambas partes del acto comunicativo. Sin ir más lejos, desde conceptos básicos como el tiempo, la salud, la demarcación del rol del médico y cuáles son sus tareas hasta los detalles más específicos en RA, como la visión sobre la reproducción, la intimidad, la infertilidad masculina y femenina, etc., pueden verse desde perspectivas culturales muy diversas.

Para aclarar la influencia de la cultura en el ámbito sanitario, se introduce a continuación la siguiente explicación:

Es cierto que no existen las culturas como unidades históricas y geográficas homogéneas y claramente delimitables como factores determinantes de forma unívoca de los comportamientos de los individuos; pero no es menos cierto que existen concepciones culturales de la salud llamativamente diferentes y que se encuentran extendidas de una forma más o menos generalizada en diferentes partes del mundo.

Tan perjudicial para la atención sanitaria puede resultar estereotipar culturalmente a los pacientes como ignorar la existencia de estas diferencias culturales en el comportamiento y expectativas comunicativas de los pacientes. (Raga Gimeno 2009).

Como no es posible hacer un análisis de cada colectivo o etnia indicada, se expone un breve análisis respecto al colectivo senegalés, que formaría parte del colectivo de africanos subsaharianos francófonos con los que esta clínica trabaja a menudo. Las ideas están basadas en la obra publicada por Raga Gimeno (2005).

Se menciona, entre otras cosas, que el principal objetivo del matrimonio en este tipo de paciente es tener hijos. En el estudio del Raga Gimeno (2009) aparece especificado: “la infertilidad (atribuida tradicionalmente a la mujer) suele ser causa de divorcio”, lo que refleja la presión social que supone no tener hijos y el estigma social de las mujeres que se encuentran en esta problemática. Los pacientes desean no solo tener hijos sino alcanzar otros objetivos que pueden ser considerados “extramédicos”. Estos se verán con más detalle más adelante, pero se puede avanzar que son los objetivos secundarios: se busca tener hijos para conseguir la aceptación social, evitar una ruptura conyugal, etc.

Volviendo al tema del colectivo senegalés y la comunicación en contexto sanitario, se plantea en este estudio que uno de los problemas más frecuentes son las deficiencias en el intercambio de la información. Al personal sanitario le resulta difícil que este tipo de pacientes expresen información adicional sobre lo que les pasa, ya que se sienten incómodos frente a preguntas muy directas sobre temas delicados llegando al punto de evitarlas o mentir. Tampoco reconocen si no han entendido alguna expresión del personal sanitario.

Otro de los temas importantes es que algunos de estos pacientes no entienden el rol que tiene el médico en la sociedad occidental y confunden su libre elección como pacientes con la incompetencia profesional del médico. Los médicos que suelen encontrar en la sociedad occidental hacen uso de sus conocimientos técnicos para informarles del diagnóstico y, si fuera el caso, de los posibles remedios, ofreciéndoles varias opciones entre las que pueden elegir. Sin embargo, ellos asocian al médico con la autoridad sanitaria que les va a indicar lo que tienen que hacer, no al profesional que les transmite las opciones entre las que pueden elegir. Consideran que si el médico les da a elegir es que no está seguro y, por tanto, no es un buen médico. Confunden pues su libre elección y criterio como pacientes con la falta de profesionalidad y competencia del cuerpo médico. Este tipo de factores pueden dificultar la realización de un diagnóstico de forma fiable y de un buen desarrollo del tratamiento.

Teniendo en cuenta esta breve exposición de la problemática más frecuente y de la respuesta del personal sanitario, se puede concluir que se trata de un colectivo con el que hay que tener una especial sensibilidad a la hora de comunicarse. La tarea de concienciarse y de trabajarlo corresponde tanto al personal sanitario como a los intérpretes, que deberán tener en cuenta los preceptos culturales desde los que parten los pacientes en general y este colectivo en particular.

4.2 Conclusiones de los resultados obtenidos del personal sanitario

Se presenta a continuación un breve resumen de los principales resultados obtenidos de las respuestas del personal sanitario. En el caso del cuestionario realizado al personal sanitario (médicos y biólogos), las principales ideas serían las siguientes.

El departamento de internacional en la clínica Ginefiv de Madrid lleva abierto unos 8 años así como sus servicios de traducción e interpretación. Teniendo en cuenta tanto a los que llevan esos 8 años trabajando con intérpretes como a los más nuevos, la media de tiempo de los encuestados llega a unos 5 años y 8 meses. La experiencia es suficientemente extensa para dar fiabilidad a la opinión de los encuestados.

Existe un evidente impacto de la RA y los pacientes extranjeros (servicios de interpretación) en diferentes campos:

- -En el aspecto laboral, ya que la creciente demanda de pacientes extranjeros no hispanohablantes que acuden a España es cada vez más numerosa. Por un parte, sus puestos de trabajo dependen más de este tipo de pacientes y, por otra (y por la misma

razón), se busca la adaptación a las demandas médicas y culturales de dichos pacientes, generando un enriquecimiento profesional a través del intercambio de conocimiento y de la implantación de técnicas y terapias adaptadas a las necesidades.

- -En el aspecto social, son conscientes de estar participando en la creación de nuevos modelos familiares y de estar exportándolos a los países vecinos.

Se pone de manifiesto la normalización del uso de los servicios de interpretación acompañada de una valoración positiva de los mismos ya que nadie, a día de hoy, sustituiría este servicio por programas de traducción automática.

Su opinión es una importante guía para buscar la mejora y la calidad de los servicios de interpretación. Su visión sobre las ventajas y los inconvenientes de comunicarse con los pacientes a través de intérpretes es una inestimable orientación sobre las mejoras que se deben intentar alcanzar.

Su perspectiva sobre el tema puede ser parcial puesto que desconocen la totalidad de los aspectos en el campo de la interpretación pero también puede ampliar la visión de los intérpretes sobre su propio trabajo, por lo que el intercambio de los puntos de vista puede ser muy fructífero para el crecimiento profesional.

4.3 Análisis y resultados del cuestionario realizado al equipo de intérpretes

4.3.1 Experiencia de los intérpretes en RA

A la pregunta 1 (¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo como intérprete en RA?) se pidió a las intérpretes indicar la respuesta en meses. El gráfico 18 representa las 10 respuestas. La media de experiencia de las intérpretes es de 38,4 meses en RA, lo que equivale a 3 años y 2 meses. La mediana está en 36 meses (3 años), lo que indica que exactamente la mitad de las intérpretes tiene más y la otra mitad menos o igual a 3 años de experiencia en RA.

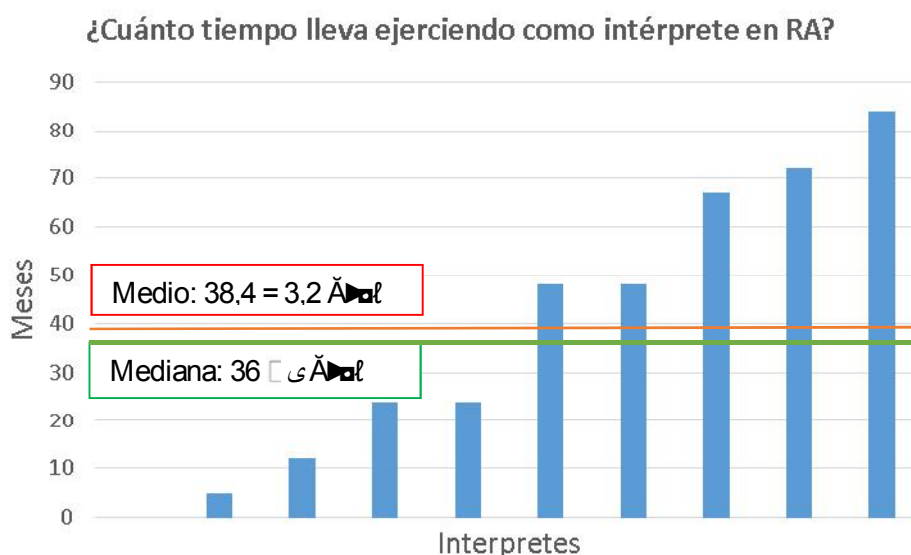


Gráfico 18: Intérpretes – Tiempo ejerciendo en RA

4.3.2 Conocimiento de la demanda de interpretación en contextos sanitarios

A la pregunta 2 (Antes de trabajar en una clínica de RA ¿sabía que existía tanta demanda de servicios de interpretación en este contexto?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 19 representa las 10 respuestas. 10 (100%) personas respondieron 1).



Gráfico 19: Intérpretes – Conocimiento de los servicios en RA

La respuesta es unánime, ninguna de las intérpretes conocía este mercado. La principal razón es, sin duda, porque se trata de una relación profesional realmente reciente.

Los centros que más acogen a pacientes extranjeros son los que se encuentran en las costas mediterráneas de España.

Cabría pensar que el mercado ha llegado más tarde a ciudades del interior de España y que, por tanto, las intérpretes que residen en Madrid tenían menor conocimiento del tema. Sin embargo, una de las encuestadas es intérprete médico en una de estas ciudades mediterráneas y también desconocía este dato.

La especialización de interpretación en ámbito sanitario es reciente en la profesión y ni siquiera oficial, la subespecialización en alguna otra rama concreta de la medicina es, pues, más desconocida.

4.3.3 Necesidad de especialización

A la pregunta 3 (¿Considera necesaria una especialización en ámbito sanitario para ejercer correctamente su trabajo en este campo?) se pidió a las intérpretes elegir una de las tres respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No, pero sería muy aconsejable

El gráfico 20 representa las 10 respuestas. 3 (30%) personas respondieron 1), ninguna persona respondió 2) y 7 (70%) respondieron 3).

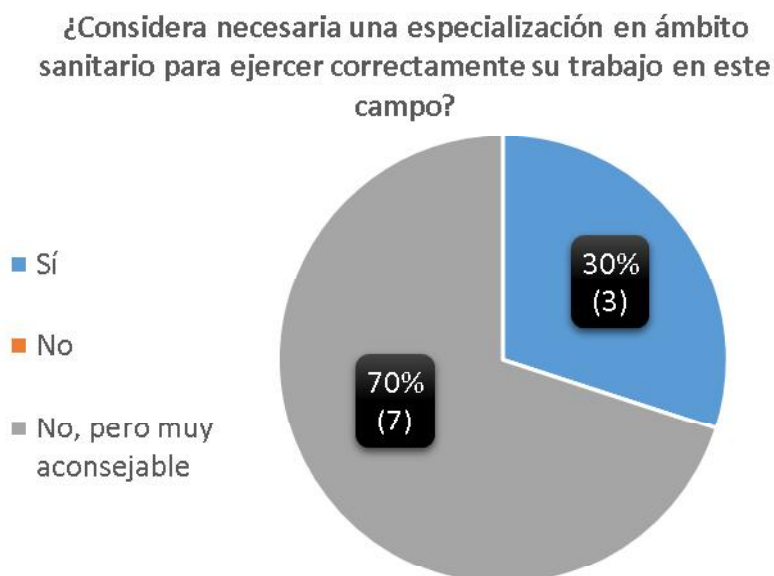


Gráfico 20: Intérpretes – Especialización en ámbito sanitario

Me llama la atención este resultado. Bien es cierto que nadie ha indicado que no, la respuesta ha estado dividida entre el sí y el que sería aconsejable, un sí con menos fuerza.

Sin embargo, esta misma pregunta realizada al personal sanitario dio el resultado contrario. Según su opinión, sí se justifica la necesidad de una especialización en ámbito sanitario, ellos son quizás más conscientes de las limitaciones de los conocimientos de las intérpretes en medicina.

Es un debate que existe en el propio gremio. La presencia de intérpretes en ámbito sanitario es bastante reciente, no es sorprendente la escasa formación al respecto. Sin embargo, es un campo cada vez más asentado que merece la pena explorar. La especialización en otros ámbitos está establecida desde hace tiempo: intérprete de conferencias, judicial, etc. No hay razón para no perseguir el mismo objetivo en interpretación sanitaria. El equipo de médicos y biólogos ha necesitado de muchos años de carrera para ejercer, lo que no está al alcance de la mayor parte de las intérpretes pero sí lo está procurarse una mínima base de formación y conocimiento que las haga más eficaces y no partir desde el conocimiento cero para interpretar medicina o biología, campos de especialización profundamente complejos.

4.3.4 RA como campo de desarrollo

A la pregunta 4 (Según su experiencia ¿cree que la RA es un buen campo para desarrollar se como intérprete?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 21 representa las 10 respuestas. 9 (90%) personas respondieron 1) y una (5%) persona respondió 2).

Según su experiencia, ¿cree que la RA es un buen campo para desarrollarse como intérprete?

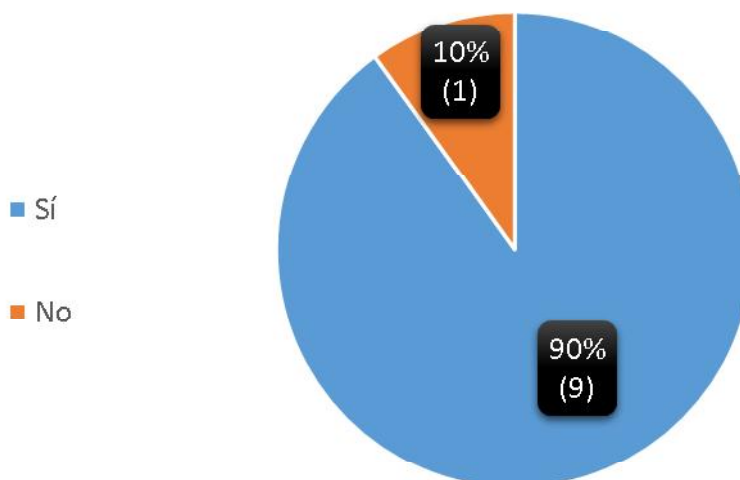


Gráfico 21: Intérpretes – Desarrollo profesional en la RA

El resultado es casi unánime. La interpretación en RA es simultánea, consecutiva, de enlace. Se realiza a su vez traducción a la vista en consulta. El abanico de opciones es amplio, por lo que parece clara la idea de que se pueden desarrollar las destrezas para una importante variedad de situaciones interpretativas, adquiriendo una valiosa experiencia como profesionales que facilitará el acceso dentro de otras ramas en medicina o incluso en otros campos de trabajo.

4.3.5 Visibilidad del intérprete por RA

A la pregunta 5 (¿Considera que la RA hace más visible y conciencia sobre la profesión del intérprete en general?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 22 representa las 10 respuestas. 9 (90%) personas respondieron 1) y una (5%) persona respondió 2).

¿Considera que la RA hace más visible y conciencia sobre la profesión del intérprete en general?

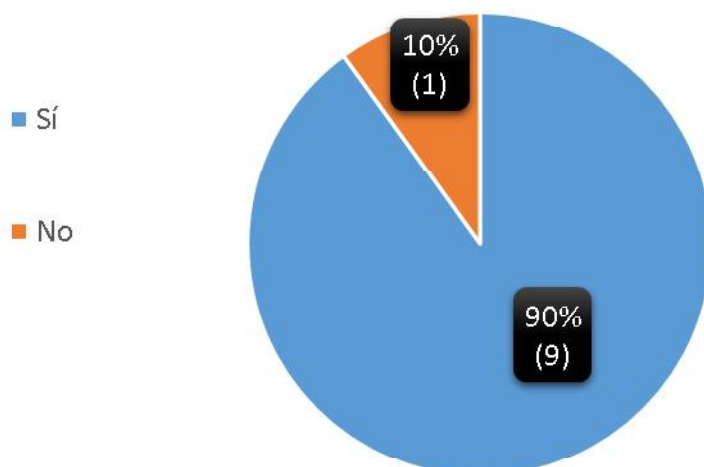


Gráfico 22: Intérpretes – Visibilidad y concienciación de la profesión

El resultado es exactamente el mismo que en la respuesta 5 a las intérpretes (gráfico 21). La primera imagen oficial de un intérprete es la de aquel que trabaja en otros ámbitos, sobre todo en el contexto político e institucional.

Pero se trata de una visión que está cambiando. Como imagen social, la interpretación ya no está únicamente asociada a la clase política o institucional sino también a un trabajo dedicado a los ciudadanos de todo tipo, tiene un trato directo.

La integración en la sociedad les hace más visibles y, por tanto, a la profesión misma.

Las posibilidades de concienciación social sobre la profesión se amplían notablemente gracias al acceso directo al ciudadano y a nuevos contextos laborales.

La interpretación deja de ser concebida como un privilegio de las instituciones para transformarse también en una herramienta de accesibilidad al servicio de los ciudadanos.

4.3.6 Nuevos modelos familiares

A la pregunta 6 (¿Considera que está participando en un contexto que facilita la aparición de nuevos modelos familiares?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 23 representa las 10 respuestas. 10 (100%) personas respondieron 1).

¿Considera que está participando en un contexto que facilita la aparición de nuevos modelos familiares?

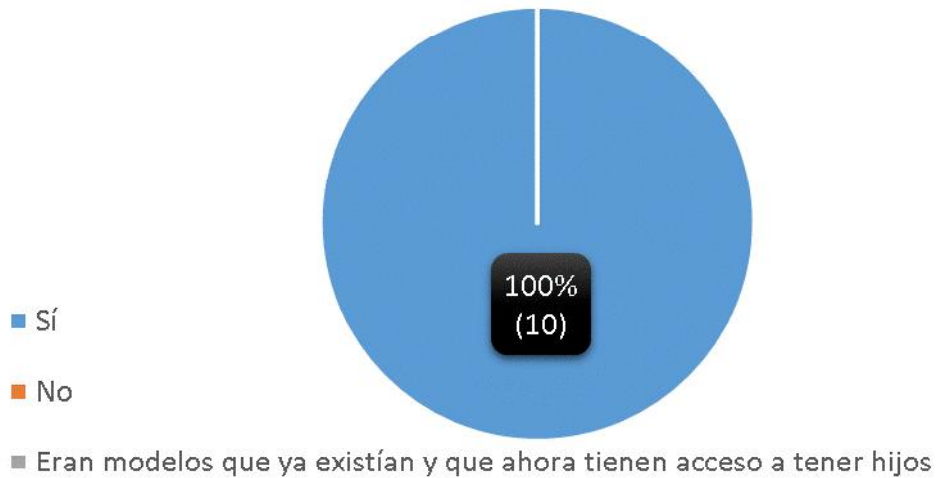


Gráfico 23: Intérpretes – Nuevos modelos familiares

El resultado coincide con el del personal sanitario (gráfico 3), por lo que la premisa se cumple por completo. La RA y los servicios de interpretación que la acompañan suponen una transformación social que ha empezado hace poco y cuyas consecuencias sociales se verán en los próximos años. Pero, en cualquier caso, empiezan ya a ser visibles los cambios que la RA y los servicios de interpretación están generando en la sociedad. Aún no está quizás asociado a estos dos campos de trabajo pero está claro que la estructura familiar tradicional ha dejado de ser la única opción para formar una familia. La participación de la RA y la interpretación está siendo fundamental para que muchos de estos nuevos núcleos familiares cumplan su sueño de ser padres.

4.3.7 Código ético de neutralidad, integralidad y confidencialidad

A la pregunta 7 (¿Conoce el código ético de neutralidad, integralidad y confidencialidad del intérprete?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 24 representa las 10 respuestas. 8 (80%) personas respondieron 1) y 2 (20%) respondieron 2).

¿Conoce el código ético de neutralidad, integralidad y confidencialidad del intérprete?

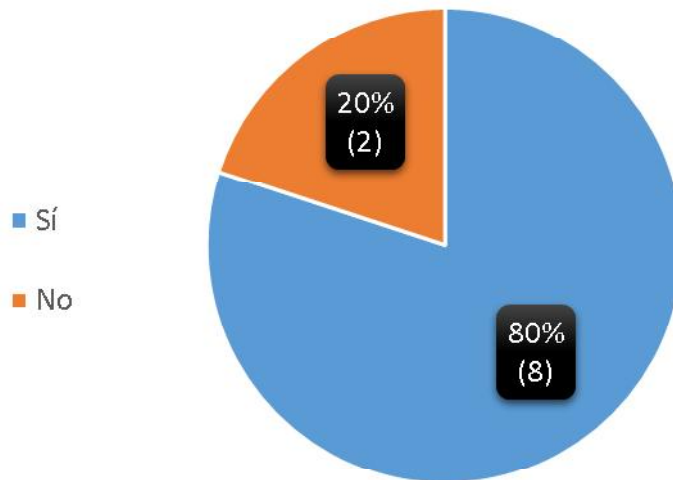


Gráfico 24: Intérpretes – Código ético

Este resultado evidencia que la mayor parte del equipo de intérpretes conoce el código deontológico. Sin embargo, no deja de ser llamativo que haya una parte que no lo conozca.

4.3.8 Aplicabilidad del código ético

A la pregunta 8 (¿Conoce el código ético de neutralidad, integralidad y confidencialidad del intérprete?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) En general, sí
- 2) En general, no
- 3) Aunque no siempre, la mayor parte de las veces se puede
- 4) Sería lo deseable pero la mayor parte de las veces no es factible

El gráfico 25 representa las 10 respuestas. 5 (50%) personas respondieron 1), ninguna persona respondió 2, 3 (30%) personas respondieron 3) y 2 personas respondieron 4).

¿Cree que esos conceptos son aplicables a este contexto?

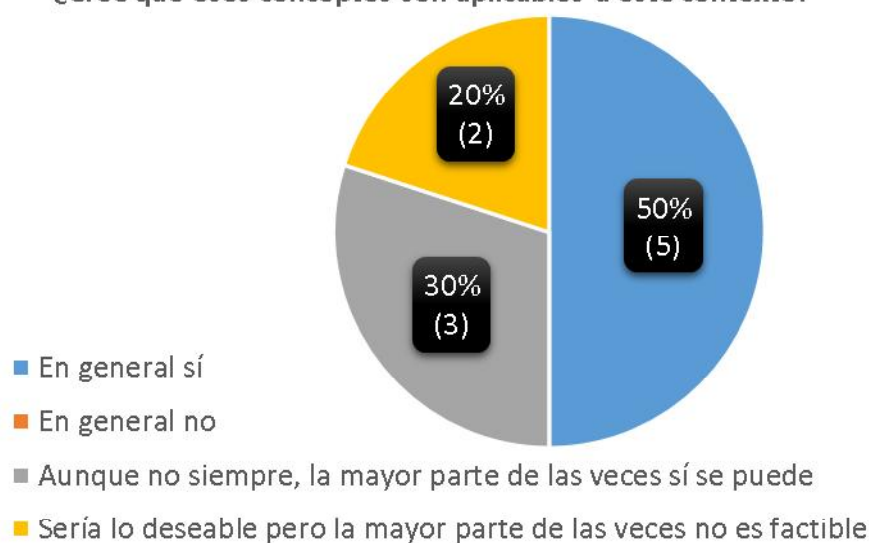


Gráfico 25: Intérpretes – Código ético en RA

Los resultados están divididos aunque parece que hay una opinión general común. Según las encuestadas, por regla general, sí se puede respetar el código deontológico. Se verá un análisis más pormenorizado de este asunto más adelante.

4.3.9 Pautas y directrices existentes para interpretaciones con extranjeros

A la pregunta 9 (¿Hay pautas o directrices en el centro de trabajo sobre cómo realizar las interpretaciones con pacientes extranjeros?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 26 representa las 10 respuestas. 9 (90%) personas respondieron 1) y una (10%) persona respondió 2).

¿Hay pautas o directrices en el centro de trabajo sobre cómo realizar las interpretaciones con pacientes extranjeros?

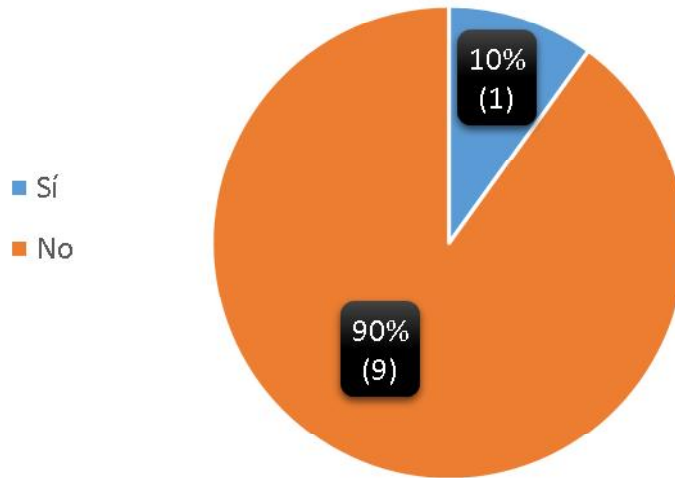


Gráfico 26: Intérpretes – Directrices del centro de trabajo

La respuesta es casi unánime, no parece que haya directrices en el centro sobre cómo llevar a cabo las interpretaciones con pacientes extranjeros no hispanohablantes sino que los protocolos que se han ido estableciendo pasan a conocimiento de las intérpretes más nuevas a través de las más antiguas en este campo.

Sería desde luego lo deseable pero, teniendo en cuenta que fue desde el inicio una experiencia nueva para todos, personal sanitario e intérpretes, los servicios de interpretación en RA y el personal sanitario se fueron ajustando unos a otros.

4.3.10 Tipos de problemas

A la pregunta 10 (¿Con qué tipo de problemas se ha encontrado más frecuentemente como intérprete?) se pidió a las intérpretes elegir entre las respuestas siguientes y ponerlas en orden, siendo el 1 la opción con mayor frecuencia y 3 la que menos:

- 1) Lingüísticos
- 2) Culturales
- 3) En la interrelación con el personal sanitario

El gráfico 27 representa las 10 respuestas proporcionadas por las intérpretes. Se consideró como problema más frecuente la interrelación según 8 personas y el aspecto lingüístico según 2. Se consideró como segundo problema más frecuente el aspecto cultural según 5 personas, el aspecto lingüístico según 3 personas y la interrelación según 2. Se consideró como tercer problema más frecuente el aspecto cultural y lingüístico según 5 personas.

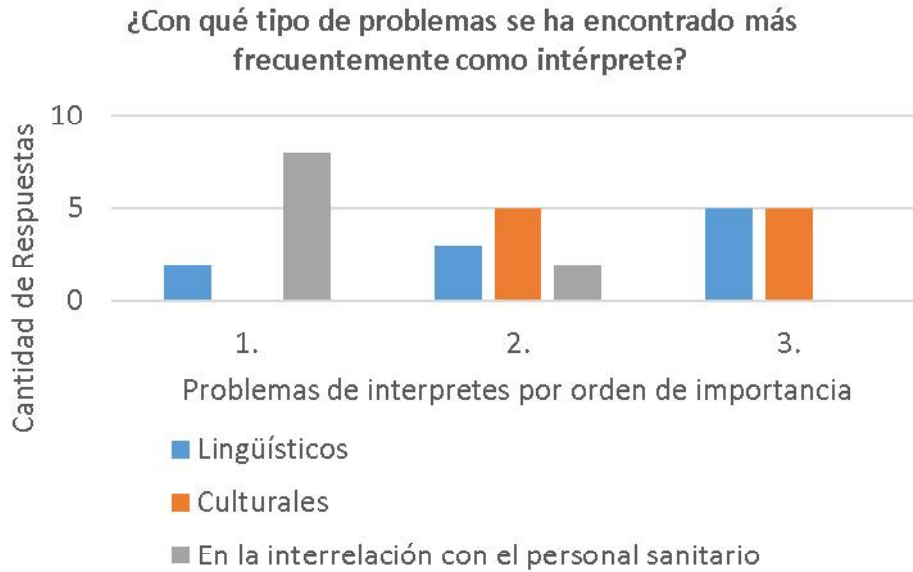


Gráfico 27: Intérpretes – Problemas frecuentes en RA

4.3.11 Pautas para el personal sanitario

A la pregunta 9 (¿Hay pautas o directrices en el centro de trabajo sobre cómo realizar las interpretaciones con pacientes extranjeros?) se pidió a las intérpretes elegir una de las dos respuestas siguientes:

- 1) Sí
- 2) No

El gráfico 26 representa las 10 respuestas. 9 (90%) personas respondieron 1) y una (10%) persona respondió 2).

Este resultado se analizará con más detalle más adelante pero llama la atención que el problema más frecuente no tenga que ver con la profesión misma, sino con la dificultad para integrar la profesión con el resto de personal del ámbito sanitario.

¿En algún momento ha tenido que dar pautas al personal sanitario sobre cómo trabajar con un intérprete?

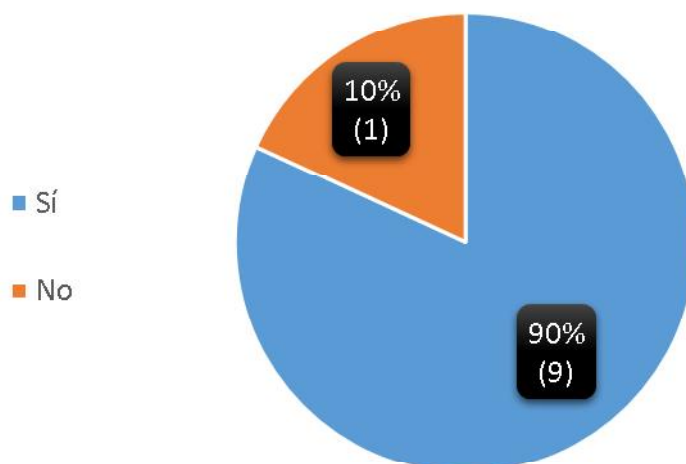


Gráfico 28: Intérpretes – Pautas al personal sanitario

El resultado no es sorprendente si se tiene en cuenta que no existen directrices sobre cómo trabajar con la intérprete como ya se ha visto en otra pregunta donde se podía deducir que no ha habido una formación previa. Esto significa que el protocolo de actuación o las pautas se han ido estableciendo sobre la marcha en función de las necesidades.

4.3.12 Necesidad de formación pro parte del acto comunicativo

A la pregunta 11 (Teniendo en cuenta los problemas que ha encontrado durante las interpretaciones, ¿qué parte del acto comunicativo cree que debería reforzar su formación?) se pidió a las intérpretes elegir entre las respuestas siguientes y ponerlas en orden, siendo el 1 la opción con mayor prioridad y 3 la que menos:

- 1) Intérprete
- 2) Personal sanitario
- 3) Paciente

El gráfico 29 representa los 10 órdenes proporcionados por los intérpretes. El colectivo que debería reforzar su formación con mayor urgencia es el personal sanitario según 6 personas, la intérprete según 3 personas y el paciente según 1 persona. El colectivo que debería reforzar su formación en 2º lugar es el paciente según 4 personas, la intérprete según 3 personas y el personal sanitario según 3 personas. El colectivo que debería reforzar su formación en 3er lugar es el paciente según 5 personas, la intérprete según 4 personas y el personal sanitario según 1 persona.

Teniendo en cuenta los problemas que ha encontrado durante las interpretaciones, ¿qué parte del acto comunicativo cree que debería reforzar su formación?

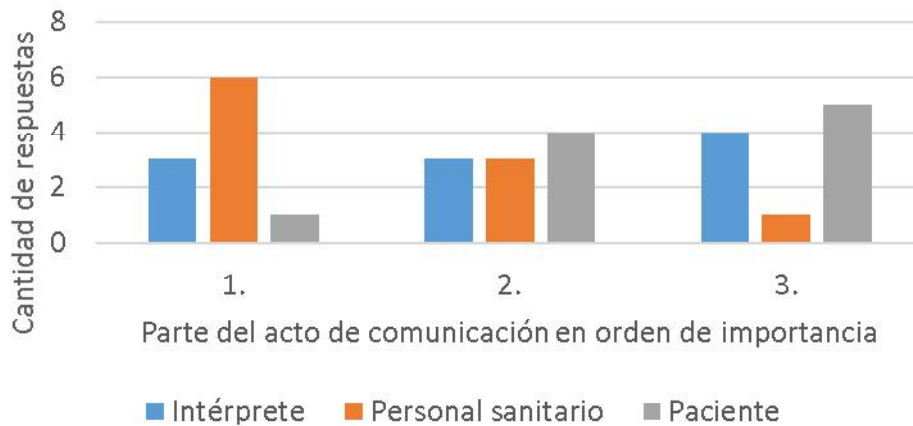


Gráfico 29: Intérpretes – refuerzo de la formación

Según este gráfico, las encuestadas consideran que los que deberían recibir una formación adecuada para que las situaciones interpretativas se desarrollen adecuadamente son en este orden los miembros del personal sanitario, después los intérpretes y finalmente los pacientes.

El resultado tiene sentido si se tiene en cuenta que los pacientes acuden puntualmente al centro, por lo que darles una formación no tendría ningún sentido práctico.

Sin embargo, sí es importante informarles, y se hace, así como demarcar el rol de la intérprete, demarcar cuáles son sus competencias y cuáles las del personal sanitario para evitar equívocos.

La formación de la intérprete es, según las encuestadas, secundaria en el orden de prioridades. Aunque la ampliación de sus conocimientos siempre será una cuestión importante en su desarrollo profesional no es el foco actual de carencias formativas de los tres elementos propuestos.

La elección más votada es el personal sanitario. Ellos viven a diario situaciones interpretativas de las que forman parte sin haber recibido una formación sobre cómo desarrollar el trabajo en equipo con las intérpretes.

De los tres elementos del triángulo comunicativo, parece ser el que necesitaría con más urgencia una mínima preparación, en su caso para conocer las pautas del trabajo con intérpretes y pacientes extranjeros no hispanohablantes.

4.3.13 Puntos para trabajar

A la pregunta 12 (En su formación como intérprete ¿qué puntos considera que haría falta trabajar?) se pidió a las intérpretes elegir entre las respuestas siguientes y ponerlas en orden, siendo el 1 la opción con mayor prioridad y 4 la que menos:

- 1) Lingüísticos
- 2) Culturales
- 3) Psicológicos
- 4) Colectivo profesional: visibilizar la profesión, concienciar a la sociedad, mayor colaboración con el colectivo profesional.

El gráfico 30 representa el resultado proporcional de las 10 respuestas de las intérpretes. El aspecto que se debería trabajar con mayor prioridad es la participación en el colectivo profesional según 4 personas, el aspecto lingüístico según 3 personas, el aspecto psicológico según 2 personas y el aspecto cultural según 1 persona. El aspecto que se debería trabajar en 2º lugar es el lingüístico y psicológico cada uno según 3 personas, el cultural y participación en el colectivo profesional según 2 personas. El aspecto que se debería trabajar en 3er lugar es el cultural según 6 personas, la participación en el colectivo profesional según 3 personas y el lingüístico según 1 persona. El aspecto que se debería trabajar en 4º lugar es el psicológico según 5 personas, el lingüístico según 3 personas y el cultural y la participación en el colectivo profesional según 1 persona.

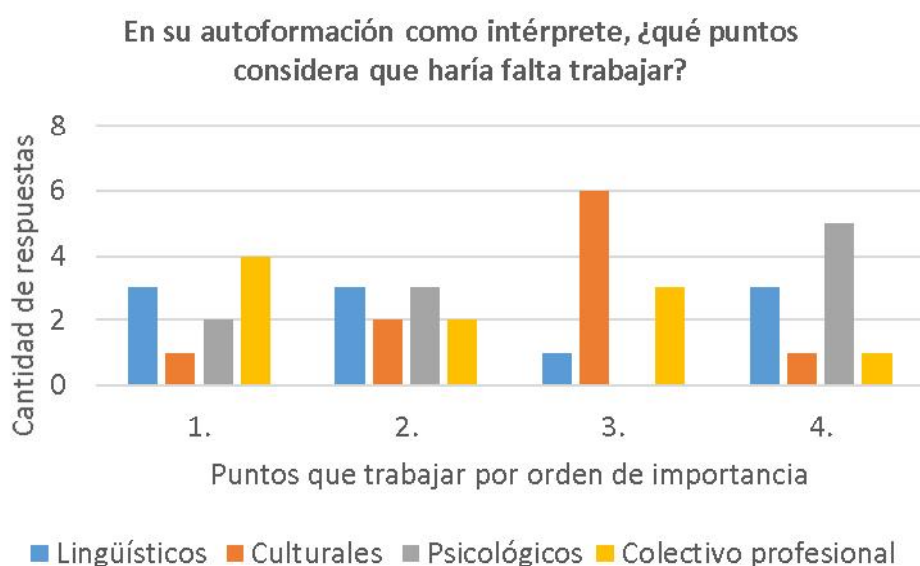


Gráfico 30: Intérpretes – Autoformación

Según las encuestadas y haciendo una media, los aspectos en su autoformación tendrían este orden de prioridad:

- mayor participación en el colectivo profesional;
- trabajo de los aspecto lingüísticos;
- trabajo de los aspecto culturales;
- trabajo de los aspecto psicológicos.

Aunque las diferencias son mínimas se pone de manifiesto la autopercepción de la escasa participación en el colectivo profesional.

Se verán de forma detallada más adelante estos 4 puntos en la autoformación del intérprete.

4.4 Conclusiones de los resultados del equipo de intérpretes

Siguiendo el hilo del estudio, se presentan a continuación las principales conclusiones extraídas del cuestionario realizado al equipo de intérpretes.

Uno de los primeros puntos es el desconocimiento que tenían las intérpretes sobre su profesión en la RA, lo cual se explica porque se trata un contexto laboral muy reciente y, por tanto, desconocido anteriormente. Otro aspecto importante del cuestionario ha sido la visión

de las propias intérpretes en el mundo de la RA, basándose en su experiencia laboral. Para presentar el análisis de forma resumida, se ha dividido su valoración según las posibles perspectivas o ángulos de observación:

- Individual. En este punto, valoran de forma positiva la especialización en el ámbito sanitario, aunque no consideran que esté justificada su obligatoriedad. Este resultado contrasta con el del personal sanitario, que sí considera necesaria una especialización de las intérpretes.
- Colectiva. Valoran de forma positiva su labor en la RA para desarrollarse profesionalmente y como vía para visibilizar la profesión.
- Social. Son conscientes de estar participando activamente en la creación de nuevos modelos familiares y su exportación a los países vecinos.

Se presenta a continuación un breve análisis sobre los obstáculos que perciben y las mejoras que valorarían de forma positiva, diferenciando las medidas empleadas hacia el personal sanitario y hacia su propio equipo de intérpretes.

Con respecto al personal sanitario, la propuesta más aplaudida es la de dar al personal sanitario una mínima preparación sobre el trabajo en equipo con intérpretes, ya que existe un desconocimiento importante sobre este tema. La experiencia durante años ha subsanado una gran parte de ellos pero aún queda trabajo por hacer y, sin duda, se trata de uno de los puntos más importantes.

Con respecto al trabajo de las propias intérpretes, se han propuesto una serie de mejoras entre las que han elegido con este orden de prioridad:

- mayor participación en el colectivo laboral,
- trabajar el aspecto lingüístico,
- trabajar el aspecto cultural,
- trabajar el aspecto psicológico.

Se desarrollarán más adelante propuestas más concretas sobre cada uno de estos aspectos.

4.5 Obstáculos y mejoras

Tras los resultados obtenidos y su análisis posterior, se presentan a continuación los obstáculos y las posibles mejoras para subsanarlos.

4.5.1 Obstáculos

La situación profesional de las intérpretes en RA necesita de una constante revisión y análisis para identificar las dificultades, carencias, obstáculos, etc., que encuentre y desarrollarse profesionalmente. Para ello, se exponen algunos de los puntos que habría que revisar de forma más urgente.

4.5.1.1 Jerárquicos

Es bien sabido que el mundo de la medicina funciona a través de una jerarquía bastante establecida y cuesta hacerse un hueco en ella, más aún si se tienen en cuenta varios factores.

La intérprete es un elemento no médico. Desempeña una tarea ajena a la medicina aunque contribuya al buen desarrollo de la misma, no tiene una formación profunda en el tema y, por esta razón, no siempre recibe la acogida que cabría esperar. El lugar en esta

jerarquía viene determinado por el grado de conocimientos y responsabilidad. Y existe una subordinación clara y aceptada, todos saben en qué términos tratar al otro según la escala en la que se encuentre. Pero ¿dónde encaja en este mundo la intérprete?, ¿en qué registro es adecuado dirigirse a ella? Es algo que a los profesionales de la interpretación no les pasa desapercibido.

El auge de la RA tuvo como consecuencia la aparición de pacientes extranjeros no hispanohablantes y de los servicios de interpretación, es decir, que ha habido un crecimiento casi a la par por esta relación. La RA desarrollada tanto en grandes clínicas como en clínicas más modestas tiene una plantilla bastante fija. Las mismas intérpretes trabajan con los mismos profesionales sanitarios en cada momento porque todos forman parte de la misma plantilla.

El profesional sanitario, sobre todo los médicos, dominan bastante bien el cambio de registro porque le es útil en su propia consulta, según el grado de cultura, formación, etc., del paciente. Y esta adaptabilidad se percibe entre los mismos compañeros que forman el conjunto del personal sanitario. Sin embargo, la visibilidad de la intérprete es nueva en la sociedad y aún más en contextos tan cercanos como una consulta médica. Parte del personal médico desconoce incluso que para ser intérprete hay que tener estudios superiores y una formación específica y existía y existe a día de hoy el mito de que saber la lengua te capacita para ser intérprete.

El personal sanitario que no ha sido informado, puede desconocer todo esto y no saber “medir” qué tipo de persona está en su consulta, en qué registro dirigirse a ella, cuál es su función. La intérprete está en la consulta, quirófano, etc., “invadiendo” de alguna forma el espacio habitualmente ocupado solo por personal sanitario. La intérprete pone las palabras del personal sanitario en otra lengua y puede producir inicialmente cierta extrañeza, se sienten espectadores de su propio discurso en otra lengua.

Cuando el personal sanitario no está acostumbrado a trabajar con una intérprete en la consulta, puede reaccionar de múltiples formas pero haría falta destacar dos en especial. La primera sería delegar casi por completo a la intérprete la comunicación con el paciente, olvidando que hay múltiples elementos de sí mismos de los que los pacientes pueden extraer comunicación sin hablar la misma lengua, entre ellos: tono de voz, expresión facial, lenguaje corporal, feedback visual, etc.

El personal sanitario no está acostumbrado y tiende a relajarse, como si hubiera un muro entre ellos y el paciente. Y nada más lejos de la realidad. El paciente viene con mucha expectación, se desplazan exclusivamente para pasar una consulta médica que determinará la forma de conseguir su sueño tan deseado de ser padres, por lo que cada gesto, cada tono, cada mirada es una fuente de información. Las intérpretes se encuentran a diario con la tarea de concienciar sobre dichos temas al personal sanitario.

La intérprete en consulta no tiene necesidad de añadir elementos como el volumen o la expresión porque tanto el personal sanitario por los pacientes tienen acceso directo a esta información durante la comunicación. Lo ideal es que la intérprete pase lo más desapercibida posible.

La segunda es que el personal sanitario se siente espectador de sus propias palabras y enjuiciado. Es bastante humano sentir una inicial sensación de invasión, ya que no están acostumbrados a oír sus palabras en boca de otra persona, y menos aún en otra lengua que apenas aciertan a entender, y en directo.

El personal sanitario puede, en ocasiones, experimentar una sensación de juicio. A fuerza de interpretar consultas médicas con contenido similar, la intérprete acaba teniendo en términos generales una visión bastante clara de la información médica transmitida habitualmente a los

pacientes, puede incluso prever el diagnóstico que se va a dar o los tratamientos que se van a ofrecer al paciente.

Es un aspecto muy positivo porque estos conocimientos adquiridos facilitan enormemente la tarea de la interpretación. Sin embargo, el médico puede experimentar una sensación de presión ante una posible equivocación de contenido frente a la intérprete que ya ha tenido unos conocimientos mínimos sobre el tema. La intérprete no es una fuente de formación.

Se ha intentado en diferentes ocasiones dar algún taller, charla, etc., al personal sanitario sobre cómo trabajar con intérpretes en consulta para evitar todos estos malentendidos, disipar dudas, ofrecer pautas, etc., pero la propuesta no ha dado los frutos esperados ya que el personal sanitario (no la totalidad pero sí una gran parte) ha considerado inadecuado que una intérprete “les enseñe a pasar consulta”. No han entendido que solo se pretende enseñarles que la intérprete es un elemento más de la consulta con el que tienen que aprender a convivir y trabajar en equipo.

Los conflictos o malentendidos que pueden surgir son variados pero todos responden a una impresión errónea sobre la labor de la intérprete en consulta. Las intérpretes no son un elemento enjuiciador ni invasivo sino un recurso del que se valen para que la comunicación y, por tanto, su trabajo fluya adecuadamente con los pacientes no hispanohablantes.

4.5.1.2 Lingüísticos

A diferencia de los intérpretes de conferencias o institucionales, la intérprete de RA puede permitirse ciertas licencias con el fin de mejorar la fluidez de la comunicación.

Codificación y descodificación adaptadas.

La intérprete no solo codifica y descodifica el contenido de un mensaje sino que debe tener la capacidad de encontrar el registro adecuado al nivel de cada una de las partes.

La especialización es un factor que lo facilita ya que, una vez adquiridos los conocimientos, la intérprete puede desarrollar mejor su agilidad mental en adecuar el discurso al nivel de las dos partes del triángulo comunicativo. Se presenta a continuación un ejemplo práctico real.

Es el caso de una mujer magrebí que no está acostumbrada a ir a una consulta ginecológica sola y para la que el francés es su 2ª lengua. El diálogo entre el médico y ella con intérprete es el siguiente:

Médico: *buenos días, sra. Vamos a proceder a realizar un análisis de su historia clínica completa.*

Intérprete: *bonjour Mme, je vais voir les examens afin de vous donner mon avis sur votre cas médicale.*

Paciente: *d'accord*

Intérprete: *de acuerdo*

Médico: (tras haber visto los exámenes): *teniendo en cuenta el conjunto de las pruebas llevadas a cabo en su país, he comprobado que se necesitarán otros análisis complementarios para poder darle un diagnóstico. Dichas pruebas son una histeroscopia y un estudio de trombofilias.*

Intérprete: *mon avis après avoir vu vos examens est que vous devrez faire d'autres examens en plus. Cela me permettra d'avoir plus d'information sur votre cas et de pouvoir ainsi vous indiquer la suite. Les examens sont une hysteroscopie (cara de duda de la paciente) **qui consiste à introduire une***

caméra à l'utérus et pouvoir ainsi voir en détail l'état de votre utérus et l'étude des thrombophilies (cara de duda de la paciente), une prise de sang pour une étude plus approfondie de la coagulation

Paciente: *d'accord, merci*

Intérprete: *de acuerdo, gracias*

La intérprete está en este caso realizando varios cambios con respecto al discurso original:

- Está cambiando el “vamos” por “voy”, sustituyendo así el plural de autor por la 1ª persona del singular.

Tal y como indica La Riva (2011): “El plural de autor (...) puede servirle para disminuir la contundencia de ciertos juicios, para centrar la atención en lo que se dice más que en quien lo dice”.

Este plural de autor no tiene por qué dar lugar a confusión o imprecisión si se trata de un texto o discurso dirigido a científicos, ya que se trata de un convencionalismo de la lengua al que están acostumbrados los miembros de la comunidad científica.

Sin embargo, a los pacientes, según sea su nivel y origen cultural, les puede llevar a confusión.

Teniendo en cuenta además que hay un tercer elemento en la comunicación, la intérprete, no está de más usar la 1ª persona del singular dejando claro que el mensaje viene únicamente del personal sanitario.

- Desterminologización

La definición ofrecida es: “Fenómeno formal, comunicativo y cognitivo, que se manifiesta a través de una serie de procedimientos relacionados con el tratamiento de las unidades léxicas especializadas y centrados en garantizar la accesibilidad de un texto especializado a unos destinatarios no expertos.”(Campos 2013:49).

Esto significa que no se traslada el vocablo exactamente igual de una lengua a otra o se traslada pero haciendo uso de diferentes herramientas de desterminologización, con el fin de hacer más accesible el mensaje. Entre dichos recursos se puede encontrar: sinonimia, analogía, ejemplificación, definición, etc.

En este caso, la intérprete está añadiendo una definición a los términos “histeroscopia” y “estudio de trombofilias” que el personal sanitario no ha dado.

Este recurso solo se puede emplear si la intérprete está completamente segura de la información que está trasladando. Y la mejor manera de llegar a este grado de conocimiento es la especialización y formación en un ámbito específico. La asimilación de los conocimientos así como la continua actualización de los mismos. Todo ello permite a la intérprete desarrollar a su vez otras facultades profesionales como la capacidad de la desterminologización en una interpretación para hacer llegar el mensaje adecuadamente.

- Cambio de la estructura de la frase

El objetivo sigue siendo el mismo, hacer llegar la información lo mejor posible. No hace falta ser tan escrupuloso a la hora de respetar el orden de las frases si el objetivo es clarificar el mensaje y hacerlo lo más idiomático posible.

- Confirmación de comprensión del mensaje

Tanto la intérprete como el personal sanitario están frente al paciente pero el personal sanitario está, en bastantes ocasiones, mirando la pantalla del ordenador donde anota el contenido y desarrollo de la consulta mientras se dirige al paciente. El paciente, por inercia, mira a la intérprete que es, además, quien habla su lengua

En estos intercambios de información que se dan en una consulta, el paciente da mucha información con su lenguaje corporal, que el personal sanitario se pierde. Una de las reacciones puede ser de duda ante la información recibida pero sin llegar a verbalizarlo y sin que el personal sanitario, pendiente de dejar todo bien anotado, se percate.

La intérprete tiene, en este caso, varias opciones:

- preguntar si lo ha entendido;
- reformular lo mismo con otras palabras con el fin de confirmar si la complejidad o confusión tenían su origen en la estructura de la frase, el vocabulario, etc.;
- indicar al médico que la expresión facial parece denotar duda (solo cuando se esté muy seguro):
- no intervenir.

Según el código deontológico, la intérprete debería no intervenir. Interpretar las palabras es menos complejo que el lenguaje corporal o la expresión, en los que se puede caer más fácilmente en la subjetividad y la sobreinterpretación.

Sin embargo, de las 4 opciones, las 2 primeras serían las más adecuadas en este contexto, ya que la intérprete no está añadiendo o quitando información, está cerciorándose de que la información ha llegado. No se salta por ello algún punto del código deontológico, aunque la iniciativa no venga del otro elemento del triángulo comunicativo, el personal sanitario.

4.5.1.3 Culturales

Para entender los conflictos culturales que la intérprete encuentra casi a diario hay que empezar por explicar el objetivo de ambas partes del tratamiento, de las otras dos partes del triángulo comunicativo: el personal sanitario y el paciente.

El objetivo del personal sanitario es conseguir traspasar las fronteras biológicas que impiden a una mujer o a una pareja poder tener hijos. Para ello, se sirven de todos los conocimientos técnicos a su alcance y respetando en cualquier caso la ley respecto a los casos en los que está permitido o no hacer tratamientos, el empleo de según qué técnicas y bajo qué condiciones. Su prioridad es, en tanto que profesionales en RA, conseguir el embarazo evitando las valoraciones éticas o personales del paciente.

Es su profesión, están formados para ello.

Sin embargo, la motivación de un paciente puede ser muy variada. Todo haría pensar que su objetivo es el mismo: tener un hijo. Y sería una afirmación acertada pero demasiado limitada con respecto a la realidad de sus motivaciones.

El objetivo real o secundario puede ser muy variado y la experiencia de estos años en RA no hace sino confirmar esta teoría cada día.

Al objetivo de tener un hijo se pueden añadir muchos otros que tienen que ver con el contexto cultural. Los más frecuentes serían a grandes rasgos los siguientes:

- evitar la pérdida de la pareja;
- aceptación social;
- manipulación;
- evitar la resolución de problemas sexuales;
- cumplir con el catálogo de experiencias vitales;
- no aceptación de las limitaciones biológicas: paso previo al duelo.

Antes de entrar a profundizar en algunos de estos puntos, es importante aclarar por qué es importante para la intérprete esta información.

La intérprete escucha un mensaje pero no puede obviar el submensaje que hay debajo, determinado en bastantes ocasiones por el origen cultural del paciente. En tanto que intérpretes, tienen más acceso a esta información que el personal sanitario porque los pacientes suelen confiar en quien habla su lengua y conoce su cultura.

Los pacientes son conscientes de que la intérprete es un puente de comunicación del que se valen para acceder a cualquier información del centro.

Sin embargo, en la mayor parte de los casos, es el único puente de enlace directo, por lo que se convierten en depositarios de sus preocupaciones, sugerencias o miedos.

Se presenta a continuación con más detalle los casos mencionados.

Evitar la pérdida de la pareja.

En el contexto de parejas polígamas, como suele ser el caso de algunos pacientes de origen subsahariano, el hombre tiene varias mujeres. El principal objetivo del matrimonio es tener hijos y si una de las mujeres no “le da” hijos puede conllevar el rechazo de la mujer.

El objetivo de la mujer no es tanto satisfacer su deseo de maternidad (o también) sino mantener su estatus social. Esta situación no existe únicamente en este tipo de culturas sino también en otras religiones o creencias que nada tienen que ver con el Islam o con la poligamia. La motivación puede ser puramente individual, se trata de pacientes con problemas conyugales que buscan la solución a estos con un nuevo miembro en la familia.

No pocas veces hablan abiertamente de ello a las intérpretes, pero a escondidas de sus parejas. El estado de desesperación no surge de la imposibilidad de tener un hijo sino de perder a su pareja y lo contemplan como el último rescate posible de la relación.

En otras ocasiones, hablan directamente en consulta del tema.

Aceptación social.

Va encaminado en una dirección parecida a la del punto anterior. El objetivo es satisfacer las expectativas impuestas por el colectivo para seguir perteneciendo a él.

Es el tipo de contexto cultural, independientemente del origen geográfico, explicado por Nevado Llopis (2014): “(...) una cultura predominantemente colectivista, en la que el individuo basa su identidad en relación con su grupo —familiar o comunitario— de pertenencia al colectivo”.

Manipulación.

Desgraciadamente, también se da esta situación. Hay casos en los que el embarazo se usa como moneda de cambio, pero se van a explicar sobre todo los casos que pueden afectar al trabajo de la intérprete.

Son aquellos en los que buscan la complicidad de la intérprete como hablante de su lengua para otros fines durante el proceso del tratamiento. En ocasiones, quieren convencer al personal sanitario para saltarse ciertas legalidades o protocolos: acortar el plazo de espera, buscar mayor eficacia del tratamiento, darles la identidad de los donantes de óvulos o de semen. Se da incluso el caso de utilizar el dinero como medio para conseguir este tipo de beneficios y sucede en especial con aquellos pacientes en cuyas culturas el dinero es el medio para alcanzar sus objetivos, en las que esta negociación está normalizada.

Sucede tanto en hombres como en mujeres pero se da especialmente en mujeres que quieren ocultar información al hombre para que no las rechace. El contexto cultural de este tipo de parejas suele ser de origen patriarcal, la mujer tiene una dependencia del hombre y busca la permanencia a su lado para buscar su propia seguridad. Para ello, piden a la intérprete o al personal sanitario que oculte información al cónyuge. Es importante señalar que hay información médica no relevante para el otro cónyuge e información que sí. El personal sanitario hace esta diferenciación y la respeta si es factible.

Un ejemplo de información que sí se podría ocultar es un aborto voluntario previo con una pareja anterior. Si no tiene importancia médica para la pareja actual, la mujer tiene derecho a que esta información quede en su historia clínica.

Sin embargo, hay otras peticiones de los pacientes que no se pueden tener en cuenta como por ejemplo, ocultar a la pareja que el/la paciente padece una enfermedad infecciosa, el uso de óvulos de una donante en lugar de los de la mujer, etc.

En estos casos, intentan involucrar a la intérprete buscando su complicidad, aunque esta lógicamente no lo haga.

Evitar la resolución de problemas sexuales.

Algunas parejas acuden a buscar el embarazo porque no mantienen relaciones sexuales por otras cuestiones: impotencia, vaginismo, etc. En ocasiones, no dicen abiertamente cuál es el problema que les ha llevado a ese punto y el diálogo resultado confuso y opaco. Aunque no sucede a menudo, es interesante señalar que puede darse la situación de que el personal sanitario no sepa distinguir si el mensaje vago e impreciso viene realmente del paciente o es la intérprete quien no está entendiendo el mensaje. Este tipo de problema se da más por teléfono, cuando el personal sanitario solo se basa en el mensaje y el tono de la intérprete.

No aceptación de las limitaciones biológicas: paso previo al duelo.

Hay no pocas mujeres que viven convencidas de que pueden quedarse embarazadas hasta muy entradas en edad sin saber que las posibilidades son muy bajas y en algunos casi inexistentes.

Se pueden encontrar en este texto algunas de las posibles causas:

La incorporación de la mujer al mundo laboral ha provocado que muchas de ellas pospongan cada vez más otros aspectos de su vida, como la **maternidad**, siendo además cada vez menor el número de hijos. [Según el Instituto Nacional de Estadística \(INE\)](#), la media de hijos por mujer en España es de 1,39, y la edad media de la mujer en el nacimiento de su primer hijo se sitúa actualmente en los 29,3 años de edad. El problema que conlleva esta espera es que a partir de los 35 años la mujer tiene más dificultades para ser madre de forma natural debido a la bajada tanto de la reserva ovárica como de la calidad de los óvulos, lo que puede manifestarse en un incremento de anomalías cromosómicas en los ovocitos. (Ginefiv 2011)

La mayor parte de estas pacientes extranjeras no hispanohablantes ya conocen su diagnóstico porque se les ha informado del mismo en sus países. Acuden a España con la esperanza de recibir un diagnóstico más optimista o sencillamente porque en sus países se niegan a hacerles tratamiento o ya han pasado el límite de edad permitido.

Han postergado demasiado su maternidad y antes de aceptar las limitaciones biológicas quieren agotar las posibilidades sin entender o querer entender que, desgraciadamente, en muchos casos las posibilidades ya se han agotado casi por completo.

Este tipo de casos experimentan un nivel de estrés y ansiedad muy importante, están en el inicio de pasar un duelo muy complejo y la comunicación se hace muchas veces difícil.

4.5.2 Mejoras

En el caso de la RA y las intérpretes, la experiencia es tan nueva que tanto los obstáculos como las mejoras han ido surgiendo de forma natural en el día a día, pero la experiencia acumulada también es un indicio de que es quizás el momento de corregir los vicios adquiridos y aplicar las mejoras que aún hacen falta. La mejora más obvia y a la vez más general es sin duda la formación de ambas partes del triángulo: el personal sanitario y el intérprete.

4.5.2.1 Formación del personal sanitario a las intérpretes.

Hay, claro está, muchos recursos externos a los que recurrir pero interesa especialmente el intercambio de conocimiento que se puede establecer entre el personal sanitario y las intérpretes.

El trabajo en equipo implica a todas las partes, las conciencia, las hace protagonistas de su propio crecimiento y partícipes del de los demás. La formación es, sin duda, un camino acertado.

Se detallan a continuación algunas propuestas, empezando por la formación que pueden recibir las intérpretes por parte del personal sanitario. Como ya se ha mencionado, algunos de estos puntos ya se han trabajado en el día a día pero de forma soslayada.

Conocimientos sobre medicina

Para poder interpretar una consulta médica es necesario tener una base de conocimientos y las intérpretes tienen el acceso más directo.

Sería interesante que el personal sanitario expusiera a las intérpretes un panorama general sobre la medicina y la biología a través de alguna charla o taller adaptados al conocimiento básico que puede tener la intérprete, incluyendo una bibliografía para ampliar la información y centrada en los aspectos más relacionados con la reproducción humana.

Conocimiento sobre la RA

La RA es una subespecialización de la ginecología. En este punto, el conocimiento debe ser más específico y las explicaciones a las intérpretes más detalladas para asimilar la información que les servirá a lo largo de su trabajo.

Aunque también parece una obviedad, sería muy útil elaborar un glosario de los términos más frecuentes en las lenguas con las que se trabaje, lo que evitaría mucho tiempo de formación a las nuevas intérpretes que se vayan incorporando y permitiría que el conocimiento se asimilara con mayor rapidez.

Para conocer la jerga médica y familiarizarse con el vocabulario, expresiones, etc. Y el funcionamiento en general de este tipo de equipos, sería interesante poder asistir previamente a sesiones clínicas de los diferentes equipos e incluso, con el consentimiento de los pacientes, a consultas médicas como oyentes.

La perspectiva de una intérprete que nunca ha visto el tipo de consulta en la que tendrá que interpretar frente a la de la que sí es muy diferente. La capacidad de improvisación, la agilidad mental y el dinamismo son fundamentales en este trabajo porque cada día, cada consulta y cada paciente son una nueva situación y reto profesionales. Por eso se hace tan necesaria una base sólida.

Conocimiento sobre el contexto legal

Esta información es necesaria para que la intérprete conozca y comprenda la legislación con la que trabajará en esta situación tan particular de la RA. La legalidad en la que la intérprete tiene que desenvolverse a diario es una información sumamente valiosa que debe adquirir para realizar correctamente su trabajo:

- Con respecto al paciente

Es de suma importancia que la intérprete conozca la ley de RA en España y de gran ayuda conocer la de los países con los que se trabaje más frecuentemente.

La ley de RA tiene un componente bioético. Los ámbitos del derecho, el conocimiento científico y la ética se aúnan para regular esta novedosa y reciente situación médica y social.

Puesto que los tratamientos, terapias, técnicas, etc., siempre van acompañados de consentimientos médicos informados que acaban haciendo referencia a la legislación, es de vital importancia que la intérprete conozca y comprenda esta información para poder trasladarla adecuadamente. La intérprete se encuentra no pocas veces en la situación de tener que hacer una traducción a la vista o explicar con sus palabras el contenido del consentimiento porque el lenguaje utilizado en este tipo de documento resulta opaco al paciente y este lo solicita.

Conocer la legislación de los países de origen de estos pacientes también es muy útil. Hay que tener en cuenta que este tipo de pacientes, en su gran mayoría, ya han hecho tratamientos en sus países y conocen los protocolos de actuación, incluida la firma de estos consentimientos. La intérprete puede encontrarse fácilmente ante una reacción de extrañeza, duda o simple interés ante los contrastes de las diferentes legislaciones. No tiene la obligación de conocer al detalle todas las leyes de RA. Sin embargo, conocer la legislación en materia de RA de estos países puede resultar un importante recurso y ayudarle a prever las posibles dudas que el paciente pueda tener.

- Con respecto a la relación de las intérpretes con la empresa.

Los datos médicos son extremadamente confidenciales. Las intérpretes deben firmar una cláusula especial en su contrato de trabajo con la empresa por esta razón.

Además de formar parte del código ético del paciente, es una condición legal de su trabajo con consecuencias si no se cumple o se viola, por lo que debe tener presente esta información.

Muchas de las experiencias por las que pasa la intérprete de RA son bastante intensas y requiere un tiempo de adaptación habituarse y gestionar adecuadamente las emociones que generan. Puesto que la información de lo que ocurre en consulta es confidencial, sería interesante acudir a psicólogos o terapeutas y, si es posible, a los especializados en RA.

En el centro en el que se ha realizado el estudio cuentan con equipo de psicólogos especializados en RA tanto para pacientes como para el personal.

Conocimiento sobre los perfiles de pacientes. Las generalizaciones no reflejan la realidad pero son una aproximación válida que puede servir de orientación. Los pacientes de la rama sanitaria de RA tienen un proceso psicológico concreto cuya evolución puede venir determinada, entre otras cosas, por el tipo de personalidad.

Existen manuales en RA sobre este aspecto que pueden ser de gran utilidad. A continuación, se expone uno de ellos que parece especialmente interesante por tratarse de un manual de habilidades comunicativas en RA elaborado por el grupo de interés de Psicología en RA de la Sociedad Española de Fertilidad.

Tipo	Masquista	Significado de la enfermedad	Significado de la subfertilidad	Histriónico	Obsesivo	Dependiente
Características	Autopercepción de mártir sacrificado		seductor	melodramático	meticuloso ordenado disfrute de la sensación de control preocupación por lo correcto / incorrecto	necesitado demandante incapaz de tranquilizarse a sí mismo busca la tranquilidad en los demás
Significado de la enfermedad	Egosintónica Castigo consciente a inconsciente			Pérdida del cariño o atractivo	Pérdida del control sobre el cuerpo, emociones, impulsos	Amenaza de abandono
Significado de la subfertilidad	Es un castigo por acontecimientos pasados	pérdida de la propia identidad y de la autoestima	vergüenza	Amenaza de abandono del otro	Castigo por permitir que las cosas ya no estén bajo su control	Sensación de lástima y pena, de inutilidad
Respuesta de contratransferencia	Ira, odio, frustración, impotencia, desconfianza en sí mismo		Erótica: Encuentra atractivo al paciente.	Ansiedad, impaciencia, poca amabilidad	Puede admirar Cuando es extremo tiene ira, un « duelo de voluntades ».	Positiva (+): El profesional se siente poderoso y que lo necesitan. Negativa (-): El profesional se siente agobiado y molesto Puede tratar de evitar al paciente
Sugerencias para el cuidado	Empatizar con el pesimismo del paciente pero hacer hincapié en los efectos positivos del tratamiento Restar importancia a la conexión entre los síntomas y las visitas. frecuentes	Alentar al paciente para que manifieste miedos	Mantener las barreras claras	Buscar el equilibrio entre la cordialidad y la formalidad.	Establecer una rutina Aumentar su sensación de control Proporcionarle información detallada Fomentar el enfoque de colaboración	Tranquilizar al paciente (con límites) Movilizar otros apoyos Recompensar los esfuerzos dirigidos a la independencia

Tabla 2: Tipos de personalidad, comunicación y significado de la subfertilidad

Tipo	Esquizoide o evasivo	Narcisista	Paranoide
Características	distante alejado socialmente torpe inhibido	arrogante despreciativo vanidoso demandante	cauteloso desconfiado o contraataca con rapidez insensible a los desaires
Significado de la enfermedad	Miedo a la intromisión	Amenaza de su autoconcepto de perfección e inmunidad. Sensación de vergüenza	Una prueba de que el mundo está en contra Percepción de los cuidados médicos como invasivos y abusivos
Significado de la subfertilidad	La subfertilidad y sus procedimientos son vistos como una peligrosa invasión de la intimidad	Ataque a la autonomía y a la perfección del yo	Como un ataque para aniquilar « al propio ser »
Respuesta de contra-transferencia	Poca conexión con el paciente Dificultades para entablar una relación	Ira, deseo de contraatacar Activa sentimientos de inferioridad o disfruta de sentimientos de cierta posición por trabajar con un paciente importante	Ira, sentirse atacado o acusado Puede volverse defensivo.
Sugerencias para el cuidado	Respetar la intimidad del paciente Impedir que el paciente abandone por completo el tratamiento Mantener un interés directo y tranquilo por el paciente	Resistir a cuestionar los derechos del paciente Redefinir los derechos para favorecer el cumplimiento terapéutico Adoptar una actitud humilde, darle la oportunidad de alardear, ofrecer visitas si es apropiado	Evitar una actitud defensiva Reconocer los sentimientos del paciente sin discutirlos Evitar una cordialidad excesiva No confrontar los miedos irracionales

Tabla 2: Tipos de personalidad, comunicación y significado de la subfertilidad

Este es uno de los ejemplos de categorización de pacientes que se pueden encontrar.

Esta vista general al contexto psicológico y emocional ayuda a la intérprete a prever el contexto emocional que puede encontrarse en una consulta: los tipos de personalidad de los pacientes y las pautas de comportamiento del personal sanitario ante situaciones de tensión emocional.

La intérprete no tiene la tarea de un psicólogo con respecto al paciente pero tiene la posibilidad de prepararse psicológicamente con ayuda de los profesionales ante este tipo de

situaciones y saber reaccionar ante una situación incómoda, tensa o sencillamente incomprensible desde su punto de vista.

Los pacientes se sienten desesperados y pueden experimentar reacciones emocionales en la intimidad de la consulta: miedo, inseguridad, ansiedad, ira, tristeza, etc.

Puede establecerse una tensión entre el paciente y el personal sanitario en la que la intérprete deberá mantener la calma y concentrarse en realizar correctamente su trabajo.

Si la intérprete no entiende cuál es el origen del comportamiento del paciente ni de la reacción del personal sanitario ante esta situación, es más fácil que se bloquee o que no realice correctamente la interpretación. Una forma de prevenirlo es que entienda previamente el perfil de este tipo de pacientes y el protocolo de actuación del personal sanitario.

Las posibles reacciones que la intérprete puede experimentar en una situación así son:

- -sequedad en la boca,
- -tartamudeo,
- -bloqueo para interpretar, quedarse en blanco,
- -sudor,
- -errores en alguna o en ambas lenguas, etc.

Afortunadamente, no es una situación habitual, pero todas las intérpretes de este centro han vivido al menos una vez una situación parecida. No se pueden evitar los contextos de tensión emocional, pero se pueden conocer y desarrollar los recursos para minimizar las consecuencias en el trabajo.

4.5.2.2 Formación de las intérpretes al personal sanitario

El primer paso es, sin duda, explicar cuál es el trabajo de las intérpretes. Dentro de la flexibilidad de cualquier profesión, explicar dónde empieza y dónde acaban las funciones. La cara visible de la profesión está asociada al intérprete de conferencias, institucional. Pero esta nueva modalidad del intérprete sanitario es todavía reciente y poco conocida. Y se cae en el error de atribuir al intérprete sanitario tareas que no le corresponden. Con esto se retoma el problema de la jerarquía. Es llamativo que el personal sanitario desconozca las funciones de una intérprete pero lo es aún más que le atribuya rápidamente y sin cuestionar sus funciones. La intérprete suele tener bastante claro cuál va a ser su trabajo, cuál es el objetivo de la inversión que ha consagrado a su formación.

Sin embargo, se dan no pocas situaciones en las que es el personal sanitario el que lo cuestiona, lo que es incomprensible teniendo en cuenta que no forman parte de este gremio y, por tanto, la primera reacción debería ser más bien informarse, acordar y coordinarse como equipo. Los años de trabajo profesional y personal de habilidades comunicativas con el personal sanitario muestran los resultados obtenidos. Como se ha visto en los cuestionarios, es una profesión valorada y reconocida, lo cual supone un enorme avance pero queda trabajo por hacer. Todo inicio conlleva un esfuerzo extra porque se abren caminos, se amplían los puntos de vista, se concientia y se da visibilidad a la profesión.

Los puntos que se van a exponer a continuación están basados en la observación del equipo de intérpretes durante años, es la recopilación de carencias cada vez menos frecuentes pero aún por resolver.

Uno de los problemas que retrasa el buen funcionamiento es que no se aborda abiertamente que aún hay que limar ciertos aspectos en la relación profesional. Se ha

elaborado una lista de propuestas con la razón que ha motivado cada una de ellas e indicando qué pueden aportar para mejorar el trabajo en equipo.

Taller para explicar pautas sobre cómo trabajar con un intérprete.

Todas las pautas expuestas aquí debajo están relacionadas con el hecho de concienciar sobre las tareas de los intérpretes y las condiciones que se tienen que dar para que estas desarrollen correctamente su trabajo.

Respetar los turnos de palabra.

Si el personal sanitario no está acostumbrado, es frecuente al principio que no sepa medir cuándo la intérprete o incluso el paciente han terminado de hablar. Para ello, se necesita trabajar la escucha activa y la paciencia. Sucede especialmente en dos situaciones: cuando el personal lleva retraso en su trabajo y, por tanto, las interpretaciones les parecen una carga de tiempo añadida; y en quirófano, donde todo el personal funciona como un reloj en equipo salvo en la comunicación con el paciente. Cada una de las partes que puede haber en un quirófano (anestesiista, biólogo, enfermera, ginecóloga, auxiliar de enfermería, etc.) pregunta o da indicaciones al paciente a la vez, también en español. Para ellos, es un protocolo automatizado en el que cualquier cambio puede alterar su rutina de dedicación de tiempo y concentración.

Pero hay que tener en cuenta que el paciente no hispanohablante acude a otro país para realizarse una intervención quirúrgica, quizás no venga ni acompañado, no conoce la lengua ni los matices culturales y a veces percibe la situación algo aturdido como una coreografía de personas vestidas de verde hablándole a la vez mientras le pinchan, le ponen electros, le hacen preguntas, etc.

Dedicar 1 minuto más a hacer las cosas con más calma y empatía hacia el paciente, dejar el tiempo necesario para que se adecue este contexto, permitir que la intérprete transmita todo lo que hay que decir y que es de vital importancia justo antes de una intervención quirúrgica en la que quizás la persona debe dormirse, reduce enormemente el estrés del paciente, no añade una carga de trabajo extra descabellada al trabajo del personal sanitario y permite a la intérprete estar segura de que toda la información hacia ambas partes ha llegado correctamente. Es muy poco tiempo de dedicación para un gran beneficio común.

Informar de que se va a hablar en primera persona.

Esta información debe darse tanto al personal sanitario (por lo menos, hasta que se acostumbre) como al paciente para evitar malentendidos sobre el emisor del mensaje. Algunos pacientes no se llegan a acostumbrar y no van a volver a tener mucho contacto de ese tipo, por lo que es preferible no forzar la situación y saber cuándo es mejor ser flexible con el fin de mejorar la comunicación.

La intérprete no es un diccionario.

La intérprete es una persona formada pero no es omnisapiente en ninguna de las lenguas, no tiene acceso a todo el vocabulario técnico que pueda darse en una situación médica. Es importante concienciar al personal sanitario sobre este aspecto para evitar situaciones de extrañeza ante el desconocimiento de algún término por parte de la intérprete en mitad de una consulta. Para ello se proponen dos acciones.

Hacer entender previamente al personal sanitario a través de este taller que su colaboración es fundamental para resolver la situación, por ejemplo explicando con palabras

menos técnicas lo que se quiere decir y usando los recursos que hagan falta: explicación, ejemplificación, dibujos, etc.

Otra acción sería hacerles vivir dos tipos de situación en las que ellos puedan experimentar la misma sensación de incomprensión aun siendo su lengua.

La primera situación tiene que ver con la relación intérprete-paciente.

Consistiría en hacerles visionar un diálogo entre dos personas hispanohablantes sobre cualquier tema. Podrían ser dos personas de otro país, por ejemplo México (es un buen ejemplo porque utilizan muchos anglicismos y calcos), de un pueblo donde el acento sea algo más cerrado. El objetivo es que algún miembro del personal sanitario exponga brevemente el tema y el máximo de detalles posibles sobre la conversación. Muy probablemente, no podrán captar la totalidad del mensaje e incluso puede haber equívocos que transformen el mensaje real que se quería transmitir.

Esta es una situación en la que se puede encontrar la intérprete, ya que trabaja con pacientes de todos los países francófonos, con sus diferencias lingüísticas (tono, acento, términos, etc.) y culturales (diferentes perspectivas sobre la salud, el tiempo, la reproducción, etc.). La variedad de orígenes del paciente supone un esfuerzo extra para la intérprete del que el personal sanitario debe concienciarse.

Lógicamente, el personal sanitario tiene pacientes hispanohablantes de todo el mundo y, por tanto, también están acostumbrados a tratar con personas con diferentes matices lingüísticos y culturales. Sin embargo, hay una diferencia muy importante con respecto a la situación propuesta: una consulta médica es una situación de desequilibrio de poder en la que el médico es la autoridad porque dirige la conversación y posee el conocimiento técnico, lo tiene completamente asimilado.

La segunda situación tiene que ver con la relación intérprete-personal sanitario.

La siguiente situación propuesta es parecida. Hacerles visionar un diálogo entre dos especialistas de un contexto profesional diferente al suyo, por ejemplo dos ingenieros aeronáuticos, sobre aspectos técnicos de su trabajo. El objetivo sería el mismo: exponer el tema de la conversación dando el máximo de detalles posibles sobre la misma. Se verán en una situación parecida aunque por razones diferentes: el nivel técnico y opaco de la lengua.

Es una situación en la que la intérprete puede encontrarse con respecto al personal sanitario. Verse en la misma situación es el primer paso para concienciar al personal, entender la necesidad de empatía y colaborar activamente con la intérprete para conseguir el objetivo principal: que la información llegue y la conversación sea lo más fluida posible.

Todo esto no significa que el paciente no tenga el nivel para entender al personal sanitario, puesto que algunos de los pacientes también son médicos. Pero si deben hacerse entender ambos, tienen que colaborar para facilitar la comprensión a la intérprete. La intérprete, lógicamente, deberá hacer un trabajo posterior de evaluación y de continuo aprendizaje con la elaboración de glosarios, ampliar conocimiento técnico, etc.

La intérprete no es la acompañante personal de los pacientes.

Las intérpretes de esta clínica compaginan funciones de información hacia el paciente y de interpretación por cuestiones prácticas, pero en el contacto de los pacientes con otros departamentos solo se hace en calidad de intérprete. Ésta doble labor puede dar lugar a

equivocos y una impresión de asistente personal médico. Esto ocurre tanto por parte del paciente como por parte del personal sanitario.

Por parte del paciente, el exceso de demanda de la intérprete se puede dar cuando quieren organizar su viaje: reservar hoteles, aviones, etc. Esta confusión con respecto a las tareas de la intérprete no puede extrañar si se tiene en cuenta que muchas de las clínicas de RA en España no presentan a las intérpretes como tal sino como trabajadoras bilingües de atención al paciente para cualquier gestión que este necesite. El único añadido es que lo hacen en la lengua del paciente, pero sus funciones van mucho más allá de interpretar. La intérprete tiene más funciones porque no es práctico para la empresa que puede pagar a una intérprete para ejercer multitud de tareas. En las páginas web de algunas empresas las presentan como azafatas del paciente, acompañantes durante el tratamiento para apoyo logístico, médico, emocional y de cualquier tipo que demande el paciente.

El objetivo de dichas clínicas es vender el atractivo de los tratamientos personalizados a través de este tipo de trabajadoras bilingües, en su mayoría mujeres.

Aunque, sin desmerecer ni desprestigiar la labor de las intérpretes o de trabajadoras similares, la verdadera personalización de un tratamiento o, desde luego, la parte más sólida de cara al éxito de un tratamiento, puede venir más determinada por la gestión médica.

Cambiando de perspectiva, también se da esta situación con el personal sanitario. El personal sanitario que no está acostumbrado a tratar con pacientes no hispanohablantes e intérpretes y puede tender a pensar que la implicación con respecto al paciente está repartida entre ellos y las intérpretes, sin concebir a la intérprete como un apoyo, no como un elemento de descarga de implicación por su parte. Por ello, a veces la intérprete se topa con el comentario “tu paciente”, olvidando que el paciente es de la clínica, no de la intérprete. Ella no tiene a “su paciente” citado con ella sino que tiene una o varias citas previstas con el personal sanitario y sirve de puente de comunicación entre ambas partes.

Otra de las funciones erróneamente añadidas a la intérprete es la comunicación interdepartamental. Por ejemplo, tras la consulta con una ginecóloga, esta concluye que la paciente necesitará seguir un protocolo de medicación en el que es especialista otra de las ginecólogas, una compañera suya. Es posible que exista una intención de que la tarea de comunicarlo y gestionarlo con la otra ginecóloga recaiga en la intérprete porque es “su paciente”. Volvemos pues a la misma situación.

Mantener un feedback visual con la paciente, no con la intérprete.

Es natural que la mirada se dirija hacia quien se habla directamente a pesar de que el mensaje no vaya dirigido a esa persona. Ocurre especialmente cuando se da una situación de tensión.

Las intérpretes pueden enseñar este aspecto al personal sanitario y, si no hay respuesta, forzar la situación bajando la cabeza para toma de notas por ejemplo.

No indicar a la intérprete lo que puede o no puede interpretar en la consulta.

En ocasiones, el personal sanitario pide a la intérprete que haga un filtro de lo que acaba de decir, explicando lo que sí puede decir de todo lo verbalizado de lo que no. Es una situación que hay que evitar el máximo posible por varias razones. La primera porque en tanto que intérpretes, tienen la obligación de transmitir todo lo que se diga y, de esta forma, se está forzando a la intérprete a no cumplir con su código deontológico. Además, la situación ocurre en un contexto en el que el personal y la intérprete no pueden discutir el asunto para llegar a un acuerdo sino que la decisión se tiene que tomar de forma inmediata.

La segunda porque es una forma de subestimar al paciente y al poder de la comunicación. El lenguaje corporal y la expresión facial, el tono, etc., pueden dejar ver la

intencionalidad de un mensaje aunque no se entienda por completo o nada su contenido. Hacer un comentario de estas características delante de un paciente supone el riesgo de que el paciente lo entienda y se genere una situación de conflicto o tensión que se podría haber evitado. Hay además que tener en cuenta que el francés y el español son lenguas bastante similares y algunos de los pacientes tienen el nivel suficiente de español para entender lo ocurrido. Esta situación se da, entre otras cosas, porque se otorga excesiva importancia a la lengua oral y excesivamente poca al lenguaje no verbal. Se concibe la otra lengua como una barrera donde los no hablantes pueden casi ser invisibles. Es una situación nueva para ellos y, por tanto, enseñarles las pautas correctas puede ayudar a mejorar la fluidez de la comunicación, permitiendo a ambas partes el mismo acceso a la información y hacerlo equitativo.

Tono y volumen.

Hay un elemento muy cultural en todas las lenguas, esto es el tono. El tono que emplea cada individuo a la hora de hablar está bastante determinado por su contexto geográfico y cultural. En el caso de España, es bien sabido que se tiende a tener un tono elevado que a otros hablantes puede resultarles apabullante. No se trata de modificar las costumbres pero sí de tener una escucha activa respecto al paciente y poder buscar mayor adaptación con él para mejorar la comunicación.

Interpretaciones por teléfono.

Las interpretaciones al teléfono son especialmente complejas por la cuestión evidente de que es más difícil entender a quien está al otro lado del teléfono, más aún si es en otra lengua. Otro de las dificultades es la falta de lenguaje no verbal de ambas partes. A pesar que la intérprete traslada el mensaje lo más fielmente posible a ambas partes, se pueden generar malentendidos respecto al tono. Deben confiar en la intérprete, que está siendo lo más fiel posible al tono y al mensaje de la paciente.

Prestar atención a los protocolos corporales de cada cultura.

Sería muy positivo para la comunicación que se conocieran o, al menos, se identificaran los protocolos corporales en cada cultura. Esta situación puede darse, por ejemplo, en las siguientes situaciones: saludo inicial, despedida, dar ánimos y consolar. El personal sanitario puede valerse de la intérprete quizás más acostumbrada o, si esta lo desconoce, informarse ambos de cuáles serían las pautas más adecuadas. Esto evita el estrés del paciente, que puede sentirse abrumado o poco acogido ante una reacción física inesperada.

Dar el tiempo necesario para las traducciones a la vista.

En consulta, la intérprete traduce a la vista bastantes resultados o documentos del paciente al personal sanitario.

La terminología médica entre el español y el francés es similar.

El personal sanitario suele tener a la vista el mismo documento mientras se va traduciendo e interrumpen a la intérprete cuando ya han llegado a la información principal que querían. Se ha dado a veces la situación de sacar conclusiones precipitadas sobre el contenido porque no se permite la lectura completa y la intérprete ha intervenido intuyendo que la información que faltaba era importante.

No es tarea de la intérprete hacer ese filtro, aunque a fuerza de ver el mismo tipo de documentación tenga la capacidad.

El personal sanitario suele intentar economizar al máximo el tiempo que dedica a cada consulta y es hasta cierto punto comprensible, pero no debería ser corriendo un riesgo de estas características. Sería positivo permitir a la intérprete hacer la traducción completa permitiéndole que lea previamente el documento, ya que suelen ser textos cortos que no van a robar gran tiempo de la consulta.

Cuando el paciente y el personal sanitario creen entenderse.

El personal sanitario lleva años viendo el trabajo de las intérpretes y empiezan a adquirir vocabulario, expresiones e intentan añadir las en algún comentario en español para acercarse más al paciente. Suele funcionar, porque es un bonito gesto hacia el paciente. Sin embargo, la intérprete no puede “bajar la guardia” y debe estar atenta a posibles equívocos porque a veces creen entenderse por falsos amigos.

Información sobre la legislación de los países vecinos que más vienen a España.

Esta información se puede dar tanto de un lado como de otro y el intercambio entre ambos puede enriquecer a ambas partes. Las intérpretes tienen un mínimo conocimiento sobre la legislación de otros países porque están acostumbradas a escuchar sus casos en consulta donde exponen las razones que les han llevado a ir a un país extranjero. La razón suele ser legal o simplemente de mayores facilidades en España, por ejemplo con respecto a las listas de espera para realizar un tratamiento.

Las intérpretes pueden aportar el enfoque más cultural y humano del tema: las vicisitudes a las que se tienen que enfrentar este tipo de pacientes, las trabas legales, burocráticas, culturales, etc. Y el personal sanitario puede aportar una visión más institucional y de sus propios gremios.

Puede ser enriquecedor conocer el camino que ha llevado al paciente a esta situación para favorecer la empatía, el entendimiento y la acogida, y el intercambio de los dos equipos de trabajo podría ser una buena manera de conseguirlo.

Fomentar y apoyar la formación de la intérprete como se hace con otros colectivos profesionales de la clínica. Cada vez hay más formación de traducción e interpretación en especialización sanitaria. Sería interesante que las empresas fomentaran esta formación, ya que les beneficiaría por varias razones.

Por una parte, tendrían personal mejor cualificado y pueden ser trabajadores más comprometidos por varias razones:

- porque puede ser una respuesta al compromiso que la empresa deposita en su empleado y en su desarrollo profesional para beneficio de la empresa;
- porque darle una formación especializada en su campo de trabajo puede generar un mayor compromiso con la empresa que se dedica exactamente a su campo;
- porque cada vez más clínicas tienen un equipo de intérpretes que forma parte de un departamento internacional. El conocimiento e intercambio que también se da entre profesionales de RA como ginecólogos y biólogos de diferentes centros es perfectamente extrapolable a las intérpretes. Estas pueden intercambiar recursos, experiencia, realizar estudios conjuntos, etc.

Accesibilidad al funcionamiento interno de todos los departamentos.

Sería interesante poder visitar las sesiones clínicas o pasar uno o varios días para conocer la parte más práctica de su trabajo, ya que se interpreta mucha información que la propia intérprete desconoce y que tiene al alcance de su mano. Ver cómo los biólogos emplean técnicas de selección embrionaria o espermática en el laboratorio, entender por qué el equipo médico decide utilizar un protocolo de medicación y no otro, etc., son cuestiones que surgirán en la consulta con el paciente. Vivirlas de primera mano ayuda a asimilar a la intérprete de forma más rápida el conocimiento. En muchos casos, esto no se puede hacer, pero teniendo la posibilidad del acceso directo y diario sería una buena medida para acumular un saber que será muy útil durante las interpretaciones.

Saber gestionar las susceptibilidades debidas a malentendidos culturales.

Este punto lleva a la mediación intercultural. Es difícil definir o posicionarse respecto a qué nivel de participación puede tener una intérprete en consulta y, de hecho, es un tema candente que no ha llegado a una conclusión firme al respecto.

En este punto, es importante señalar los cuatro tipos de participación que, según los teóricos en este campo, puede adoptar la intérprete dentro de la comunicación bilateral:

- *message converter* (simplemente se facilita el flujo conversación entre las dos partes), *clarifier* (se intenta obtener más información por parte del hablante para poder explicar el mensaje de manera más clara);
- *culture broker* (se proporcionan o confirman datos, de manera transparente, referidos a los aspectos culturales);
- *advocate* (en caso de que el intérprete proporcione ayuda activa, generalmente al paciente). Este último punto es muy controvertido. La mayoría de los investigadores opinan que solo puede producirse, dentro de la interpretación social, en el contexto sanitario y consideran que solo deben practicarlo en casos muy concretos intérpretes experimentados, pues puede resultar arriesgado tanto para el paciente como para el propio intérprete. (Angeli et al., 2007).

4.5.2.3 Autoformación de las intérpretes.

Es interesante incluir este apartado, en el que se explican los puntos que las intérpretes creen que deben mejorar de su propia formación.

Como en casi cualquier otra profesión, las intérpretes en RA deben actualizar periódicamente sus conocimientos, valerse de su experiencia profesional para identificar los puntos débiles que se deben trabajar, conocer las propias capacidades y limitaciones. Se exponen algunas de las posibles mejoras que se podrían llevar a cabo según el ámbito.

Lingüísticas.

Elaborar un glosario en común de especialización en RA. Las intérpretes del centro trabajan en varias lenguas, por lo que sería interesante hacer uno en cada lengua de trabajo.

Como para cualquier glosario, sería útil en un primer momento conocer los conceptos básicos en español y su significado. Aparte de los diccionarios médicos, sería interesante contrastar la información obtenida con el personal sanitario, médicos y biólogos sobre todo.

El siguiente paso, sería la elaboración de dicho glosario en el idioma de trabajo. Los recursos serían similares: diccionarios especializados, contacto con médicos cuya primera lengua sea en la que se esté elaborando el glosario. En cada situación interpretativa, es muy

recomendable que la intérprete lleve consigo un bloc de notas para la toma de notas. En algunos casos, no se hace necesario usarla porque el diálogo se realiza con frases cortas pero en otros sí, por lo que debe llevarlo siempre por precaución. Este bloc de notas puede servir también para anotar nuevos términos que surjan en la conversación y que la intérprete desconozca. Estos glosarios también son útiles para todas aquellas compañeras que lleguen nuevas al puesto de trabajo, les ahorra mucho tiempo de explicación y asimilación de información. Sería útil incluir vocablos o términos según el origen geográfico y cultural de los pacientes.

Decálogos. Otra idea que ha surgido en este grupo es la creación de un decálogo para los pacientes. Se trataría de un documento que explicara la relación que se va a establecer entre la intérprete y ellos, ya que son tratamientos que pueden durar meses y esa será su relación directa con la intérprete. Es útil porque es fácil que en un contexto emocional de esas características se confunda a la intérprete con la fuente de desahogo para cualquier gestión entre el paciente y la clínica.

No son pocas las veces que los pacientes piensan que las intérpretes son enfermeras, médicos, azafatas bilingües, etc. El decálogo sería un documento aclaratorio donde se demarcarían los roles de cada persona con la que estarán en contacto en cada momento del tratamiento. Evitaría equívocos, frustraciones, falsas expectativas y les proporcionaría seguridad y transparencia.

Los pacientes de RA que acuden a España a realizar un tratamiento suelen venir una o dos veces únicamente unas horas. El resto de la relación es a distancia, por lo que una buena comunicación es el pilar de su bienestar durante este proceso tan particular para tener hijos.

Culturales.

Los pacientes vienen de todo el mundo con sus diferentes visiones sobre conceptos básicos como la salud, los médicos, la reproducción, los remedios eficaces, etc., además de sus segundas o primeras motivaciones para tener un hijo, sus expectativas, su visión sobre la gestión del tratamiento.

La intérprete no puede abarcar todos los posibles casos que puede encontrar durante una interpretación, pero puede informarse más a fondo sobre las culturas con las que trabaje más frecuentemente. Hay múltiples estudios sobre los aspectos culturales en la sanidad según el origen cultural. Una buena formación puede ser muy útil para evitar malentendidos entre el personal sanitario y los pacientes.

Psicológicas

También hay bastante documentación al respecto.

Los intérpretes sanitarios se ven expuestos a desarrollar ciertas alteraciones psicológicas a causa de su trabajo. Uno de los mejores remedios es, sin duda, el aprendizaje a lo largo de la experiencia profesional. Pero es muy conveniente consultar antes a los psicólogos que suelen trabajar en estos centros, con el fin de conocer pautas que les ayuden a prever ciertas alteraciones psicológicas.

Para entender a lo que puede verse expuesta la intérprete en RA, se ha dividido el proceso en tres partes en función de su contacto con el paciente.

Antes de la situación interpretativa

Antes de la situación interpretativa sería interesante conocer, como ya se ha visto, las patologías más frecuentes de este tipo de pacientes, los perfiles que podemos encontrar y cuál sería la actitud más adecuada ante ellos. En momentos en los que el paciente se altera puede incluso llegar a atacar verbalmente a las intérpretes. No está de más saber que esto puede suceder, entender por qué les sucede y conocer al menos las pautas de comportamiento más adecuadas en estos casos.

En momentos de frustración extrema, de enfado o ira, de impotencia, los pacientes pueden (y lo hacen) acusar a las intérpretes de ser la razón por la que el tratamiento no ha ido bien.

Podría parecer absurdo pensar que la intérprete tiene algún tipo de participación para que una paciente se quede o no embarazada. Sin embargo, los pacientes hacen el tratamiento a distancia y la intérprete es su único enlace con el resto de la clínica, por lo que pueden acusarlas de haber transmitido de forma incorrecta los mensajes y haberles dado indicaciones médicas erróneas por no conocer bien la lengua, por no ser nativas. Es una de las variadas acusaciones a las que pueden verse expuestas, pero es una de las más frecuentes cuando no han conseguido el embarazo. Esta situación hace dudar a las intérpretes de su propia profesionalidad, les genera inseguridades profesionales, etc.

Es muy importante que la intérprete aprenda a distinguir la crítica constructiva de la destructiva y saber cómo actuar ante una destructiva. Una buena forma sería conocer qué lleva a un paciente a atacar, cuál es su problema real y cómo debe ser la respuesta de la intérprete. La intérprete intenta actuar, lógicamente, con sentido común, pero no estaría de más informarse con psicólogos especializados en RA sobre este tema para tener un mínimo de previsión sobre lo que podría encontrarse.

Durante la situación interpretativa.

En cualquier campo de la medicina se dan situaciones tensas, pero la RA tiene una carga emocional particular y requiere de una sensibilidad especial por parte del personal sanitario. La causa evidente del malestar de los pacientes es la imposibilidad para tener hijos y la necesidad de ir a un país extranjero, además de la incertidumbre añadida de conseguir o no su objetivo de tenerlos. Suele tratarse de pacientes que ya han intentado todos los tratamientos posibles en sus países y vienen a España como última esperanza.

La carga de presión, expectativa, angustia, desesperación genera fácilmente situaciones de tensión, sobre todo cuando algo no es como ellos esperaban: se retrasa el tratamiento, se les pide algún examen no previsto, etc. Y esta tensión suele alcanzar su auge durante el contacto con el personal médico en la intimidad de la consulta.

Bien es sabido que en los momentos de tensión la capacidad de comunicación puede disminuir, no se tiene la misma agilidad mental, las partes se interrumpen, el paciente acusa al personal sanitario, a la intérprete, se llora, se grita, etc. No es lo más frecuente pero no es extraño que suceda. La intérprete es el puente de comunicación entre ambas partes en un momento de energía muy alto. La reacción más humana que puede experimentar la intérprete en esta situación puede ser la de contagiarse de este malestar y posicionarse, o tener ganas de huir, o ambas cosas. Debe aprender a gestionar las emociones en ese momento porque, ante un conflicto, una o ambas partes puede malinterpretar los mensajes que reciban. La intérprete debe procurar en cualquier situación interpretativa, pero en esta en particular, ser lo más fiel, precisa y neutra posible. Para ello, hace falta trabajar un autocontrol que, en lugar de arrastrar a la intérprete a la situación de tensión, concentre su energía en hacer lo más correctamente su trabajo.

Algunas situaciones pueden ser más o menos previsibles si la intérprete sabe de antemano o intuye el mensaje que el paciente va a recibir. Pero otras son completamente

sorprendentes y suceden en tan solo unos segundos. La intérprete puede verse bloqueada y superada por la situación imprevista que ha alterado su concentración. Parte del trabajo es precisamente acostumbrarse a tener esos “recursos” a mano para cuando la situación interpretativa lo requiera. Y con el fin de evitar episodios desagradables que puedan minar la autoestima profesional de la intérprete o la calidad de su trabajo, no está de más que consulte a algún terapeuta (en los centros de RA suele haber psicólogos especializados) para conocer algunas pautas que podría emplear. Es el momento más complejo de la autoformación psicológica porque es un momento sin salida en el que la intérprete debe saber reaccionar.

Después de la situación interpretativa.

Los efectos que puede tener este trabajo desde un punto de vista psicológico pueden ser importantes.

Por una parte, la intérprete hace un constante análisis de su desarrollo profesional preguntándose si esta vez ha ido bien, si ha encontrado el término o la estructura correctos, etc. Y por otra parte, debe evitar una implicación excesiva que se puede dar de forma muy natural si se encuentra con casos dramáticos como, por ejemplo, una pareja que busca tener un hijo porque los tres que tuvo fallecieron en un accidente de tráfico (caso real). Es muy difícil que nada le afecte, pero la mejor ayuda que puede ofrecer es encontrar el equilibrio entre la neutralidad y la empatía y escucha activa de ambas partes para realizar correctamente su trabajo. Si se ve desbordada, siempre puede pedir a otra compañera que la sustituya. En estos centros suele haber una plantilla de varias intérpretes para cubrir los idiomas, por lo que puede ser reemplazada si lo necesitara verdaderamente.

El análisis posterior sobre el estado psicológico y emocional que la situación interpretativa le ha dejado debe hacerse tanto inmediatamente como después, durante su vida personal. Si identifica ciertos síntomas, es muy conveniente que acuda a un profesional.

Participación más activa en el colectivo profesional.

El resultado del cuestionario confirma que las intérpretes no tienen una participación activa con respecto a su colectivo profesional y que desean cambiar esta situación. Para ello, tienen a su disposición varias asociaciones y organizaciones nacionales e internacionales que se dedican a la traducción et interpretación sanitaria. Puede ser muy enriquecedor para ellas explicar esta nueva situación de la interpretación en RA y conocer otros profesionales de otras ramas de la medicina. Se presenta a continuación la conclusión de este trabajo.

5 Conclusión

El objetivo de este trabajo era demostrar las consecuencias que se comienzan a percibir discretamente y las que se esperan en un futuro a corto y medio plazo de la relación entre la RA y los servicios de interpretación de los que se valen.

Se habían dividido las premisas planteadas en tres grandes bloques:

- Enriquecimiento médico y científico.
- Superación de las fronteras lingüísticas y culturales. Mediación intercultural. Revisión del código deontológico y necesidad de especialización formativa de la intérprete.
- Transformación social con la progresiva incorporación de nuevos modelos familiares.

Cada vez más clínicas españolas se nutren de los pacientes extranjeros no hispanohablantes que necesitan interpretación. La relación que se ha establecido entre la RA y los servicios de interpretación se basa, pues, en una necesidad mutua para poder mantener el nivel actual de actividad profesional.

Una de las consecuencias de este singular fenómeno es la colaboración más activa y directa entre el personal sanitario español y de otros países, aunque este estudio se ha centrado en Francia. El intercambio de información científica y médica abre nuevas perspectivas culturales dentro de la medicina tradicional occidental y permite una mayor adaptación a las necesidades no solo médicas sino culturales del paciente.

El intercambio de información entre las instituciones internacionales sanitarias se complementa con el conocimiento directo que recibe el personal sanitario de la clínica a través de los pacientes como usuarios.

La opinión recogida en el cuestionario del personal sanitario coincide con esta afirmación.

Un dato importante obtenido gracias a este estudio es comprobar que el personal sanitario tenía conocimiento sobre la interpretación aunque no había hecho uso de ella o muy esporádico hasta hace unos 8 años, pero su valoración general con respecto a los beneficios directos e indirectos de la interpretación en RA es positiva.

Se puede concluir que el enriquecimiento aportado por los servicios de interpretación a la RA no se ciñe únicamente a hacer uso de ellos como puentes de comunicación lingüística sino también cultural, convirtiendo a las intérpretes bilingües también en intérpretes biculturales, lo que lleva al siguiente punto.

Una de las premisas planteadas era que esta nueva situación profesional en la interpretación demostraba la necesidad de la especialización formativa y la revisión del código ético. En el caso de la formación, se planteó por la especificidad del campo de trabajo, y en el caso del código ético, por el rol añadido de mediadora intercultural a las intérpretes.

Respecto a la formación, el personal sanitario se ha posicionado de acuerdo a la formación y especialización. Sin embargo, la opinión mayoritaria en el equipo de intérpretes es que la formación es un aspecto recomendable pero no imprescindible.

Hay que añadir en este punto que son pocas las intérpretes de este contexto que se han especializado en alguna rama tras la formación de traducción e interpretación y las que lo han hecho ha sido en ámbito sanitario.

Son precisamente las que se han especializado, las que ven justificada dicha especialización.

Esta premisa no parece, pues, cumplirse como estaba previsto. La idea planteada era una impresión personal basada en la experiencia formativa y laboral en el ámbito de la RA.

Este estudio ha supuesto una experiencia esclarecedora en ese sentido y sería interesante para un futuro estudio que el equipo de intérpretes iniciase un debate sobre este punto con el fin de profundizar en el tema. Sería productivo intercambiar puntos de vista y experiencias profesionales para entender con mayor precisión las perspectivas del resto de compañeras, fomentar la comunicación interna del equipo de intérpretes.

En el caso del código ético, la situación es similar. Algunas de ellas no conocían el código ético y la respuesta mayoritaria de todas es que, en general, sí es aplicable al contexto de la RA y que, por tanto, no hace falta una revisión del mismo.

Pero tal y como se menciona durante todo el estudio, las funciones de una intérprete en RA se desarrollan en paralelo junto con las de mediación intercultural, modificando así el rol previsto para las intérpretes y ampliando su grado de participación en la comunicación.

La impresión personal es que existe una falta de conocimiento y análisis de la situación que ha condicionado la respuesta.

Y el siguiente paso de este estudio podría ser el de ahondar en estos puntos con el equipo de intérpretes.

La última premisa es que la RA y sus servicios de interpretación no solo están participando de un cambio social de gran relevancia sino que están exportándolo al resto del mundo. En este caso, tanto el personal sanitario como el equipo de intérpretes coinciden en que la RA está siendo la herramienta de muchos núcleos familiares que no podrían tener hijos de otra forma.

El modelo tradicional familiar está empezando a convivir de forma progresiva con otros modelos familiares.

La RA en España y sus servicios de interpretación están contribuyendo al proyecto de un nuevo mundo más tolerante, integrador y heterogéneo que tendrá un efecto dominó en muchos otros aspectos sociales, permitiendo así la progresión a una sociedad liberada de tabúes obsoletos que busca la felicidad de todos.

6 Bibliografía

- Angeli, C. et al. (2007). "The California Standards for Healthcare Interpreters" en Wadensjö, C. et al. *The Critical Link: Professionalisation for Community Interpreting*. John Benjamins: Estocolmo, p.173.
- Campos Andrés, Olga (2013) "Procedimientos de desteterminologización en *Panace@ Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 14(37) pp. 48–52.
- Clavreul, Laetitia (2013) "Dons d'ovocytes à l'étranger: Le ministère de la santé s'inquiète de dérives" en *Le monde*. Disponible en:
http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/02/06/dons-d-ovocytes-a-l-etranger-le-ministere-de-la-sante-s-inquiete-de-derives_1827870_3224.html [Consulta: 30.05.15].
- Coca-Cola Journey España (ed.) (2015) *Coca-Cola - Familias*. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=DOctwr5McJc> [Consulta: 30.5.2015].
- Ginefiv (2011) *La edad, un factor clave a la hora de ser madre*. Disponible en:
<http://www.ginefiv.com/blog/edad-y-fertilidad.html> [Consulta: 30.5.2015].
- Instituto Bernabeu (ed.) (2014) *Legislación española de reproducción asistida*. Disponible en:
<http://www.institutobernabeu.com/es/ib/legislacion-espanola-de-reproduccion-asistida/>[Consulta: 30.5.2015].
- Jefatura del Estado (2006) Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida: BOE-A-2006-9292 pp. 19947–19956. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-9292 [Consulta: 30.5.2015].
- La Riva, José de (2011) *El plural de autor*. Disponible en:
<http://blog.invivoproyectos.com/2011/04/el-plural-de-autor/> [Consulta: 30.5.2015].
- López-Teijón, Marisa (2014) *Razones para donar óvulos*. Disponible en:
<http://www.elblogdelafertilidad.com/razones-para-donar-ovulos/> [Consulta: 30.5.2015].
- maria (2009) *INVO, nueva técnica de reproducción asistida*. Disponible en:
<http://blogmedicina.com/invo-nueva-tecnica-de-reproduccion-asistida> [Consulta: 30.5.2015].
- MedlinePlus (2013) *Acupuntura*. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/acupuncture.html> [Consulta: 30.5.2015].
- Mendiola, J.; Ten, J.; Vivero, G.; Roca, M.; Bernabeu, R. (2005) "Esterilidad y Reproducción Asistida: Una perspectiva histórica" en *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 22(1) pp. 15–22.
- Mestre Ferrer, Cristina (2012) *INVO*. Disponible en:
<http://www.reproduccionasistida.org/invo-metodo-de-reproduccion-asistida-mas-economico/> [Consulta: 30.5.2015].
- Nevado Llopis, Almudena (2014) "Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva" en *Panace@ Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 15(40) pp. 278–289.
- Raga Gimeno, Francisco (2009) *Culturas y atención sanitaria: Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Barcelona: Octaedro.

- Rage Giménez, Francisco (2005) "Marabouts y mediadores: Problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés" en Valero Garcés, Carmen *Traducción como mediación entre lenguas y culturas: Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá pp. 123–133.
- Real Academia Española (ed.) (2001) "embrión" en *Diccionario de la lengua española*. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=jECsrfTWmDXX2pILfDiJ> [Consulta: 30.5.2015].
- Real Academia Española (ed.) (2001) "argumento" en *Diccionario de la lengua española*. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=CE79fKSbgDXX2cJbiv8s> [Consulta: 30.5.2015].
- Santana López, Belén (2005) "La traducción del humor no es cosa de risa: un nuevo estado de la cuestión" en Romana García, María Luisa *Actas del II Congreso Internacional de la Asociación Ibérica de Estudios de Traducción e Interpretación* pp. 834–851.
- YoDona (2014) "Apple y Facebook costearán la congelación de óvulos a sus empleadas" en *El Mundo*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/yodona/2014/10/16/543faf5322601da6658b4585.html> [Consulta: 30.5.2015].

7 Índice de tablas

Tabla 1: Situación legal de los principales países europeos.....	9
Tabla 2: Tipos de personalidad, comunicación y significado de la subfertilidad	59

8 Índice de gráficos

Gráfico 1: Personal sanitario – Tiempo de trabajo en RA:	15
Gráfico 2: Personal sanitario - Tiempo de trabajo con intérpretes.....	15
Gráfico 3: Personal sanitario - RA y modelos familiares.....	16
Gráfico 4: Personal sanitario - Influencia de pacientes extranjeros en el mercado de RA	17
Gráfico 5: Personal sanitario - Disposición al trabajo con extranjeros	18
Gráfico 6: Personal sanitario – Cambios terapéuticos.....	19
Gráfico 7: Personal sanitario – Carrera universitaria de las intérpretes	21
Gráfico 8: Personal sanitario – Intérprete como profesional de la comunicación.....	22
Gráfico 9: Personal sanitario – Especialización del intérprete	23
Gráfico 10: Personal sanitario – Formación de la intérprete.....	24
Gráfico 11: Personal sanitario – Formación del personal sanitario.....	25
Gráfico 12: Personal sanitario – Aprendizaje de otras lenguas.....	26
Gráfico 13: Personal sanitario – Puntos negativos de la interpretación	27
Gráfico 14: Personal sanitario – Puntos positivos de la interpretación	30
Gráfico 15: Personal sanitario – Programa de traducción automática	32
Gráfico 16: Personal sanitario – Comunicación con colectivos geográficos y culturales	33
Gráfico 17: Personal sanitario – Colectivos y comunicación	34
Gráfico 18: Intérpretes – Tiempo ejerciendo en RA	36
Gráfico 19: Intérpretes – Conocimiento de los servicios en RA.....	37
Gráfico 20: Intérpretes – Especialización en ámbito sanitario.....	38
Gráfico 21: Intérpretes – Desarrollo profesional en la RA	39
Gráfico 22: Intérpretes – Visibilidad y concienciación de la profesión	40
Gráfico 23: Intérpretes – Nuevos modelos familiares.....	41
Gráfico 24: Intérpretes – Código ético	42
Gráfico 25: Intérpretes – Código ético en RA.....	43
Gráfico 26: Intérpretes – Directrices del centro de trabajo	44
Gráfico 27: Intérpretes – Problemas frecuentes en RA.....	45
Gráfico 28: Intérpretes – Pautas al personal sanitario.....	46
Gráfico 29: Intérpretes – refuerzo de la formación	47
Gráfico 30: Intérpretes – Autoformación	48

9 Anexos

9.1 Anexo 1: Cuestionarios

9.1.1 Cuestionario para el personal sanitario

1) ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA EJERCIENDO EN RA?

años

2) ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO APROXIMADAMENTE TRABAJA CON UN SERVICIO DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN?

años

meses

3) ¿CONSIDERA QUE LA RA HA FACILITADO LA APARICIÓN DE NUEVOS MODELOS FAMILIARES?

sí

no

son modelos que ya existían pero que ahora pueden tener hijos gracias a estas técnicas

4) ¿CREE QUE LE SERÍA MÁS DIFÍCIL ACTUALMENTE ENCONTRAR TRABAJO EN ESTE CAMPO SI NO HUBIERA PACIENTES EXTRANJEROS?

sí

no

5) ¿ESTARÍA DISPUESTO A TRABAJAR CON UNA CLÍNICA DEDICADA EXCLUSIVAMENTE A PACIENTES EXTRANJEROS CON SERVICIO DE INTERPRETACIÓN?

sí

no

dependería de otros factores, no de ese

6) PACIENTES DE OTROS CONTEXTOS GEOGRÁFICOS Y/O CULTURALES HAN IDO SOLICITANDO EL EMPLEO DE TERAPIAS DE MEDICINAS ALTERNATIVAS COMO LA ACUPUNTURA O DE TÉCNICAS COMO EL INVO ADAPTADA A SUS CREENCIAS.

¿CÓMO CONSIDERA ESTOS CAMBIOS?

en general positivo siempre y cuando no sean perjudiciales para los pacientes. La adaptación a las necesidades del paciente tanto médicas como culturales sirven para su propio bienestar y, por tanto, al buen desarrollo del tratamiento.

en general me es indiferente pero no me gusta que sea impuesto porque algunos de estos usos están en contra de mis valores.

verlo positivo, negativo o indiferente depende sobre todo de la técnica, terapia, etc

en general negativo.

7) ANTES DE TRABAJAR CON INTÉRPRETES ¿SABÍA QUE EXISTE UNA CARRERA UNIVERSITARIA PARA EJERCER COMO INTÉRPRETE?

sí

no

8) ¿CONSIDERA QUE EL INTÉRPRETE PUEDE SER CONSIDERADO UN PROFESIONAL DE LA COMUNICACIÓN?

sí

no

creo que la interpretación y la comunicación son dos tareas distintas

9) ¿CONSIDERARÍA JUSTIFICADO QUE EL INTÉRPRETE DEBA ESPECIALIZARSE EN ÁMBITO SANITARIO?

sí

no

ns/nc

10) ¿CONSIDERA JUSTIFICADA UNA MÍNIMA FORMACIÓN DEL INTÉRPRETE SOBRE MEDICINA Y BIOLOGÍA PARA PODER EJERCER COMO TAL EN RA?

sí

no

11) ¿CONSIDERA JUSTIFICADA UNA MÍNIMA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE CÓMO TRABAJAR CON INTÉRPRETES?

sí

no

12) ANTE UN AUMENTO SIGNIFICATIVO DE PACIENTES EXTRANJEROS CON RESPECTO A LOS HISPANOHABLANTES, ¿ESTARÍA DISPUESTO A APRENDER OTRAS LENGUAS PARA INTENTAR COMUNICARSE CON LOS PACIENTES O PREFERIRÍA RECURRIR AL SERVICIO DE INTERPRETACIÓN?

intentaría aprender la lengua más usada por los pacientes si es útil para otros contextos como el inglés o el francés y poder así comunicarme directamente con el paciente

preferiría recurrir al servicio de intérpretes y centrarme en el aspecto médico

preferiría aprender la lengua pero no está dentro de mis proyectos actuales, así que recurriría al servicio de intérpretes

13) ¿QUÉ CREE QUE SE PUEDE PERDER EN LA COMUNICACIÓN AL TRABAJAR CON UN INTÉRPRETE EN CONSULTA?

tiempo: se tarda más y no puedo dedicar tanto tiempo al paciente

tecnicismos: temo que el intérprete no sepa el vocabulario específico

humor: surge de forma natural o porque ayuda a los pacientes a relajarse pero con el intérprete llega tarde y a veces es intraducible

argumentación: aunque el intérprete conoce la lengua, es difícil trasladar las sutilezas y las herramientas cuando se argumenta

firmeza: ante una situación violenta, el intérprete puede no ser tan firme como haría falta y usa la diplomacia para evitar el conflicto

no estoy de acuerdo con ninguna

otros:

14) ¿QUÉ CREE QUE SE PUEDE GANAR EN LA COMUNICACIÓN AL TRABAJAR CON UN INTÉRPRETE EN LA CONSULTA?

aspecto cultural: sutilezas culturales a las que el intérprete está en ocasiones más acostumbrado por tener más trato con la población de esos países y/o haber residido en ellos

información previa: el hecho de que el intérprete conozca al paciente antes de verlo nos prepara ante el contexto del paciente

registro: el intérprete adapta el registro de una y otra parte, lo que evita malentendidos y consigue hacer fluir eficazmente la comunicación

acogida: el paciente se siente más relajado y comprendido en una consulta en la que pueda hablar libremente su lengua y no tener que «apañarse» en una que no es la suya

no estoy de acuerdo con ninguna

otros:...

15) ¿PREFERIRÍA UN PROGRAMA DE TRADUCCIÓN AUTOMÁTICA EN LUGAR DE UN INTÉRPRETE FÍSICAMENTE EN LA CONSULTA O EL ESPACIO DONDE VEA AL PACIENTE?

sí

no

depende de la situación

16) ¿CONSIDERA QUE ES MÁS COMPLEJO COMUNICARSE CON CIERTOS COLECTIVOS ÉTNICOS QUE CON OTROS EN ESTE CONTEXTO?

no, depende más de la persona que de su origen étnico

sí

17) EN CASO DE HABER RESPONDIDO SÍ, ¿CON QUÉ COLECTIVO CREE QUE HAY MÁS DIFICULTAD EN LA COMUNICACIÓN AÚN CON INTÉRPRETES? (siendo 1 el de mayor dificultad y 7 el de menor, no hace falta rellenar todos):

chinos
hindúes
países del este
africanos subsaharianos
magrebíes (Marruecos, Argelia, etc)
occidentales (Europa, U.S.A. , etc)
sudamericanos
otros

9.1.2 Cuestionario para las intérpretes

1) ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS EJERCIENDO COMO INTÉRPRETE EN RA?

años

meses

2) ANTES DE TRABAJAR EN UNA CLÍNICA DE RA, ¿SABÍAS QUE EXISTÍA TANTA DEMANDA DE SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN EN ESTE CONTEXTO?

sí

no

3) ¿CONSIDERAS NECESARIA UNA ESPECIALIZACIÓN EN ÁMBITO SANITARIO PARA EJERCER CORRECTAMENTE TU TRABAJO EN ESTE CAMPO?

sí

no

no, pero muy aconsejable

4) SEGÚN TU EXPERIENCIA, ¿CREES QUE LA RA ES UN BUEN CAMPO PARA DESARROLLARSE COMO INTÉRPRETE?

sí

no

5) ¿CONSIDERAS QUE LA RA HACE MÁS VISIBLE Y CONCIENCIA SOBRE LA PROFESIÓN DEL INTÉRPRETE EN GENERAL?

sí

no

6) ¿CONSIDERAS QUE ESTÁS PARTICIPANDO EN UN CONTEXTO QUE FACILITA LA APARICIÓN DE NUEVOS MODELOS FAMILIARES?

sí

no

Eran modelos que ya existían y que ahora tienen acceso a tener hijos

7) ¿CONOCES EL CÓDIGO ÉTICO DE NEUTRALIDAD, INTEGRALIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL INTÉRPRETE?

sí

no

8) ¿CREES QUE ESOS CONCEPTOS SON APLICABLES A ESTE CONTEXTO?

en general, sí

en general, no

sería lo deseable pero la mayor parte de las veces no es factible

aunque no siempre, la mayor parte de las veces sí se puede

9) ¿HAY PAUTAS O DIRECTRICES EN EL CENTRO DE TRABAJO SOBRE CÓMO REALIZAR LAS INTERPRETACIONES CON PACIENTES EXTRANJEROS?

Sí

no

10) ¿CON QUÉ TIPO DE PROBLEMAS TE HAS ENCONTRADO MÁS FRECUENTEMENTE COMO INTÉRPRETE?

lingüísticos

culturales

en la interrelación con el personal sanitario incluyendo todos los departamentos (médicos, biólogos, etc)

11) ¿EN ALGÚN MOMENTO HAS TENIDO QUE DAR PAUTAS AL PERSONAL SANITARIO SOBRE CÓMO TRABAJAR CON UN INTÉRPRETE?

sí

no

12) TENIENDO EN CUENTA LOS PROBLEMAS QUE HAS ENCONTRADO DURANTE LAS INTERPRETACIONES, ¿QUÉ PARTE DEL ACTO COMUNICATIVO CREES QUE DEBERÍA REFORZAR SU FORMACIÓN? (pon números por orden de necesidad siendo 1 el que más lo necesitaría y 3 el que menos)

intérprete

personal sanitario

paciente

13) EN TU AUTOFORMACIÓN COMO INTÉRPRETE, ¿QUÉ PUNTOS CONSIDERAS QUE HARÍA FALTA TRABAJAR? (por orden de importancia, siendo 1 el de mayor importancia y 4 el de menos)

lingüísticos

culturales

psicológica

colectivo profesional: dar a conocer la profesión, concienciar a la sociedad, participar más activamente de los colectivos de nuestra profesión

9.2 Anexo 2: Resumen bilingüe para base de datos

TÍTULO:

SIMBIOSIS ENTRE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ESPAÑA Y LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

AUTORA:

BEATRIZ TORROBA HERNÁN

UNIVERSIDAD:

Universidad de Alcalá

MÁSTER O PROGRAMA DE DOCTORADO EN QUE SE DEFENDIÓ:

Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos.
Inglés-español

FECHA DE PRESENTACIÓN:

1 de junio 2015

RESUMEN:

La Reproducción Asistida (de aquí en adelante, RA) ha experimentado un auge importante gracias a la llegada de pacientes extranjeros no hispanohablantes que vienen a España atraídos por una ley más permisiva.

El objetivo central de este estudio es demostrar la simbiosis cada vez más definida entre la RA y los intérpretes. La premisa que planteo es que la sociedad está modificando su percepción y realidad respecto a los nuevos modelos familiares y a las fronteras lingüístico-culturales gracias a la RA y a sus servicios de interpretación. Ambos campos de trabajo se enriquecen el uno al otro participando juntos de este singular cambio social.

El estudio se ha realizado a través de cuestionarios al personal sanitario y los intérpretes en la clínica Ginefiv en Madrid con respecto a los pacientes francófonos.

Para ello, he analizado varios aspectos:

- el marco legal de la RA en España y países vecinos;
- desde un punto de vista teórico, el triángulo comunicativo (personal sanitario, pacientes e intérpretes) y el código deontológico;
- desde un punto de vista práctico, el análisis de los resultados de los cuestionarios.

Las conclusiones extraídas indican que las mejoras respecto al personal sanitario deben ir orientadas a flexibilizar la estructura jerárquica, permitiendo así nuevos elementos que mejoren la calidad del servicio al paciente y a la formación.

Y las de los intérpretes deben orientarse hacia la especialización sanitaria y la revisión del código deontológico, adaptando los límites éticos del intérprete a este particular contexto.

Los resultados confirman que esta innovadora y cada vez más habitual relación entre la RA y los intérpretes es solo el inicio de un cambio más grande que podrá desarrollar su potencial superando los obstáculos existentes, previendo los futuros y fomentando las mejoras que faciliten el crecimiento y desarrollo profesional.

PALABRAS CLAVE: interpretación, interculturalidad, aspectos culturales y mediación, papel del traductor-intérprete.

RÉSUMÉ:

La Reproducción Asistée (ci-après dénommée RA) a connu un essor important grâce à l'arrivée des patients étrangers ne parlant pas l'espagnol qui viennent en Espagne attirés par une loi plus permissive.

L'objectif central de cette étude est de démontrer la symbiose de plus en plus définie entre la RA et les interprètes. La prémisse que j'envisage est que la société est en train de modifier sa perception et sa réalité par rapport aux nouveaux modèles familiaux et aux frontières linguistiques et culturelles grâce à la RA et ses services d'interprétariat. Les deux champs de travail s'enrichissent l'un à l'autre en participant ensemble de ce singulier changement social.

L'étude a été réalisée à travers des questionnaires au personnel de santé et aux interprètes dans la clinique Ginefiv à Madrid par rapport aux patients francophones.

Pour cela, j'ai analysé plusieurs aspects:

- le cadre juridique de la RA en Espagne et dans les pays proches;
- d'un point de vue théorique, le triangle communicatif (personnel de santé, patients et interprètes) et le code déontologique;
- d'un point de vue pratique, l'analyse des résultats des questionnaires.

Les conclusions obtenues indiquent que les améliorations pour le personnel de santé doivent être orientées vers l'assouplissement de la structure hiérarchique, en permettant ainsi de nouveaux éléments pouvant améliorer la qualité du service au patient et vers la formation.

Et celles pour les interprètes doivent être orientées vers la spécialisation sanitaire et vers une révision du code déontologique, en adaptant les limites étiques de l'interprète à ce particulier contexte.

Les résultats confirment que cette innovatrice et de plus en plus habituelle relation entre la RA et les interprètes n'est que le début d'un changement plus grand qui pourra développer son potentiel en surmontant les obstacles existants, en prévoyant les futurs et en fomentant les améliorations pouvant faciliter la croissance et développement professionnel.

MOTS-CLÉS: interprétariat, interculturalité, aspects culturels et médiation, rôle du traducteur-intérprete.

9.3 Anexo 3: Formula de autorización para la inclusión del trabajo de fin de master en el archivo abierto institucional e-BUAH de la Universidad de Alcalá

TITULO DEL TRABAJO FIN DE MASTER: SIMBIOSIS ENTRE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ESPAÑA Y LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

1.-ESTUDIANTE (AUTOR)

APELLIDOS Y NOMBRE: TORROBA, HERNÁN, BEATRIZ	DNI: 51454397Q
TITULACIÓN: Master Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos	

2.- TUTOR DEL TRABAJO FIN DE MASTER

APELLIDOS Y NOMBRE: ANA ISABEL LABRA	DNI:
Departamento o institución TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN	

Los abajo firmantes:

<input checked="" type="checkbox"/>	AUTORIZAN
<input type="checkbox"/>	NO AUTORIZAN

El depósito y puesta a disposición del Trabajo Fin de Máster en el Repositorio Institucional de la Universidad, e- BUAH, de acceso libre y gratuito a través de Internet, y otorgando las condiciones de uso de la licencia Creative Commons reconocimiento-uso no comercial-sin obra derivada.

Más información en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.es>

NOTA: Los trabajos no autorizados para su depósito en el archivo abierto institucional e-BUAH quedarán automáticamente depositados en la Biblioteca para su consulta sólo en la biblioteca.

Firmado: El Autor	Firmado: El Tutor del Trabajo Fin de Máster
-------------------	---

http://www.uah.es/biblioteca/e_buah/ebuah.html