



Universidad
de Alcalá

Impacto del tabú en la comunicación intercultural en el ámbito sanitario: papel del intérprete/mediador

Impact of taboo on intercultural communication in healthcare context: role of the interpreter/mediator

Curso 2018/2019

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

**Presentado por:
Clara Oliva Matas**

**Dirigido por:
Dra. M^a Carmen Pena Díaz**

Alcalá de Henares, a 02 de septiembre de 2019

Agradecimientos

Quisiera dar las gracias a mis padres por haberme apoyado en este largo y gratificante camino. También quisiera agradecer a mis compañeras y amigas del máster el haber estado junto a mí durante todo este tiempo y el haberme ayudado a evolucionar tanto a nivel personal como a nivel académico.

Y, por supuesto, quisiera dar las gracias a mi tía Ani por todas las molestias que se ha tomado para ayudarme en este trabajo. El desarrollo de este Trabajo de Fin de Máster no hubiera sido posible sin su inestimable ayuda.

Contenido

Agradecimientos.....	2
Autorización de defensa del trabajo fin de máster en comunicación intercultural, interpretación y traducción en los servicios públicos.....	3
Declaración de originalidad de contenido del Trabajo de Fin de Máster.....	4
Resumen.....	7
1. Introducción.....	9
2. Marco teórico: El tabú en la comunicación médico paciente y papel del intérprete o mediador intercultural.....	16
2.1. La comunicación intercultural.....	16
2.2. La interpretación y la mediación intercultural en los servicios públicos.....	18
2.3. La interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario: la situación de España.....	23
2.4. El intérprete o mediador y los problemas de comunicación de índole cultural.....	29
2.5. El tabú, el eufemismo, el disfemismo y el cacofemismo.....	33
2.6. El tabú en la comunicación intercultural.....	39
3. Muestra de datos y método.....	44
3.1. Encuestas.....	47
3.2. Entrevista.....	49
4. Análisis de los resultados.....	50
4.1. Encuestas al personal sanitario.....	50
4.2. Encuestas a intérpretes y mediadores interculturales.....	58
4.3. Entrevista a intérprete en los servicios públicos.....	68
5. Conclusiones.....	75
5.1. Magnitud del tabú en la comunicación intercultural en ámbito sanitario.....	77
5.2. Tipos de tabú más frecuentes en la comunicación médico-paciente.....	78
5.3. Patrones de conducta de los pacientes o acompañantes al tratarse temas tabú.....	78
5.4. Necesidad del ISP o mediador intercultural para gestionar problemas de comunicación por temas tabú.....	79
5.5. Soluciones aportadas por ISP o mediadores interculturales para solventar un problema de comunicación originado por un tema tabú.....	79
6. Índice de figuras.....	82
7. Bibliografía.....	84
8. Traducción.....	89

9. Anexos.....	106
9.1. Modelo de encuesta para personal sanitario.....	106
9.2. Modelo de encuesta para ISP y mediadores interculturales	109
9.3. Modelo de entrevista a ISP.....	112

Resumen

En las últimas décadas, España ha sido receptor de un gran número de migrantes procedentes de diferentes partes del mundo. Como seres humanos que son, es necesario proporcionar a estos individuos unos derechos básicos para asegurar su integración en la sociedad. Uno de los derechos esenciales que se les debe garantizar es el derecho a una sanidad en la que las barreras lingüístico-culturales no sean un impedimento para comunicarse con el personal sanitario. Para ello, es vital la implantación de servicios de interpretación o mediación en hospitales y centros de salud, objetivo que no puede alcanzarse sin la profesionalización de la interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural.

El objetivo de esta investigación es analizar un aspecto extralingüístico que condiciona la comunicación intercultural médico-paciente y su impacto en dicha comunicación: el tabú. Para esta investigación, aplicaremos un enfoque teórico-práctico: Elaboraremos un marco teórico y llevaremos a cabo una parte práctica descriptiva y sincrónica.

La hipótesis planteada es que los tabúes repercuten de forma negativa en la comunicación intercultural en ámbito sanitario pese a que son realidades universales y para evitar o solventar estos problemas de comunicación es necesaria la labor de un intérprete o un mediador intercultural profesional. Para confirmar la hipótesis, estableceremos los siguientes objetivos: a) elaborar un marco teórico; b) realizar encuestas tanto a personal sanitario como a ISP y mediadores; c) llevar a cabo una entrevista a una ISP; d) analizar y comparar los resultados obtenidos para comprobar la magnitud del tabú, los tipos de tabúes más recurrentes en ámbito sanitario, las soluciones adoptadas por ISP y mediadores y la importancia de estos profesionales.

A través de los resultados obtenidos, confirmamos que el tabú, pese a ser una realidad universal, constituye un problema de comunicación frecuente y repercute negativamente en la comunicación intercultural en ámbito sanitario, y confirmamos que sin la labor del ISP o mediador intercultural profesional este problema de comunicación no puede solventarse de manera eficiente.

PALABRAS CLAVE:

Interpretación, mediación, comunicación intercultural, interpretación sanitaria.

Abstract

In the last decades, Spain has received a huge number of immigrants from different parts of the world. Since they are human beings, it is necessary to provide these people with basic rights in order to guarantee their integration into our society. One of the essential rights immigrants must have is the access to a healthcare system in which language and cultural barriers are not obstacles to communicate with healthcare workers. In order to accomplish this goal, professional interpretation and mediation services are essential at hospitals and health care centres. This goal cannot be achieved without professional public services interpreters and intercultural mediators.

The objective of this research is to analyse the taboo phenomenon as a non-linguistic aspect which affects intercultural communication in healthcare context as well as its impact on the communication process. In order to carry out this research, a theoretical-practical approach will be applied: a theoretical frame and a descriptive and synchronic practical part will be analysed.

The main hypothesis of this research is that taboo affects intercultural communication between patients and health workers negatively despite being universal realities. In order to avoid or to overcome these communication issues, professional interpreters and intercultural mediators are essential. The following objectives will be established in order to confirm this hypothesis: a) theoretical frame; b) surveys to health workers and PSI and mediators; c) interview to a PSI; d) analysis of results in order to check taboo's magnitude, the most

frequent taboo topics in healthcare context, PSI and mediators measures in these situations and to what extent these professionals are important.

Finally, the results confirm that taboo, despite being a universal reality, is a frequent communication problem and affects intercultural doctor-patient communication negatively, as well as the results confirm that the only way to solve this communication problem efficiently is counting on professional interpreters or intercultural mediators.

KEYWORDS:

Interpretation, mediation, intercultural communication, healthcare interpretation.

1. Introducción

De acuerdo con CEAR (2016), las migraciones son movimientos que siempre han estado presentes en todas las sociedades, tanto en las pasadas como en las actuales y las venideras. No obstante, estos movimientos migratorios han ido aumentando progresivamente hasta adquirir una repercusión y una importancia mayúscula a nivel global. Así mismo, estos fenómenos se han producido por causas diferentes a lo largo de la historia. En cuanto al caso de Europa, este continente siempre ha sido un gran receptor y emisor de población migrante.

Hasta el siglo XVIII, los principales motivos de influjo de migrantes en este continente fueron debido a procesos de conquista. En este periodo histórico fueron muy destacables los movimientos migratorios desde España y Portugal a América del Sur a lo largo de los siglos XVI y XVII debido a la colonización del continente; además del aumento de los flujos migratorios transoceánicos en el siglo XVIII a causa de una mejora en los transportes y las colonizaciones de América, África y Oceanía (CEAR, 2016).

En el siglo XX, la causa más importante por la que se produjeron los movimientos migratorios fueron los conflictos armados internacionales que desolaron Europa: Tanto en el periodo de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) como en el de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), millones de europeos se vieron forzados a migrar. No había existido un movimiento migratorio tan masivo ni tan importante en la historia de la humanidad. Por ese motivo, en 1950 se creó un organismo provisional para gestionar las migraciones forzadas efectuadas como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial (CEAR, 2016).

Tras repasar brevemente la historia reciente de los grandes movimientos migratorios a nivel internacional, podemos deducir que el origen de estos crecientes movimientos migratorios no reside únicamente en la globalización y la interconexión a nivel mundial con la que contamos en la actualidad, sino también en una serie de razones y motivos sociales, laborales, políticos o económicos, tales como conflictos armados, hambrunas, inestabilidad política o situaciones de discriminación por motivos de raza, orientación sexual o identidad de género. Estos motivos y muchos más provocan que miles de personas tengan que salir de sus países natales y emigrar a un país con un idioma y una cultura completamente diferente al de su país de origen. Según la Organización Internacional de Migraciones (OIM), a nivel global existen 232 millones de individuos migrantes internacionales. De este alto número de población migrante, 65,3 millones de personas migrantes se han visto obligadas a abandonar su país natal por motivos de persecución, violencia, conflictos armados y violaciones de los Derechos Humanos. Si observamos estos elevados porcentajes de migración y las diversas razones por las que las personas migrantes se ven obligadas a abandonar su país de origen, podemos deducir que los movimientos migratorios del siglo XX y del siglo XXI constituyen un importante fenómeno que afecta a todos los países por igual y que es preciso que las sociedades evolucionen y se adecuen a las nuevas necesidades que surgen como consecuencia de esta nueva situación (CEAR, 2016).

En un mundo globalizado y con altas cifras de migración como es el caso del nuestro, cada vez son más los países en los que conviven personas de diferente procedencia etnocultural y que hablan distintos idiomas. Esto es el resultado de los movimientos migratorios que hemos expuesto y de la conservación de los rasgos culturales de aquellas personas que toman la decisión de emigrar y residir en una sociedad con una cultura o lengua diferente a la suya. Debido a ello, la sociedad de estos países ha ido evolucionando y, en muchos casos, ha ido volviéndose cada vez más heterogénea, hasta alcanzar la denominación de “países multiculturales”. Según el Diccionario del español jurídico de la Real Academia Española, el multiculturalismo es:

El reconocimiento del valor relativo que posee cada complejo cultural de las diferentes sociedades o de una misma sociedad, basado en el respeto y tolerancia del pluralismo y el

desechamiento de las hostilidades y exclusivismos de quienes profesan creencias y valores diferentes.

Algunos ejemplos de este tipo de sociedades sería la sociedad mexicana, canadiense o brasileña, que son sociedades con un alto porcentaje de migrantes que coexisten en muchos casos conservando sus rasgos etnolingüísticos.

En el caso de España (CEAR, 2016), se puede observar un aumento progresivo de los porcentajes de población emigrante a partir de la década de los 60 y los 70. Debido a la inestabilidad política generada por la guerra civil española (1936-1939) y otros factores económicos presentes en los años 50, España comenzó a ser un país emisor de población migrante a lo largo de 1960 y 1970. A partir de la década de los 70 y 80, el país comenzó a recibir población procedente de países como Chile, Uruguay y Argentina debido a las dictaduras políticas que tuvieron lugar en estos países. A partir de los 80 y a lo largo de los 90, la reestructuración del mercado laboral, el crecimiento económico y la entrada de España en la Comunidad Económica Europea (CEE) fueron factores clave para un aumento del flujo migratorio en el país. Dicho flujo se vio mermado por la crisis económica que comenzó en el año 2008 (CEAR, 2016).

Es evidente que España se ha ido convirtiendo poco a poco en un país receptor de población migrante, aunque este movimiento multicultural ha comenzado a cobrar importancia hace relativamente poco, por lo que muchos de los mecanismos de integración social a nivel nacional están en pleno desarrollo.

En este contexto de globalización y multiculturalidad es vital poner en marcha protocolos, mecanismos y servicios para que la integración social de la población migrante sea rápida y eficiente, especialmente en aquellos contextos y ámbitos en los que el migrante pueda encontrarse en una situación de vulnerabilidad por su falta de dominio del idioma, su estado de salud físico o psicológico, por problemas personales, por situaciones difíciles o traumáticas que haya vivido en el pasado o en su travesía hasta el país de acogida. Con el fin de conseguir esa integración social y alcanzar un ambiente de convivencia y comprensión mutua, la interpretación, la traducción y, especialmente, la mediación intercultural se convierten en disciplinas esenciales en estas sociedades, es por ello que los traductores e intérpretes son en muchas ocasiones eslabones invisibles en los procesos comunicativos entre personas de diferente lengua y cultura. Debido a la necesidad comunicativa de entender y hacerse entender a la que hacemos referencia, a lo largo de la historia han surgido numerosas disciplinas de traducción e interpretación dirigidas a ámbitos concretos y especializados y realidades en las que se precisa de mediación lingüística oral o escrita: la traducción e interpretación jurídica, la interpretación policial, la traducción e interpretación sanitaria, la traducción administrativa, la interpretación de conferencias,... Entre todos los ámbitos de traducción e interpretación, existe una rama esencial para el cumplimiento de los derechos básicos de las personas migrantes y que en países como España tiene muy poco tiempo de vida: la traducción y la interpretación en los servicios públicos. En adelante, nos centraremos en la interpretación, a la que haremos referencia con las siglas ISP. Según Mikkelsen (1926:126):

[La ISP] es una actividad que permite que personas que no hablan la lengua/s oficial/es del país en el que se hallan puedan comunicarse con los proveedores de los servicios públicos, con el fin de facilitar el acceso igualitario a los servicios legales, sanitarios, oficiales y sociales.

No obstante, los intérpretes no son los únicos encargados de hacer posible la comunicación en el contexto de los servicios públicos: también existe la mediación intercultural, que de acuerdo con Sales (2005) es:

Una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el

aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados.

La mediación intercultural, al igual que la ISP, es una actividad que en la actualidad no está reconocida profesionalmente en España, así como en otros países de Europa. Por ende, el papel de mediador suele ser desempeñado por voluntarios que tienen cierta competencia lingüística de los idiomas implicados en el proceso comunicativo, aunque en muchos casos las competencias lingüísticas de dichos voluntarios dejan mucho que desear. Según Sales (2005), esta actividad no cuenta con mucho más de diez años de vida en nuestro país, lo que resulta bastante paradójico si nos detenemos a observar las crecientes cifras de inmigración a nivel nacional. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2018 se registraron 4.663.726 extranjeros residentes en España. A continuación, mostramos un desglose de los números de población inmigrante más destacados de España:

Nacionalidad	Total extranjeros
Europa	2.061.035
Rumanía	676.005
Reino Unido	242.837
Italia	206.524
Bulgaria	124.404
Alemania	111.495
África	1.066.029
Marruecos	770.523
Senegal	66.203
Argelia	60.942
Nigeria	39.439
Mali	23.743
América	1.162.350
América Central y Caribe	251.039
Honduras	75.357
República Dominicana	71.826
Cuba	49.257
América del Norte	63.147

Estados Unidos de América	34.705
México	24.225
América del Sur	848.164
Colombia	165.918
Ecuador	135.275
Bolivia	99.441
Brasil	81.712
Asia	440.272
China	215.970
Pakistán	82.874
India	43.577
Filipinas	33.978
Bangladesh	16.003
Oceanía	3.305
Australia	2.419
Nueva Zelanda	714

Tabla 1 Población extranjera por nacionalidad (2018). Adaptado de Instituto Nacional de Estadística

Cada uno de estos migrantes son seres humanos con sus rasgos culturales y costumbres particulares que distan sobremanera de las características lingüísticas o culturales de la sociedad de acogida en cuestión; que en este caso es la española.

Al igual que cualquier ciudadano y ser humano, los migrantes tienen una serie de derechos y deberes entre los que figura el derecho a un acceso igualitario a los servicios públicos, lo que implica también el derecho a entender y a ser entendido en estos contextos (Sales, 2005). Cuando se hace referencia a “entender y ser entendido”, lo primero que se nos viene a la mente es la comunicación verbal: el lenguaje verbal es un elemento discontinuo y la diferencia entre idiomas es explícita, esto significa que no existe término medio entre una lengua y otra y que todo el mundo detecta sin lugar a confusión esta diferencia (Raga, 2003). Sin embargo, en muchas ocasiones los rasgos y las diferencias culturales se dejan a un lado y no se les presta la atención que merecen. Esto puede generar grandes problemas de comunicación y choques culturales que dificultan e incluso impiden la comunicación entre el proveedor de servicios y el migrante, también en casos en los que el migrante es hispanohablante. La función del mediador intercultural es, tal y como su nombre indica, mediar en la conversación con el fin de evitar cualquier problema que pueda surgir en el proceso comunicativo a causa de la barrera del idioma, así como cualquier malentendido o incomprensión de carácter cultural que pueda surgir.

En este contexto de interculturalidad, resulta primordial no solo que el profesional domine sus idiomas de trabajo, sino que también posea las competencias necesarias para comprender las culturas de las personas con las que trabaja, identificar posibles problemas de comprensión cultural, evitar o ser capaz de solventar conflictos que puedan surgir y ayudar a las partes implicadas en el proceso comunicativo a llegar a un consenso. Existen casos en los que una de las partes no es capaz de percibir un problema de comunicación o un tema potencialmente incómodo para la otra parte de la conversación. Incluso se pueden dar situaciones en las que estos problemas de comunicación se perciben, pero el hablante es incapaz de solucionarlo o no está dispuesto a ceder o cambiar su postura para llegar a un entendimiento y que el flujo de comunicación siga su curso. En este tipo de situaciones, es vital la actuación de un intérprete o mediador intercultural para lograr que la conversación siga adelante de forma adecuada. Por lo tanto, esta actividad no se limita a la transposición oral de un mensaje a otro idioma, sino que va mucho más allá abarcando aspectos de la comunicación no verbal y las especificidades culturales de la interacción comunicativa (Sales, 2005).

La cultura de una sociedad está conformada por un gran número de elementos, desde elementos materiales tales como la vestimenta, la dieta y la religión hasta elementos intangibles que pueden ser más difíciles de detectar e identificar como posibles problemas de comunicación (Raga, 2003). En esta última categoría se puede encontrar el tabú. El tabú es un fenómeno social, psicológico, cultural y lingüístico que está presente en todas las culturas existentes (Mayo, 2017). A pesar de que se ha demostrado que existen cuatro realidades tabú universales, no todas las culturas tienen el mismo patrón de conducta a la hora de tratar temas tabú o utilizar expresiones eufemísticas, ni los miembros de dichas culturas están dispuestos a tratar este tipo de temáticas de manera abierta. La presencia del tabú es especialmente importante en contextos como el ámbito sanitario, ya que temas tales como la enfermedad, la muerte o la sexualidad, que forman parte del compendio tabuístico de la mayoría de las culturas del mundo, están a la orden del día. El arraigo de estos tabúes se hace aún más evidente en interacciones comunicativas asimétricas, como es el caso de la mayoría de interacciones comunicativas médico-paciente en contexto sanitario. En este tipo de situaciones, el usuario migrante se encuentra en una posición de vulnerabilidad, no solo por la falta de competencias lingüísticas en el idioma del país de acogida, sino también por la relación de desigualdad que se establece en muchos casos entre el paciente y el personal sanitario.

La dimensión del tabú puede condicionar sobremanera la comunicación en ámbito sanitario entre individuos pertenecientes al mismo colectivo etnolingüístico. Por tanto, el impacto del tabú puede condicionar de forma aún más negativa la comunicación si contamos con factores poco favorecedores para el proceso comunicativo como, por ejemplo, falta de dominio del idioma del país de acogida, falta de comprensión de la cultura de dicho país, que el paciente migrante se encuentre en un estado de salud inestable o muestre una actitud defensiva o poco cooperativa al hallarse en una posición vulnerable y de desprotección. Este factor condicionante puede poner en peligro tanto la comunicación médico-paciente como el derecho a una atención sanitaria de calidad, puesto que las pruebas médicas, la obtención de información relevante para el diagnóstico y el diagnóstico en sí pueden verse gravemente perjudicados.

Por este motivo, la dimensión del tabú forma parte del compendio de elementos que un mediador intercultural o intérprete debe tener en cuenta a la hora de desempeñar su función. El mediador o intérprete no solo debe ser capaz de identificar situaciones comunicativas que pueden generar conflictos por la presencia de un tema tabú, sino también disponer de recursos para solventar conflictos o situaciones incómodas que puedan surgir a raíz de este, es por ello que la competencia cultural es fundamental para ejercer esta profesión.

Debido a que la presencia del tabú es muy recurrente en el contexto sanitario y se debería considerar vital la labor del ISP o mediador intercultural en estas situaciones, es necesario estudiar la magnitud del tabú en la comunicación médico-paciente y la capacidad del profesional de la lengua para actuar en caso de que se origine un problema comunicativo.

Esta investigación, por lo tanto, se centrará en el concepto del tabú transcultural y en cómo afecta este a la comunicación entre el proveedor de servicios y el migrante; así como en el proceso de detección de este problema de comunicación y la solución adoptada por el mediador intercultural o intérprete. La investigación estará enfocada en el ámbito sanitario debido a que en este contexto se tratan una variedad de temas proclives a ser temas tabú. En el contexto de atención sanitaria es esencial que el personal sanitario y el migrante se comuniquen de manera eficiente y se eviten malentendidos porque, en muchos casos, la salud y los derechos de una persona están en riesgo. Por ello, es fundamental que el mediador intercultural o intérprete desempeñe su función correctamente.

Para esta investigación, propondremos un marco teórico en el que analizaremos el fenómeno de la comunicación intercultural. A continuación, nos centraremos en la función del mediador intercultural y del ISP para, más adelante, tratar el papel del intérprete y mediador en el ámbito sanitario. Posteriormente, analizaremos la situación de esta profesión en el ámbito sanitario a nivel nacional. También expondremos las características más destacadas de las comunidades migrantes predominantes en España con el fin de analizar los numerosos problemas culturales a los que se enfrenta un ISP o mediador intercultural a la hora de desempeñar su labor profesional. Después, expondremos un exhaustivo análisis del concepto de tabú a nivel social y lingüístico, reflexionaremos acerca de los orígenes de este fenómeno, de los mecanismos que se han desarrollado para tratar estas temáticas y de cómo se gestiona en distintas culturas. Finalmente se reflexionará acerca de cómo afecta este fenómeno social a la comunicación intercultural en el contexto de la sanidad española.

Por otro lado, elaboraremos una parte práctica a partir de encuestas destinadas al personal sanitario y a ISP o mediadores interculturales con el fin de recabar información más exhaustiva acerca del tabú y las repercusiones en la comunicación intercultural. A partir de dichas encuestas, expondremos una clasificación de los distintos tipos de tabú más frecuentes en ámbito sanitario de acuerdo con el personal sanitario e ISP o mediadores en las poblaciones migrantes con las que estos profesionales trabajan con mayor frecuencia; analizaremos las principales dificultades a las que tanto los mediadores e ISP como el personal sanitario se han enfrentado al tratar temas tabú, así como las soluciones que se han propuesto y la eficacia de estas. Por otro lado, llevaremos a cabo una entrevista por vía telefónica a una intérprete con el fin de poder obtener información más detallada de mano de una profesional del ámbito de la ISP, conocer su opinión como experta sobre la magnitud del tabú, conocer de primera mano experiencias en las que haya tenido que interpretar o mediar en situaciones condicionadas por temas tabú y las soluciones que adoptó para intentar solventar este problema de comunicación. Tras el análisis de los resultados de las encuestas y la entrevista, expondremos una serie de conclusiones con el fin de sintetizar y resumir los resultados obtenidos en este Trabajo de Fin de Grado y reflexionar acerca de las hipótesis iniciales y los objetivos que nos habíamos establecido.

Por lo tanto, a través de este trabajo proponemos una investigación para averiguar el grado de magnitud de los tabúes y los problemas que estos originan en la comunicación intercultural en el ámbito sanitario en España y la importancia del mediador intercultural o intérprete en estos casos. Planteamos una serie de objetivos para este trabajo de investigación: comprobar si la magnitud del tabú en la comunicación intercultural en ámbito sanitario es alta o baja según el personal sanitario y los ISP o mediadores; comprobar cuáles son los tipos de tabú más frecuentes; analizar los patrones de conducta de los pacientes o acompañantes al tratarse estos temas; determinar la necesidad del ISP o mediador en estas situaciones; y las soluciones

aportadas por estos profesionales para solventar el problema de comunicación. De esta forma confirmaremos o refutaremos la hipótesis de que los tabúes, pese a ser universales, tienen una repercusión negativa en la comunicación médico-paciente y que el ISP o mediador intercultural es vital para solventar dichos problemas y gestionar la comunicación intercultural de manera eficiente.

Por lo tanto, a través de este trabajo pretendemos analizar el fenómeno del tabú en la comunicación intercultural en ámbito sanitario, así como reforzar la idea de que la presencia del ISP o del mediador intercultural con formación profesional es primordial para evitar o solucionar problemas de comunicación lingüístico-culturales en el ámbito sanitario, gestionar de forma eficiente la comunicación médico-paciente con el fin de asegurar los derechos civiles de los migrantes y que se les ofrezca una atención sanitaria de calidad y, por último pero no por ello menos importante, lograr la integración del migrante a nivel social y administrativo.

2. Marco teórico: El tabú en la comunicación médico paciente y papel del intérprete o mediador intercultural

2.1. La comunicación intercultural

Cultura es un término que hasta hace relativamente poco se concebía como manifestaciones artísticas tales como la pintura, la escultura o el cine. (Raga, 2003) Sin embargo, más adelante surgió la cultura individual, es decir, “aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre” (Tylor, 1871. Como se cita en Barrera, 2013:3). Por ende, todo ser humano pertenece a un sistema. Dentro de dicho sistema, cada individuo posee una cultura propia, la cual se ha constituido gracias a numerosos factores y define al individuo en cuestión. No obstante, pese a que puede parecer que existe un abismo entre las culturas presentes en el mundo, estas no deben entenderse como bloques monolíticos, sino como un continuo, puesto que resulta sumamente complicado establecer los límites externos de una cultura o determinar dónde acaba una cultura y empieza otra (Raga, 2003).

La cultura es un concepto que está cada vez más presente en las sociedades y que actualmente se relaciona directamente con la lengua. Según Sapir, “la cultura define el ‘qué’ hace y piensa una sociedad dada y la lengua es el ‘cómo’ lo piensa” (1993: 193, como se cita en Pozzo y Soloviev, 2011). Por lo tanto, la cultura se refleja en numerosos aspectos de la lengua y viceversa, ya que son elementos interdependientes.

En esta era de globalización y multiculturalidad, es inevitable que surja el fenómeno de la comunicación intercultural, que se definiría como la interacción entre dos o más miembros procedentes de diferentes grupos culturales (Leeds-Hurwitz, 2016). La interacción entre distintos grupos culturales puede suponer un verdadero reto, puesto que cada individuo posee un patrón de interacción social, es decir, que cada cultura posee diferentes estrategias de gestión comunicativa. Según Burke (1966), esta gestión está compuesta por unos valores que se ven reflejados en el proceso de comunicación a los que se les denomina *retóricas*. De acuerdo con Burke, existen dos retóricas: la de continuidad y la de discontinuidad. Estos dos elementos existen en todas las culturas y actúan de forma conjunta, por lo que resulta imposible que una de ellas se reduzca a cero. Grupo CRIT (2003:22) define esta serie de valores como “un tipo de norma genérica rectora o evaluadora de la conducta social que el individuo adquiere, de manera explícita o implícita, en el proceso de socialización”. Estos valores son:

Retórica	Continuidad	Discontinuidad
Valores	Armonía Solidaridad Autenticidad Afectividad Exculpación	Competitividad No interferencia Ceremonialidad Mostración pudorosa Relación fiduciaria

Tabla 2 Retóricas del proceso de comunicación (Wierzbicka, 1991; Hernández, 1999. Como se cita en Grupo CRIT, 2003:20)

Estos principios son de carácter antagónico y cada cultura posee una serie de ellos. Son los elementos que caracterizan la “dinámica social” (2003:22) de un individuo. La diversidad cultural y las diferencias en la comunicación vienen dadas en gran parte por las diferentes combinaciones que se dan de estos valores.

Resulta más que evidente que la gestión de la interacción social juega un papel decisivo en la comunicación y, debido a los diferentes mecanismos y formas de gestión de la

comunicación que podemos encontrar en cada cultura, se pueden generar verdaderos choques y problemas en la comunicación intercultural.

Por otro lado, Raga (2003) realizó un análisis de los ámbitos que se encuentran en la naturaleza comunicativa. El autor dividió esta dimensión de la comunicación en cuatro esferas: el lenguaje verbal; las normas administrativas, esto es, los procesos burocráticos propios de cada país; la cultura material y los patrones de interacción comunicativa.

De acuerdo con Raga (2003), el lenguaje verbal es un ámbito de naturaleza discontinua y explícita, lo que significa que no existen términos medios entre una lengua y otra (por lo tanto, no forma parte de un continuo). Por otro lado, la naturaleza explícita hace referencia a que los participantes en el acto comunicativo perciben de forma evidente la diferencia entre su lenguaje verbal y el de otra persona de otra naturaleza comunicativa.

Las normas administrativas es una dimensión de naturaleza discontinua e implícita. Con implícito se hace referencia a que el grado de percepción de esta diferencia de una cultura a otra es bajo.

La cultura material es de naturaleza continua y explícita. La continuidad hace referencia a que la cultura material de las distintas culturas que existen forman parte de un continuo con límites y subdivisiones muy difíciles de establecer.

Por último, los patrones de interacción comunicativa son de naturaleza continua e implícita.

Tras observar las características de los ámbitos comunicativos, podemos deducir que el lenguaje verbal, que podría considerarse la diferencia más perceptible entre los participantes de un acto comunicativo, es tan solo una ínfima parte de una serie de importantes diferencias que afectan a la comunicación intercultural.

Dentro de estos modelos comunicativos, también podemos encontrar la comunicación no verbal que, de acuerdo con Rulicki y Cherny (2012:33), “es aquella comunicación que tiene lugar a través de canales distintos del lenguaje hablado o escrito”. Tanto las expresiones faciales, corporales, la vestimenta, los símbolos, el paralenguaje y las emociones forman parte de esta dimensión de la comunicación. Según estos autores, la comunicación no verbal está conformada por cinco sistemas:

- Sistema kinésico: Engloba los movimientos humanos desde el punto de vista de su significado. Este sistema está a su vez dividido en tres subsistemas:
 - Subsistema gestual y postural: Esta subcategoría comprende las expresiones faciales y los movimientos corporales en general, entre los que se incluyen la manipulación de objetos.
 - Subsistema ocular: Este sería uno de los subsistemas más importante en las relaciones interpersonales, puesto que revela mucha información. Por ejemplo, uno de los hablantes puede transmitir vergüenza o intimidación si baja la mirada; o mediante el brillo de los ojos de los hablantes se pueden identificar emociones como rabia o tristeza.
 - Subsistema de contacto: En este subsistema se englobaría el tipo de contacto físico que se establece durante la interacción comunicativa.
- Sistema proxémico: Este sistema engloba el espacio de interacción social y personal que cada cultura considera adecuado. Existen culturas en las que el espacio de interacción es considerablemente más amplio que en otras en las que dicho espacio es bastante más reducido.
- Sistema cronémico: Este sistema comprende la distribución del tiempo de cada cultura. Según esta teoría, las culturas se dividirían en monocrónicas y policrónicas. Las culturas monocrónicas se caracterizan por un uso segmentado del tiempo, es decir, que cada compartimento horario es dedicado a una sola actividad. Por el contrario, las culturas policrónicas son aquellas que conciben el tiempo como un continuo y son propensas a la

multitarea. Este sistema influye en la visión de las culturas ajenas, lo que puede provocar juicios de valor acerca de aquellos individuos que pertenezcan al sistema opuesto.

- Sistema diacrítico: Este sistema engloba todos aquellos símbolos que manifiesten la identidad colectiva o individual de una persona (la indumentaria, el peinado, los símbolos religiosos, etc.).
- Sistema paralingüístico: Son señales no-verbales que se transmiten a través de la voz, además de aquellos cambios sutiles que se producen en la dicción en determinados contextos.

Una vez analizados los modelos comunicativos y las peculiaridades de la comunicación verbal y no verbal que podemos encontrar en diferentes culturas, resulta más que evidente que la lengua es tan solo una diferencia más dentro de la gran variedad de modelos comunicativos que existen. En muchas ocasiones, cuando dos miembros de modelos comunicativos diferentes intentan realizar un intercambio de información entre ellos, lo que suele ocurrir es que solo son conscientes de las diferencias lingüísticas, ya que son las más fáciles de detectar. Sin embargo, no son capaces de percibir el resto de factores que influyen en la comunicación. De acuerdo con Hall (1966, como se cita en Grupo CRIT, 2003), “tendemos a hacer de nuestro comportamiento comunicativo un modelo moral-universal”.

Es un hecho que actualmente la comunicación entre individuos con distintos patrones de comunicación se da casi a diario en España y, debido a las diferencias en dichos patrones, pueden surgir problemas comunicativos. Estos problemas pueden derivar en conflictos, en malentendidos o en la creación de estereotipos y prejuicios. Por todo esto, es evidente que la cultura es un factor primordial, aunque en muchos casos se invisibiliza en la interacción entre individuos de distinta identidad cultural. Pese a que es cierto que no debemos caer en culturalismos, esto es, achacar todos los problemas de comunicación con personas extranjeras a dificultades culturales (Raga, 2003), sí es cierto que no podemos ignorar el papel clave de los patrones comunicativos y de los modelos de interacción de cada cultura a la hora de intentar lograr una comunicación eficiente y exenta de problemas. Con el fin de llegar a buen puerto y conseguir resolver cualquier problema comunicativo entre culturas, es necesario un acto de naturaleza empática para ponernos en la piel de la cultura ajena (Grupo CRIT, 2003).

2.2. La interpretación y la mediación intercultural en los servicios públicos

Como hemos visto reflejado en La comunicación intercultural, es un hecho que vivimos en un mundo globalizado en el que estamos continuamente en contacto con personas que hablan idiomas distintos al nuestro y que proceden de sociedades completamente diferentes a la nuestra. Como consecuencia de esta globalización, las sociedades cada vez son más diversas tanto a nivel cultural como a nivel lingüístico debido a los movimientos migratorios. Además de aquellas personas migrantes que se desplazan por motivos laborales, políticos o personales, también hay un gran porcentaje de personas que se trasladan a otros países de forma temporal, como turistas o por otras razones de diversa índole (Corsellis, 2008). También es un hecho que hemos alcanzado un punto en la historia en el que hay más personas viviendo en un país extranjero que en su país de origen (Navaza, 2014). Estas personas migrantes tienen una serie de derechos civiles como el resto de la población del país de acogida que deben suplirse para así conseguir su integración en la sociedad de acogida (Castiglioni, 1997). La situación ideal sería que toda aquella persona migrante pudiera comunicarse con fluidez en el idioma del país en el que esté residiendo. Sin embargo, y en muchas ocasiones por motivos de peso, los migrantes no pueden aprender una lengua extranjera, ya sea por falta de tiempo, de energía u otros motivos (Campos, 2004). Aparte de lo utópica que puede resultar esta situación, no podemos dejar de lado el hecho de que los derechos civiles de estos migrantes implican el contacto con una serie de ámbitos cuyo lenguaje no está al alcance ni siquiera de la población

nativa, como el ámbito sanitario, jurídico o policial; a lo que hay que añadir la poca familiarización de estos individuos con las convenciones de estos sistemas (Corsellis, 2008).

Además del factor lingüístico, hay un elemento más que en numerosas ocasiones se deja de lado y puede llegar a originar graves problemas de comunicación: la cultura. Tal y como se ha analizado en La comunicación intercultural, la cultura constituye un compendio de elementos que condiciona sobremanera la comunicación entre individuos de distinta procedencia. Este condicionamiento puede generar importantes problemas comunicativos que no pueden permitirse en ámbitos en los que los derechos civiles están en juego, como es el caso del sanitario, el policial o el administrativo; es por eso que es vital la presencia de un profesional de la lengua y la cultura capacitado para facilitar la comunicación entre la población migrante y la población del país de acogida y evitar o solventar problemas de comunicación: esa figura es la del intérprete o mediador intercultural, que actúa como puente comunicativo entre dos partes salvando diferencias lingüísticas y culturales.

Una de las esferas en las que existe una mayor necesidad de interpretación y mediación es en los servicios públicos.

[Los servicios públicos son aquellas] actividades, entidades u órganos públicos o privados con personalidad jurídica creados por Constitución o por ley, para dar satisfacción en forma regular y continua a cierta categoría de necesidades de interés general, bien en forma directa, mediante concesionario o a través de cualquier otro medio legal con sujeción a un régimen de Derecho Público o Privado, según corresponda (monografías.com).

En las sociedades actuales existen numerosos servicios públicos, entre los que podemos mencionar servicios sanitarios, jurídicos y una amplia gama de servicios sociales tales como vivienda, educación y bienestar medioambiental (Corsellis, 2008). Estos servicios públicos son un derecho civil con el que deberían contar todos los ciudadanos de un país, independientemente de que sean o no personas migrantes. Con el fin de garantizar este derecho a personas que no hablan el idioma del país de acogida, que estas comprendan y sean comprendidas en estos ámbitos, se requieren las figuras profesionales de los traductores, intérpretes y mediadores interculturales. En estos casos y si nos centramos en la figura del ISP o mediador intercultural, este actuaría como facilitador de la comunicación y la resolución de conflictos entre los usuarios extranjeros y los proveedores de servicios públicos (Giménez, 2002).

A continuación, nos centraremos en el ámbito sanitario, en el que es más que evidente la importancia de una comunicación eficiente. En estos contextos, la situación de vulnerabilidad de un usuario que no comparta la lengua y la cultura del país de acogida puede verse agravada por su estado de salud, por la carga emocional que implican estas situaciones y por la asimetría de la relación médico-paciente (Navaza, 2014). Es por ello que en contextos de atención sanitaria la presencia de un intérprete o mediador intercultural es esencial tanto para usuarios que hablen la misma lengua del país de acogida pero tengan distinta cultura, como para usuarios que no conozcan el idioma del país.

En cuanto a las figuras del ISP y el mediador intercultural en el ámbito sanitario, existen autores que unen ambas profesiones e incluso incluyen la mediación dentro de la interpretación, como es el caso de Bischoff, Loutant y García-Beyaert (2009). No obstante, vamos a intentar analizar ambas profesiones desde puntos de vista diferentes para tener una concepción más clara de la actividad de estos profesionales y las diferencias en sus funciones.

En primer lugar, la interpretación consiste en la transposición oral de un mensaje de una lengua a otra con el fin de que los participantes de la situación comunicativa se comprendan entre sí. Existen distintas técnicas de interpretación que se utilizan dependiendo del contexto en el que se emplace la situación comunicativa:

- Interpretación simultánea: El intérprete interpreta un mensaje a medida que este se va desarrollando. Para esta técnica de interpretación es vital el uso de cabinas y suele emplearse en la interpretación de conferencias.

- Interpretación consecutiva: El intérprete realiza la interpretación de un mensaje una vez este haya sido transmitido por el hablante. Para esta técnica es importante la toma de notas.
- Interpretación bilateral o *liaison*: El intérprete interpreta unidades pequeñas de información de una lengua a otra y viceversa. Para la interpretación bilateral es muy importante la toma de notas y la memoria a corto plazo.
- Interpretación susurrada o *chuchotage*: Es una modalidad de interpretación simultánea en la que el intérprete se posiciona junto al receptor del mensaje e interpreta en un tono de voz bajo, por ello esta técnica recibe este nombre.
- Traducción a vista: Técnica de interpretación consistente en la transposición oral de un texto escrito con el fin de que el receptor comprenda el contenido de este.

En el caso de los servicios públicos, la técnica a la que se recurre con más frecuencia es la interpretación bilateral o *liaison*, de esta forma los participantes desempeñan un papel activo en la conversación y tienen la obligación de respetar los turnos de palabra. Otra técnica muy recurrente es la interpretación susurrada o *chuchotage* (Coursellis, 2008).

Los ISP son considerados huéspedes temporales de una comunidad de hablantes, esto es, no pertenecen a la comunidad del paciente ni a la del proveedor de servicios, pero deben interactuar y navegar entre estas. Los intérpretes sanitarios tienen que producir discursos de distinto grado de formalidad y complejidad e interactuar con individuos con distinto bagaje cultural, educacional o lingüístico. Por supuesto, tampoco hay que olvidar el hecho de que el intérprete también pertenece a una sociedad y, por tanto, posee creencias y perspectivas que pueden diferir del resto de participantes (Angelelli, 2008). Por lo tanto, el ISP no solo debe tener una formación que le permita realizar una interpretación eficiente en este ámbito, sino que también debe poseer formación cultural, así como tener la capacidad de desprenderse de sus propias creencias para que estas no influyan en el ejercicio de su profesión.

Se considera que el ISP puede actuar siguiendo dos modelos de interpretación: el modelo de imparcialidad y el modelo de abogacía. El modelo de imparcialidad se basa en que el ISP no debe convertirse en una parte activa de la conversación, sino que debe favorecer la relación directa entre paciente y proveedor de servicios manteniéndose al margen y limitándose a la transposición oral de los mensajes. De acuerdo con este modelo, el ISP se limitaría a intervenir con voz propia en el flujo de la comunicación en cuatro casos:

- Para pedir que uno de los participantes adecúen la emisión del mensaje (por ejemplo, para solicitar que se hable más despacio o más alto).
- Para solicitar una aclaración debido a que el profesional no haya comprendido el mensaje por completo.
- Para advertir a los participantes de que existe la posibilidad de que una de las partes no haya comprendido el mensaje.
- Para avisar a los participantes de la presencia de elementos culturales en la conversación que podrían haber pasado desapercibidos.

De acuerdo con este modelo, en caso de que el ISP tenga que intervenir debido a uno de los dos últimos puntos, deberá sacar el tema a colación para que ambos participantes intenten solucionar el problema de comunicación y evitar aportar sus propias explicaciones. Es vital que en estas intervenciones con voz propia el ISP comunique el mensaje en ambas lenguas para asegurarse de que los participantes comparten la misma información en todo momento (Verrept, 2008).

No obstante, se debe tener en cuenta que el concepto de imparcialidad no está delimitado por completo. De acuerdo con Martin (2000:218), "mientras que la mayoría de los autores están de acuerdo en que la imparcialidad forma parte integrante de la ética de un intérprete, la realidad es que los límites de esta imparcialidad son todavía tema de debate".

Por otro lado, también existen autores que rechazan este modelo y defienden la adopción del modelo de abogacía en ciertos contextos como el sanitario, por lo que atribuyen otras responsabilidades al ISP. Según este modelo, el ISP debería actuar como parte parcial en el proceso comunicativo, aconsejar y asesorar a una de las partes. Los defensores de este modelo de interpretación argumentan que la participación activa del ISP es esencial en contextos en los que el personal sanitario carece de formación para trabajar con ISP o con pacientes de diferente procedencia cultural. Además, según Valero-Garcés (2003), este modelo se basa en la creencia de que un paciente que desconoce el idioma del país de acogida precisa de protección, al igual que una persona que se encuentra incapacitada para tomar decisiones por sí misma, creencia que no puede aplicarse a todos los casos de pacientes migrantes y que incluso anula la capacidad de autodeterminación del individuo.

No obstante, el hecho de abogar por el paciente supone una violación de los códigos de ética profesional del ISP y es un papel que corresponde al personal sanitario. Además, Valero-Garcés (2003) hace hincapié en los siguientes problemas y riesgos de este modelo:

- La dificultad de cambiar de rol de abogado a intérprete sin provocar confusiones o malentendidos entre el personal sanitario. Además, el proveedor de servicios queda excluido de algunas conversaciones y puede mostrarse confuso al escuchar las intervenciones del intérprete ya que desconoce si el emisor ha sido el intérprete o el paciente.
- El intérprete no posee la formación necesaria para emitir juicios o valoraciones personales sobre temas que se tratan en consulta.
- Una persona que desconoce el idioma del país de acogida no tiene que tratarse como un individuo mentalmente incapacitado.
- El intérprete asume la voz cantante de la conversación y le arrebató voz propia al paciente.

Además de todos estos inconvenientes, de acuerdo con Verrept (2008), el trabajo del intérprete requiere altos niveles de concentración y no se le puede añadir la carga de tener que participar con voz propia en las interacciones médico-paciente.

En cuanto a la mediación, Webster's Dictionary (1986. Como se cita en Pöchhacker, 2008), define esta actividad como la intervención consentida de un poder entre otros poderes con el fin de salvar las diferencias existentes entre ellos. De acuerdo con Navaza (2014:10), la mediación intercultural "se entiende como una modalidad de intervención de terceras partes para lograr un mayor reconocimiento del *otro* y una mejor comunicación y convivencia en sociedades multiculturales". Es decir, que el mediador intercultural actúa principalmente cuando existen casos de diferencias etnoculturales en los que se necesita la intervención de un tercero para que el proceso comunicativo sea equitativo, fluido y se solucionen posibles conflictos, independientemente de si estos individuos son migrantes o locales o hablen o no el mismo idioma (Giménez, 1997). Según Lahib (2007), el mediador actúa en contextos en los que una parte partícipe en la comunicación se encuentra en una posición más vulnerable con el fin de compensar esta desigualdad. De acuerdo con Verrept, (2008), el mediador intercultural ayuda al paciente a sacar a la luz problemas personales que son difíciles de tratar frente a un miembro del personal sanitario. Además, estos profesionales emplean estrategias comunicativas para solventar malentendidos y para asesorar al paciente en todo momento.

Es evidente que el papel del mediador es muy importante para situaciones comunicativas asimétricas con participantes de distinta procedencia etnocultural. No obstante, también hay que tener en cuenta el beneficio que aporta a aquellos pacientes que se sienten solos y aislados en una sociedad diferente a la suya (Verrept, 2008).

En cuanto a las funciones principales del mediador intercultural, según Cohen-Emerique (2003), existen tres labores principales de mediación:

- La mediación preventiva: Modalidad cuyo fin es facilitar la comunicación entre personas de distintas culturas.
- La mediación rehabilitadora: Modalidad destinada a la resolución de conflictos, en especial aquellos originados por motivos culturales.
- La mediación transformadora: Modalidad destinada a cambiar las normas teniendo en cuenta las nuevas relaciones interculturales para así favorecer la cohesión de las minorías.

Resulta más que evidente que el papel del mediador intercultural es significativamente más visible que el del ISP y que este se aproxima más al modelo de abogacía que al de imparcialidad. De hecho, existen numerosas teorías y mucha polémica a la hora de establecer una diferencia entre la profesión del ISP y la del mediador intercultural, puesto que estos profesionales desempeñan numerosas funciones lingüísticas y culturales que pueden solaparse entre sí.

Tal y como explica Raga (2003), es cierto que la mediación intercultural y la interpretación son disciplinas que no pueden separarse totalmente y que en muchas ocasiones se superponen. También es cierto que hoy en día los límites de ambas profesiones se encuentran un poco difusos y es difícil establecer un límite, en especial cuando hablamos de un ámbito en el que en muchas ocasiones los intérpretes deben actuar como mediadores y viceversa. Existen casos en los que esta profesión sí tiene una definición y delimitación más concretas, como es el caso de las profesionales mujeres-enlace de Francia, que se definen como traductoras de “los códigos culturales, las costumbres y las mentalidades tanto francesas como extranjeras” (CEIMIGRA, 2008:57. Como se cita en Pena, Echauri y Olivares, 2014). Por tanto, resulta primordial establecer una diferencia entre el ISP y el mediador intercultural para comprender qué función desempeña cada uno en el contexto sanitario.

Autores como Antonin (2010) determinan que la figura del mediador intercultural no se limita a la interpretación, sin embargo el ISP no debería asumir funciones de mediador intercultural a no ser que posea la formación específica para ello.

De acuerdo con Verrept (2008), el papel que adopta el ISP a la hora de intervenir con voz propia en el proceso de comunicación tiene un efecto más inmediato en el flujo de la conversación y se considera un papel moderador cuyo fin es lograr una interacción comunicativa eficiente (por ejemplo, si el profesional interviene para pedir alguna aclaración o regular los turnos de palabra). Por otro lado, el papel del mediador intercultural va más allá e incluye estrategias para salvar cualquier obstáculo comunicativo, como las diferencias culturales (explicitaciones, omisiones o técnicas de conciliación, por ejemplo).

Además de estas diferencias, el ámbito de la mediación intercultural y todas las esferas que lo conforman es tan vasto que engloba una gran variedad de perfiles profesionales que van más allá de la interpretación o la comunicación interlingüística (Pöchhacker, 2008).

A modo de conclusión, para poder distinguir la interpretación de la mediación intercultural se podría determinar que la ISP es menos intervencionista ya que se centra en la comunicación en sí; y que la mediación intercultural es más intervencionista ya que se centra más en las relaciones interpersonales, las características culturales y en el asesoramiento (Navaza, 2014); así como en reducir las diferencias entre dos partes por motivos de identidad, pertenencia étnica o cultura (Pena, Echauri y Olivares, 2014). A través de la siguiente tabla, podemos realizar una síntesis de las similitudes y diferencias entre el ISP y el mediador intercultural:

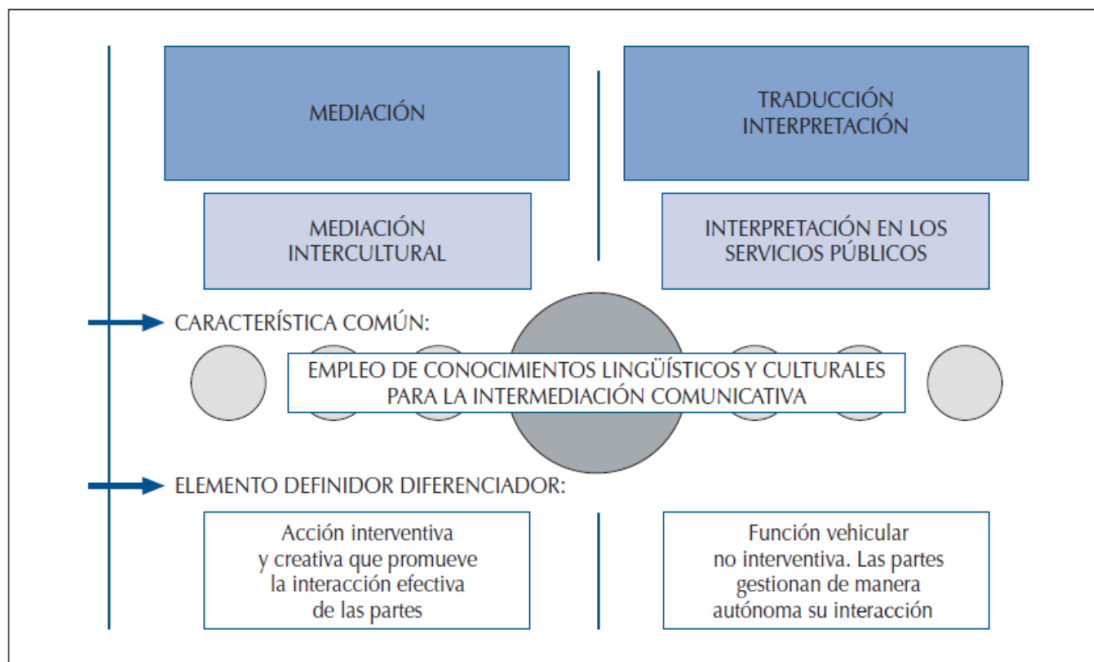


Ilustración 1 Contextualización y diferenciación entre mediación intercultural y traducción e interpretación en los servicios públicos (García-Beayert y Serrano, 2009:55)

Una vez analizado el papel de estos dos profesionales de la lengua y la cultura en los servicios públicos, concretamente en el ámbito sanitario, resulta más que evidente que la diferencia entre estos no está completamente establecida y que existen muchos autores que siguen englobando a los mediadores interculturales dentro de la profesión del ISP. Sin embargo sí que existe un hecho sobre el que no hay margen de discusión: la necesidad de estos profesionales en los servicios públicos y, en concreto, en la atención sanitaria. Sin la presencia de un ISP o mediador intercultural, no se garantizaría uno de los derechos civiles fundamentales de todo ser humano: entender y ser entendido.

En conclusión, sería imposible concebir una sociedad multicultural sin la presencia de profesionales lingüísticos y culturales en uno de los ámbitos más importantes de un país: la sanidad.

2.3. La interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario: la situación de España

La interpretación y mediación intercultural son actividades que han ido adquiriendo importancia de forma paulatina en los últimos años debido a los crecientes movimientos migratorios (Sales, 2005) tanto a nivel internacional como nacional. Como toda profesión emergente, cada país ha desarrollado una serie de políticas y protocolos y, actualmente, el grado de profesionalización de los ISP a nivel internacional es muy diverso.

Existen numerosos factores interdependientes que condicionan el desarrollo de la ISP que, de acuerdo con Corsellis (2008), pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- El reconocimiento y la aceptación de la necesidad de asistencia lingüística y cultural por parte de los servicios públicos. Estos organismos suelen atravesar una serie de fases: En primer lugar, niegan la existencia de un problema de comunicación; a continuación, recurren a soluciones *ad hoc* que resultan insatisfactorias y, finalmente, se alcanza un enfoque más sistemático, lo que conlleva la profesionalización de la ISP.
- El reconocimiento por parte de los gobiernos de la necesidad de estructuras y sistemas a nivel nacional para garantizar intérpretes en los servicios públicos. Esto supone

normalmente una mayor inversión de dinero público, algo que no todos los gobiernos están dispuestos a llevar a cabo debido a la existencia de asuntos más prioritarios.

- La tenacidad y la paciencia de los ISP para conseguir el establecimiento de un marco profesional satisfactorio, debido a que la ayuda que estos profesionales aportan a los servicios públicos, sin una compensación digna de su formación, tiene un límite.

Esta serie de factores es lo que en muchas ocasiones dificulta el desarrollo de la ISP y también provoca que el avance de la profesionalización de esta disciplina sea muy diferente de un país a otro. A continuación, realizaremos una breve comparativa del estado de la ISP a nivel internacional:

Australia es el país con el mejor sistema de acreditación, profesionalización y formación de ISP en el panorama internacional, ya que comenzó a considerar la necesidad de intérpretes profesionales en los servicios públicos a partir de los años cincuenta. De hecho, en 1977 se estableció un sistema de acreditación nacional, conocido como National Accreditation Authority for Translators and Interpreters, algo que no se ha logrado en ningún otro país (Sales, 2005).

Por otro lado, existen otros países concienciados de la importancia de profesionales en la ISP, tales como Suecia, Canadá o Estados Unidos. En dichos países se han fundado distintas organizaciones de intérpretes tales como la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA). Estas organizaciones a su vez han elaborado y promovido códigos deontológicos esenciales para el ejercicio de esta actividad profesional (Navaza, 2014). En el caso de Canadá y Estados Unidos, estos países también cuentan con su propio sistema de acreditación, lo que demuestra un alto interés por la profesionalización de la ISP (Sales, 2005).

Por otra parte, el Reino Unido fue el país que en la década de los noventa designó la actividad de ISP como *Public Service Interpreting* en un intento de favorecer la comunicación entre las instituciones y los migrantes (Sales, 2005). Además, este país cuenta con el Registro Nacional de Intérpretes en los Servicios Públicos, un registro profesional con alrededor de 2000 listados con titulación en Interpretación en los Servicios Públicos o titulaciones equivalentes (Corsellis, 2008).

La situación del Reino Unido supone un gran contraste si la comparamos con otros países europeos tales como Alemania o Austria, que muestran poco interés por la ISP; o Bélgica y los Países Bajos, que actualmente están comenzando a promover iniciativas para la profesionalización del ISP (Sales, 2005). En cuanto a países como Italia, Portugal o España, de acuerdo con Valero (2003. Como se cita en Sales, 2005):

La traducción/interpretación en los servicios públicos está dando sus primeros pasos y en la mayoría de los casos se trata de iniciativas individuales, poco apoyo estatal, escasa remuneración cuando existe, falta de formación y de coordinación así como de códigos éticos estandarizados.

Este dato puede ser chocante si tenemos en cuenta que a partir de la década de los noventa España pasó de ser un país de paso para los migrantes a ser un país receptor de migración (Sales, 2005).

Si nos centramos en el ámbito sanitario en España, la recepción de migrantes a partir de la década de los ochenta y especialmente en la de los noventa obligó a los hospitales y centros sanitarios españoles a buscar mecanismos para lograr una comunicación eficiente con la población migrante. Sin embargo, en España aún no existe una figura profesional y reconocida del ISP o mediador. Para luchar contra ello, existe una serie de grupos académicos en el territorio nacional cuya labor investigadora ha supuesto una pieza clave para que la profesión de la ISP y la mediación obtenga un mayor reconocimiento a nivel nacional. Estos grupos académicos son el grupo CRIT (Universitat Jaume I), el grupo FITISPos (Universidad de Alcalá de Henares) y el grupo GRETI (Universidad de Granada), entre otros (Navaza, Estévez y Serrano, 2009). Además, cada vez más universidades ofrecen formación específica

para esta rama de la traducción e interpretación, como la Universidad de Alcalá de Henares, que oferta desde el curso académico 2006/2007 el Máster Oficial en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos, enfocado en la especialización en el ámbito sanitario y jurídico-administrativo; o la Universitat Jaume I, que ofrece el Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario, con posibilidad de realizar prácticas en hospitales. No obstante, las prácticas que suelen llevarse a cabo no son remuneradas y la contratación posterior resulta complicada debido a la inexistencia de la institucionalización de la figura del intérprete en centros de salud y hospitales, por lo que normalmente la continuidad en estas instituciones se debe a proyectos y a financiación externos (Navaza, Estévez y Serrano, 2009).

Pese a la labor de investigación y de reivindicación de la profesionalización de la ISP y la mediación intercultural y los tímidos avances que se están logrando en este ámbito, en la mayoría de los casos aún se recurre a soluciones *ad hoc*, entre las que se pueden observar las siguientes:

- Uso de un español muy básico complementado con dibujos, gestos o mímica.
- Se cuenta con la ayuda de los acompañantes del paciente en caso de que estos sepan hablar algo de español.
- Material escrito en distintos idiomas.
- Se recurre a personal que sepa hablar las dos lenguas presentes en la situación comunicativa, independientemente de su formación o sus aptitudes lingüísticas.
- Se recurre a voluntarios.

Una de las medidas más recurrentes que se toma en los hospitales es solicitar que el paciente no hispanohablante acuda a consulta acompañado por alguien que sí sepa hablar español para así salvar la barrera lingüístico-cultural. Este recurso supone una violación del principio de confidencialidad, puesto que la información que se intercambia entre el médico y el paciente en consulta también es compartida por el acompañante del paciente.

Para más inri, la necesidad de servicios de ISP no queda reflejada en documentos oficiales tales como la Constitución Española o la normativa de la Unión Europea en materia sanitaria, por lo que la legislación vigente no ofrece garantías para un acceso igualitario a los servicios sanitarios a la población migrante y, de hecho, la ausencia de intérpretes profesionales conlleva que el derecho a entender y a ser entendido dependa de la voluntad de la persona que se ofrezca a realizar la labor de intérprete o mediador.

Los mismos proveedores de servicios no son conscientes de la gravedad de la situación y los riesgos que conlleva este sistema y defienden que no hay necesidad de profesionales de la lengua y la cultura en el ámbito sanitario ya que, según ellos, es suficiente con contar con la ayuda del acompañante del paciente o del personal sanitario. No obstante, existen investigaciones realizadas en hospitales europeos que han recopilado una serie de consecuencias graves provocadas por no contar con ISP o mediadores interculturales profesionales (De Muynck, 2004):

- Retraso en la identificación de síntomas.
- Interpretaciones erróneas de los procesos de somatización.
- Comunicación insuficiente de los problemas médicos.
- Enfoques inadecuados en materia de diagnóstico, terapia y seguimiento.
- Interpretación errónea de la función de los procedimientos de diagnóstico.
- Derivación subóptima.
- Dificultades del personal sanitario para explicar modelos causales a los usuarios inmigrados.
- Incertidumbre prolongada en relación con los diagnósticos y la atención recibida.
- Interpretación errónea del tratamiento prescrito.
- Abandono del tratamiento.

- Recorrido del paciente por diversos consultorios en búsqueda de atención satisfactoria.
- Cuidados preventivos inadecuados.
- Clima de hostilidad.
- Tendencia al trato poco equitativo.

Supone un contraste el hecho de que los propios proveedores de servicios sigan defendiendo la idea de que no es necesaria la labor del intérprete o mediador y, por otro lado, pongan de manifiesto la necesidad de una comunicación eficiente con pacientes de habla extranjera. Además, las soluciones que muchas veces se proponen a este problema de comunicación no están relacionadas con la ISP (Burdeus y Arumí, 2015).

Es evidente que el desarrollo de la ISP y la mediación intercultural en España todavía es muy bajo si lo comparamos con otros países a nivel europeo o internacional y se hace más que patente la necesidad no solo de la profesionalización de los ISP y mediadores culturales, sino también de la formación de los proveedores de servicios para trabajar con profesionales de la lengua.

Otro de los muchos recursos no profesionales a los que se recurre continuamente son las personas bilingües sin formación específica en interpretación. En España, aún existe mucha confusión a la hora de distinguir entre una persona bilingüe y un profesional de la interpretación o mediador intercultural. Por lo tanto, en primer lugar debemos establecer las diferencias entre una persona bilingüe y un intérprete, mediador o traductor profesional:

Bilingüe	Intérprete/Traductor
Posible falta de fluidez en una de las lenguas.	Necesaria fluidez en ambas lenguas.
Interviene con comentarios personales, opiniones, etc.	Facilita la comunicación entre dos interlocutores.
No existe código de conducta alguno ni principios personales.	Debe seguir el código ético propio de la profesión.
No necesita preparación para actuar de intermediario. El mensaje puede ser incompleto (puede olvidar u omitir partes).	Debe conocer la terminología especializada y las estrategias necesarias para emitir un mensaje fiel al original.
No necesita formación.	Requiere formación.
Puede ser influenciado por factores externos (compasión, alegría, familiaridad...) a la hora de transmitir el mensaje, con lo que la restitución podría dejar de ser objetiva, introducir comentarios personales, puntos de vista, etc.	Proporciona información exacta adaptada a la nueva realidad, alejada de cualquier consideración personal.

Tabla 3 Diferencias entre bilingüismo y formación en interpretación y traducción (Adaptado de Valero-Garcés, 2014)

Si comparamos las características principales expuestas en la tabla, una persona bilingüe no posee la formación necesaria para desempeñar la función de ISP o mediador en contextos tan delicados como el ámbito sanitario y, lo que es más importante, no sigue un código ético

que garantice el cumplimiento de los derechos de los pacientes extranjeros. Recurrir a personas bilingües sin formación para que desempeñen el papel de intérprete o mediador en el ámbito sanitario pone en riesgo el bienestar del paciente y el proceso comunicativo, además de dificultar el desarrollo de la ISP y la mediación como actividades profesionales y que la sociedad española conciba la ISP como una profesión vital en hospitales y centros de salud.

Por otra parte, el personal sanitario que tiene que estar en contacto con población extranjera casi a diario no cuenta con la formación necesaria para un proceso de comunicación intercultural eficiente ni para trabajar con ISP o mediadores interculturales profesionales. Este hecho entorpece sobremanera la labor de los ISP y mediadores y, en muchos casos, provoca que los proveedores de servicios no vean necesario contar con servicios lingüísticos y culturales, lo que pone en riesgo la salud y los derechos del paciente. Es un hecho que los proveedores de servicios desconocen las profesiones de traductor, intérprete y mediador y utilizan estos términos de forma indistinta y sin ser conscientes de las grandes diferencias que existen entre estas disciplinas (Valero-Garcés, 2014). Este es solo un dato que ejemplifica dicha falta de formación.

No obstante, en España comienzan a surgir iniciativas para la formación del personal sanitario, como el curso de Traducción e Interpretación en los ámbitos jurídico y sanitario organizado por la Universidad del País Vasco y destinado a los profesionales que trabajan en dichos ámbitos (García-Beyaert y Serrano, 2009). A pesar de que esta situación no es fácil de solucionar a corto plazo, algunos autores aportan una serie de pautas a seguir por parte del personal sanitario en caso de que tengan que enfrentarse a una situación de comunicación intercultural y solo puedan recurrir a intérpretes *ad hoc*. El objetivo principal es intentar que las sesiones de interpretación, aunque sean *ad hoc*, se desarrollen de la manera más profesional posible por parte del intérprete y del proveedor de servicios:

Antes	Después
<ul style="list-style-type: none"> ● Siempre que sea posible, recurra a un intérprete profesional. ● Si no hay intérprete profesional disponible, evite que sean los niños u otros familiares del paciente los que se responsabilicen de la interpretación. Recuerde además que en ese caso será casi imposible lograr los objetivos deseables de confidencialidad e imparcialidad del intérprete. ● En caso de que el acompañante del paciente sea el mejor recurso disponible, trate de averiguar cuál es la relación de parentesco. Esto le ayudará a tener una comprensión más completa de la situación. 	<p>Si el intérprete no es profesional, las siguientes sugerencias pueden resultarles útiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lleguen al acuerdo de que se interpretará todo lo que se diga y asegúrese de que el paciente sepa que así será. ● Sitúense en triángulo, estando el intérprete a igual distancia de usted y del paciente. Esto le ayudará a mantenerse en posición imparcial y favorecerá la interacción directa entre el paciente y usted. ● Háblele al paciente y no al intérprete y pídale a la persona que interpreta que hable en primera persona: usted le hace preguntas directamente al paciente en lugar de pedirle al intérprete que lo haga por usted y el intérprete juega a ser las

	<p>voces de uno y otro, sin comenzar por “ha dicho que...” o “quiere saber si...” sino dirigiéndose directamente a uno y a otro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pídale a la persona que hará de intérprete que distinga claramente entre sus propios comentarios y los que está interpretando. ● Trate de hacer frases sencillas y de hacer intervenciones breves. ● Invite al intérprete a pedirle explicaciones suplementarias antes de traducir si hay algo que no ha entendido o no recuerda bien. ● No dude en pedirle al paciente que repita las instrucciones o las explicaciones que le ha dado para asegurarse de que las ha entendido bien.
--	---

Tabla 4 Recomendaciones para la comunicación a través de un intérprete (ad hoc) (García-Beyaert y Serrano, 2009)

Tras haber analizado la situación de la interpretación y mediación en los servicios públicos y, en concreto, en el ámbito sanitario en España, podemos llegar a la conclusión de que en las últimas décadas han surgido importantes iniciativas que han conseguido una mejoría en este ámbito de la interpretación y mediación. La situación ideal sería que en el ámbito sanitario trabajaran intérpretes cualificados e imparciales junto a personal sanitario con formación en comunicación intercultural. Si contrastamos la situación actual en España con esta idea, podemos deducir que queda mucho trabajo por hacer y muchos objetivos por conseguir.

Valero-Garcés (2003) establece una serie de elementos imprescindibles para conseguir un servicio multilingüe y multicultural eficiente en el ámbito sanitario:

- Un servicio de interpretación accesible y gratuito que cuente con intérpretes con un alto grado de formación en lingüística aplicada y con experiencia en este ámbito.
- Estructuras administrativas adecuadas y personal sanitario y administrativo con nociones para trabajar con intérpretes.
- Estructuras o entidades profesionales que regulen la actividad del practicante.
- Formación mutua entre profesionales de distintos ámbitos que trabajan conjuntamente.
- Programas de investigación académica acerca del ISP para mejorar la formación profesional y la práctica.
- Programas de desarrollo profesional a nivel nacional accesibles para todos los practicantes con el fin de continuar con su formación y desarrollar sus habilidades.

Si no se consigue la implementación de estos elementos en el sistema sanitario español, este nunca llegará a ser un sistema multilingüe y multicultural; por lo que la sociedad española tiene como tarea pendiente plantearse estos objetivos con el fin de mejorar la situación de la ISP y la mediación en el territorio nacional.

2.4. El intérprete o mediador y los problemas de comunicación de índole cultural

Las culturas son compendios de elementos materiales y abstractos que los profesionales de la lengua deben transmitir en situaciones de comunicación intercultural mediante cuatro técnicas: interpretación, traducción, explicitación y negociación. La interpretación es posible cuando nos enfrentamos a problemas lingüísticos; por el contrario, la transposición de elementos culturales resulta imposible, por lo que la principal tarea del mediador es explicitar dichas diferencias culturales para evitar malentendidos o, en caso de que ya se hayan originado, negociar para la resolución de conflictos (Raga, 2003).

Tal y como hemos observado, existe un gran porcentaje de población extranjera que reside en España y que tiene derecho a recibir una asistencia sanitaria eficiente. Para ello, lo ideal sería que estos migrantes, tanto hispanohablantes como de lengua extranjera, contaran con la presencia de un intérprete o mediador intercultural no solo para comunicarse a nivel lingüístico, sino para que no surjan conflictos o problemas de comunicación debido a la falta de comprensión a nivel cultural. La tarea del intérprete o mediador intercultural en estos casos es tener conocimiento de las diferencias culturales que existen entre el hablante extranjero y el proveedor de servicios. Por ello, resulta de vital importancia que los intérpretes y mediadores interculturales profesionales tengan nociones básicas de las culturas con las que trabajan y tengan en cuenta los elementos etnoculturales más característicos de los pacientes extranjeros. Por lo tanto, expondremos a continuación una serie de características culturales de las comunidades etnolingüísticas migrantes más destacadas en España a las que el intérprete o mediador tiene que enfrentarse en los actos de comunicación intercultural y que deberá tener en cuenta a la hora de gestionar la comunicación entre el paciente extranjero y el médico en el ámbito sanitario.

2.4.1. La comunidad del Magreb

En primer lugar, nos centraremos en los pacientes extranjeros procedentes de las culturas etnolingüísticas del Magreb. Debemos aclarar que la mayoría de las características que vamos a exponer a continuación pueden atribuirse a la gran parte de las sociedades árabes; no obstante, Salud y Cultura (Grupo CRIT, 2009-2019), que es un portal informativo en línea cuyo propósito es ayudar a facilitar la comunicación intercultural en el ámbito sanitario, se ha centrado en la cultura marroquí, puesto que la mayoría de la migración árabe y magrebí que llega a España procede de Marruecos. De hecho, el 10% de la población marroquí reside en el extranjero. Así mismo, debemos tener en cuenta que no todas estas características son aplicables a todas las sociedades del Magreb y se requiere un estudio más extenso para determinar los rasgos culturales del resto de comunidades magrebíes.

Los migrantes de origen magrebí proceden de una comunidad teocrática, por lo que no conciben la separación de la religión y la política. Por lo tanto, el islam es el pilar fundamental de la cultura magrebí, que tiene cinco principios básicos:

- Declaración de la fe.
- La oración cinco veces al día.
- Ayuno durante el periodo de Ramadán.
- Peregrinación a la Meca.

El islam pretende influir tanto en la esfera pública como en la privada de la vida del creyente, por lo que regula aspectos tales como la higiene personal, la meditación, la alimentación, el atuendo, las reglas de la paz y la guerra, las relaciones sociales, familiares y matrimoniales, los nacimientos y la muerte. Por este motivo, el islam también tiene una gran influencia en la esfera pública, lo que provoca que los migrantes magrebíes pasen menos desapercibidos en hospitales y centros de salud que otras culturas ya que no conciben la religión como algo privado. Por ello, hay que prestar especial atención a aquellas directrices que puedan influir en sus creencias religiosas.

Debido a la concepción de la religión y la política como elementos indivisibles, los migrantes de origen magrebí precisan de un proceso dialéctico de adaptación a la hora de residir en una sociedad laica como es el caso de la española. Si este proceso de adaptación no tiene lugar en los diferentes ámbitos en los que se puede dar un contacto entre la cultura magrebí y la de acogida, pueden surgir estereotipos negativos que fomentan el racismo.

En cuanto a la concepción de la medicina, esta tiene numerosos elementos islámicos y africanos. La medicina tradicional magrebí tiene una esencia holística, por lo que se basa en la relación cuerpo-mente. Por lo tanto, se goza de buena salud cuando el cuerpo y el alma, y el individuo y su entorno se encuentran en equilibrio. Es por ello que el medio ambiente, el modo de vida y las emociones son los factores causantes de enfermedades. Los remedios de la medicina tradicional se basan en restaurar dicho equilibrio provocado por la influencia del frío y del calor en los humores corporales. No obstante, pese a que estos conocimientos se transmiten de generación en generación, la medicina tradicional cada vez tiene menos predominancia en las áreas urbanas debido a la aparición de la medicina biomédica. Debido a las grandes diferencias existentes entre las comunidades urbanas y rurales, la medicina tradicional sigue teniendo una gran importancia en las zonas rurales y la población de estas áreas solo acude a un centro médico cuando padecen una enfermedad grave.

Por otro lado, la superstición y la magia tienen gran importancia en las sociedades magrebíes, aunque las prácticas basadas en magia no difieren mucho de las del área del Mediterráneo. En esta área, existen ideas paganas y religiosas: por una parte, se cree en la curación de las enfermedades mentales a través de la lectura del Corán y en la santidad; por la otra, existe la creencia del mal de ojo y las supersticiones. Con el fin de evitar estas desgracias, hay personas que usan amuletos, fetiches o talismanes (Grupo CRIT, 2009-2019).

2.4.2. La comunidad subsahariana

De acuerdo con Grupo CRIT (2009-2019), al igual que ocurre con la comunidad magrebí, las sociedades procedentes de África subsahariana son muy diversas y es imposible generalizar las características de estos grupos etnolingüísticos. Por ello, vamos a aportar una serie de características generales, enfocándonos especialmente en la comunidad senegalesa, que es la sociedad con mayor población migrante en España.

Uno de los aspectos fundamentales de las sociedades subsaharianas es el concepto de familia: al contrario que en las sociedades occidentales, las culturas subsaharianas tienen como unidad social básica la familia extensa. Esto quiere decir que en las unidades familiares no solo se engloba a los progenitores y a sus descendientes, sino que en la misma vivienda suelen convivir miembros de diferentes generaciones y de distintos grados de parentesco. Por ende, la concepción de individuo también dista sobremanera de la que se tiene en occidente, puesto que se le da mucha más importancia a la familia, al linaje, al grupo social y al pueblo de cada persona.

En cuanto a las estructuras sociales, en etnias como la wolof, serer o pular la sociedad se estructura en castas. Pese a que en la actualidad dichas castas no tienen vigencia política ni económica, siguen estando presentes en la esfera social y cultural, por lo que los procesos comunicativos pueden cambiar totalmente dependiendo del estatus social de los interlocutores: cuando se da una interacción simétrica, el trato suele ser próximo, dinámico, con mucha información personal, directo y expresivo; por otro lado, si el patrón comunicativo es asimétrico, la interacción suele ser distante, cortés y respetuosa. La diferencia de patrones comunicativos según el estatus social y la concepción de medicina son aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de comprender la actitud que adoptan los individuos procedentes de culturas subsaharianas al comunicarse con el personal sanitario: en estas comunidades, los sanadores tradicionales son aquellos que tratan a los enfermos. El más conocido es el *marabout*, cuyos diagnósticos se basan principalmente en adivinación. Es por ello que en

estos intercambios de información no se abordan temas tabú, sino que paciente y sanador se comunican a través de un lenguaje indirecto. Debido a ello, los pacientes migrantes de origen subsahariano adoptan una actitud distante y poco comunicativa al tratar con el personal sanitario en España.

Por último, es importante tener en cuenta la desconfianza de la población subsahariana hacia la sanidad occidental. El motivo de dicha reticencia es que la sanidad biomédica se instauró en África occidental en la época colonial, por lo que muchos migrantes subsaharianos relacionan la sanidad occidental con la sanidad colonial. Además de este factor, la situación de la sanidad biomédica en África no es gratuita y tiene altos niveles de corrupción. Por estos motivos, existe mucha desconfianza y los pacientes subsaharianos pueden mostrarse reacios a confiar en el sistema sanitario español (Grupo CRIT, 2009-2019).

2.4.3. La comunidad china

El sistema comunista y el establecimiento del mercado capitalista han sido elementos claves para una transformación mayúscula de la sociedad china a lo largo del siglo XX y siglo XXI. No obstante, esta sociedad sigue rigiéndose por los principios del taoísmo y el confucianismo, doctrinas que marcan la diferencia entre esta sociedad y las comunidades occidentales. Uno de los principios básicos de estas doctrinas es la armonía de grupo, por lo que la sociedad china es sumamente colectivista y los intereses del conjunto tienen prioridad sobre los intereses individuales (Grupo CRIT 2009-2019).

Por otra parte, la jerarquía o complementariedad es otro de los pilares de esta sociedad ya que, según el confucianismo, la estabilidad social debe basarse en la desigualdad en todos los ámbitos existentes. Por ejemplo, la desigualdad que existe entre el progenitor y sus descendientes o entre el gobernador y el gobernado. Tanto el principio de armonía como el de jerarquía se ven reflejados en los patrones de comunicación, ya que tienen una tendencia a evitar el conflicto y a no emitir comentarios que puedan resultar ofensivos o comprometedores con el fin de salvaguardar su imagen y la de los demás. Otra característica relevante es la adecuación ritual, en la que se ve reflejada el principio de jerarquía social de la comunidad china. La adecuación ritual implica que el proceso de comunicación estará determinado en su totalidad por la posición social de los interlocutores.

En cuanto a la sanidad, no se observan grandes diferencias entre la medicina practicada en China y la practicada en Europa. La diferencia más importante es que normalmente la población china solo acude a hospitales o a centros médicos cuando la enfermedad es realmente grave, ya que la mayoría de las enfermedades se tratan en el seno familiar. Esto se debe al conocimiento médico que poseían tradicionalmente las familias chinas, que ha provocado que esta tradición perdure, y por las dificultades de acceder a la sanidad oficial. Es por ello que la sanidad tradicional china, de carácter holístico, sigue desempeñando un papel predominante en la sociedad china. Debido a la medicina tradicional, la comunicación médico-paciente puede verse afectada por el uso de una terminología completamente diferente a la usada en la medicina occidental. El paciente chino suele emplear términos tales como *vientos*, *humedad*, *bloqueos* o *frío y caliente*. Además, el paciente de origen chino tiene una tendencia a aportar datos personales sobre su forma de vida, ya que se considera que los hábitos también contribuyen al desarrollo de enfermedades tanto físicas como mentales o anímicas. En la medicina tradicional china no existen las enfermedades, sino los enfermos, lo que significa que cada paciente espera recibir un diagnóstico exhaustivo sobre su caso particular; ya que, de acuerdo con la tradición, cada individuo enfermo reúne una serie de síntomas únicos (Grupo CRIT, 2009-2019).

2.4.4. La comunidad de Europa del Este

Las culturas eslavas, según Grupo CRIT (2009-2019), tienden a ser poco igualitarias y se fundamentan en las relaciones jerárquicas interpersonales y en la preocupación por generar conflictos. El establecimiento de dichas estructuras jerárquicas se basa en una serie de características sociales, económicas y personales de cada individuo, tales como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, etc.

Debido a las relaciones jerárquicas de estas culturas, las interacciones comunicativas de los migrantes procedentes de sociedades eslavas con personas desconocidas suelen ser asimétricas. Este es el caso de los intercambios de información que se da en consulta, por lo que los pacientes suelen mostrarse incómodos al contestar preguntas acerca de su vida privada, especialmente si no comprenden el vínculo entre dichas preguntas y la enfermedad por la que acuden a consulta. En el caso de que la relación médico-paciente se consolide, el patrón comunicativo suele modificarse y suelen mostrarse más abiertos a aportar información acerca de su vida personal.

Además de caracterizarse por la jerarquía, las comunidades eslavas son colectivistas, por lo que el núcleo de estas sociedades es la familia. Por motivos de jerarquización, en las familias las personas mayores son las más respetadas y, aunque el hombre parece el cabeza de familia, la mujer normalmente es el miembro más fuerte y la que realiza la toma de decisiones. Es por ello que las familias suelen acompañar a los pacientes para ayudarlo, apoyarlo o consolarlo en todo momento.

Las culturas eslavas valoran la contención y el autocontrol, por lo que no ven correcto expresar sus emociones en espacios públicos. Es por ello que no suelen exteriorizar el dolor físico e incluso le restan importancia al dolor si lo sufren.

En cuanto a la concepción de sanidad, los usuarios procedentes de Europa del Este suelen acudir al médico cuando presentan síntomas más graves o evidentes. Por ello, pueden mostrarse nerviosos, inquietos o agotados. Es por ello que pueden percibirse signos de irascibilidad o impaciencia en la comunicación con el personal sanitario.

Los migrantes eslavos conciben la enfermedad como un agente externo que hay que expulsar o eliminar del organismo, por lo que suelen mostrarse reticentes a someterse a ciertas pruebas médicas si no ven que el fin de estas sea destruir dicho agente externo; así como sugerir al personal sanitario las pruebas que sí consideran oportunas para lograr este objetivo. Por ello, es necesario explicarle detalladamente el proceso de diagnóstico y el tratamiento prescrito por el médico (Grupo CRIT, 2009-2019).

2.4.5. La comunidad británica

La británica es una de las comunidades de migrantes más amplias que existe en España. Tal y como reflejamos en la Tabla 1 Población extranjera por nacionalidad (2018). Adaptado de Instituto Nacional de Estadística, había 242.837 migrantes de origen británico residiendo en España. Es evidente que gran parte de los pacientes con los que debe trabajar el ISP o mediador intercultural en el ámbito sanitario es de origen británico. No obstante, de acuerdo con Grupo CRIT (2009-2019), los problemas a los que se debe enfrentar el ISP o mediador a la hora de trabajar con estos pacientes no son los mismos que con el resto de grupos etnolingüísticos migrantes. Los principales problemas de comunicación entre paciente de origen británico y el personal sanitario se basan en las diferencias entre el sistema sanitario y burocrático del Reino Unido y el de España. Para muchos migrantes de origen británico, el acceso a la sanidad española es relativamente farragoso si se tiene en cuenta que son ciudadanos de la Unión Europea, por lo que este proceso debería ser más sencillo. Esto es debido principalmente a que la burocracia británica es más ágil y se encuentra más simplificada que la española.

La diferencia más significativa que podría causar malentendidos en el acto comunicativo personal sanitario y paciente de origen británico es el peso cultural de la familia. En el Reino Unido no es habitual que los familiares acompañen al paciente durante largos periodos de tiempo o que pasen la noche con este en el hospital si se encuentra ingresado (Grupo CRIT, 2009-2019).

Es evidente que los rasgos etnoculturales que hemos expuesto son muy generales y engloban a comunidades vastas y variopintas. Por ello, consideramos necesario recalcar que todos y cada uno de los individuos pertenecientes a un grupo etnocultural determinado no tienen por qué presentar todas las características que hemos expuesto. Además, muchos de los colectivos que hemos descrito pueden subdividirse en diferentes grupos con características que no comparten con el resto de subgrupos. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que esto solo constituye una breve guía a seguir para tener en cuenta el trasfondo cultural de los colectivos migrantes más destacados en España. No obstante, el intérprete o mediador tendrá la obligación de seguir su formación e investigación para conocer más en profundidad las culturas con las que trabaja y evitar caer en el error de los estereotipos. Pensar que un individuo va a adoptar una actitud determinada en el proceso comunicativo o que tiene un determinado bagaje cultural solo por el hecho de pertenecer a un grupo etnolingüístico concreto solo perjudicará la comunicación intercultural y perpetuará la concepción de prejuicios y estereotipos negativos que no ayudarán en modo alguno a la integración del migrante.

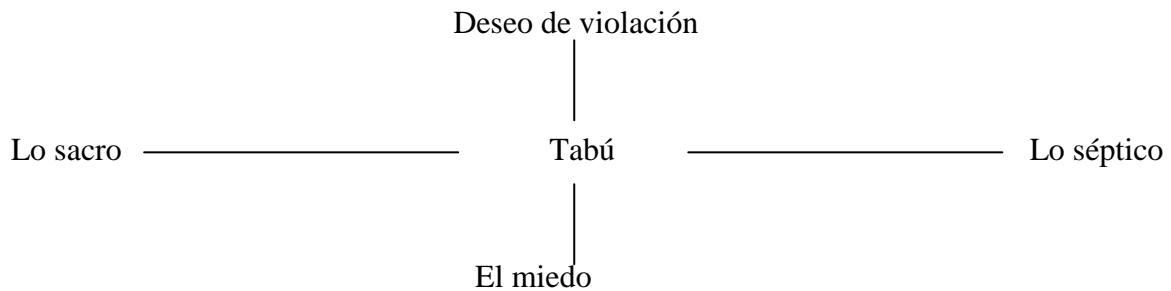
2.5. El tabú, el eufemismo, el disfemismo y el cacofemismo

El tabú es un concepto de carácter universal que ha acompañado al ser humano desde el principio de los tiempos. Este fenómeno ha sido estudiado por numerosas ramas del saber, puesto que no es solo un fenómeno puramente cultural, sino también lingüístico. El tabú, según la Real Academia Española, es la “condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar”. Por lo tanto, este fenómeno engloba ámbitos, aspectos de la vida y comportamientos particulares de cada sociedad sujetos a prohibiciones. Algunos ejemplos de tabú serían alimentos prohibidos en ciertas culturas, personas con las que no se puede interactuar o actitudes que no deben adoptarse (Soler, 2019).

Tal y como se explica en Soler (2019) la procedencia de la palabra “tabú” es un dato que ya de por sí refleja la concepción de estas realidades en las sociedades: “Tabú” procede de la palabra inglesa “*taboo*”, que a su vez “es de origen polinesio, y el simple hecho de que utilicemos una palabra tan exótica para nombrar a un fenómeno extremadamente común en nuestra cultura es sintomático para la universalidad del tabú” (Ullman, 1964, como se cita en Seiciuc 2010:59).

Esta prohibición no tiene un carácter legal, sino social, moral o religioso y no solo afecta a las personas, los animales o los objetos a los que hace alusión, sino también a las palabras que se utilizan para denominar estas realidades. Por ende, el tabú tiene una dimensión lingüística puesto que, tal y como hemos analizado en apartados anteriores, la lengua y la cultura son elementos interdependientes y una es el reflejo de la otra. Esto significa que en todas las culturas existe una serie de términos cuyo uso no está bien visto en la mayoría de esferas y ámbitos porque atrae fuerzas negativas, ofenden a las divinidades, al resto de individuos de la sociedad o porque se considera impuro o de mal gusto (Soler, 2019).

El tabú nace del conflicto que sufría el hombre primitivo entre dos fuerzas: el miedo al objeto o a la persona tabú y la atracción inconsciente que sentía hacia estos elementos. Por tanto, podríamos representar gráficamente la situación del tabú de la siguiente forma:



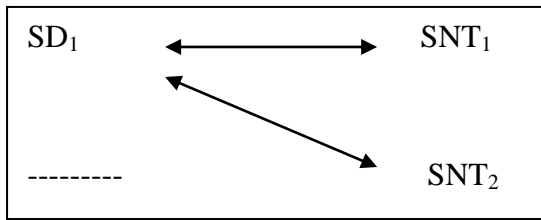
(Grimes, 1978. Como se cita en Casas, 1986:19)

Debido a que el tabú hace alusión a una realidad que provoca rechazo o desagrado, el ser humano ha desarrollado una serie de mecanismos para hacer referencia a estas esferas de la vida a través de expresiones más aceptadas. A esto se le conoce como eufemismo que, en contraste con el término “tabú”, procede del griego *εὐφημισμός*, “palabra de buen presagio” (εὐ – “bien” y φημι – “yo hablo”) (Seiciuc, 2010:25). El eufemismo “es el resultado de la divergencia entre la función referencial y la función metalingüística. En otras palabras, “el eufemismo surge cuando queremos hablar de X pero no podemos usar la palabra x” (Seiciuc, 2010:26). El eufemismo es el resultado de una presión ejercida por una comunidad etnolingüística de manera implícita o explícita y refleja la mentalidad coercitiva de dicha comunidad.

De acuerdo con Chamizo y Sánchez (2000), un término o expresión solo podrá funcionar como eufemismo si cumple una serie de condiciones:

- Capacidad de sustitución de un término tabú, que es la característica primordial y más representativa de la figura del eufemismo.
- Ambigüedad: Esta característica propia de los eufemismos ayuda a atenuar estas realidades consideradas como tabú. Sin embargo, hay categorías de términos eufemísticos originados en el lenguaje científico, tales como *orina*, *síndrome de Down*, *menstruación*, etc. que no contienen ningún tipo de ambigüedad ni connotación y que han mantenido sus rasgos cuando han pasado del ámbito científico a la lengua común. Únicamente puede hallarse cierta ambigüedad en estos términos cuando existe una falta de conocimiento por parte de los oyentes acerca del significado de dichos términos debido a que su introducción en la lengua común ha sido reciente.
- Imposibilidad de ser sustituido por un término tabú o cualquier otro con el fin de crear el mismo efecto en el mensaje y el oyente: La conmutación solo podría tener lugar si el eufemismo en cuestión se sustituye por otro, nunca por el término tabú al que hace alusión, debido a que el efecto eufemístico se perdería y los matices y connotaciones del mensaje cambiarían radicalmente (Seiciuc, 2010).

El mecanismo del eufemismo se basa en la sustitución de un significante debido a la interdicción del lenguaje por un significante nuevo, se encuentre asociado o no a un significado existente:



*SD: Significado. SNT: Significante.

Ilustración 2 Mecanismo del eufemismo (Seiciuc, 2010:27)

De acuerdo con Chamizo (2004), los eufemismos pasan por una serie de estadios diferentes cuando se incorporan al sistema lingüístico de una comunidad, esto es, experimentan un proceso de lexicalización. Las fases que atraviesan los eufemismos son tres:

- Eufemismo novedoso: Consiste en la creación de un eufemismo en un momento concreto sin formar parte de ninguna red conceptual previamente y sin que se predijera a priori. Sin embargo, pese a estas características, es comprendido por los oyentes que conocen el contexto en el que ha surgido.
- Eufemismo semilexicalizado: En esta fase de lexicalización, el eufemismo ya forma parte del acervo de la lengua y se utiliza habitualmente por los hablantes de esta, pero aún es posible distinguir el significado literal y el significado eufemístico.
- Eufemismos lexicalizados o muertos: En esta última fase se produce una pérdida de conciencia del origen eufemístico de estos términos por parte de los hablantes, por lo que “se pierde la conciencia del significado literal original de la palabra en cuestión” (Chamizo, 2004:45).

Se debe tener en cuenta que el grado de lexicalización de un eufemismo no tiene por qué ser uniforme entre los hablantes de una comunidad, en especial en el caso de hablantes de diferentes franjas etarias, de variedades dialectales o aquellos procedentes de distintos grupos intracolegiales.

En la actualidad, el eufemismo comprende una serie de aspectos relacionados con la interdicción lingüística y sus respectivas causas extralingüísticas, la función social de este mecanismo, la retórica y la pragmática. Según Crespo Fernández (2007), el eufemismo reúne una serie de definiciones que se engloban en tres direcciones fundamentales: social, lingüística y pragmática. Además, se puede añadir una cuarta dirección: “las definiciones que conciernen a la relación entre la lengua y el pensamiento” (Seiciuc, 2010:25). Todas estas definiciones contienen perspectivas distintas de este fenómeno debido a que el eufemismo es un compendio de aspectos sociales, lingüísticos, lógicos y pragmáticos. Es por ello que este mecanismo no se puede estudiar solo y exclusivamente desde un punto de vista lingüístico, ya que es un fenómeno de carácter cultural ampliamente complejo y sensible a cambios extralingüísticos.

El eufemismo, al pertenecer a un sistema lingüístico, no es un fenómeno estático. Es por esto que en muchos casos se produce la degradación o corrupción de este y la función eufemística desaparece:

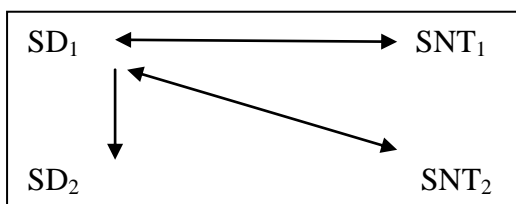


Ilustración 3 Pérdida de la función eufemística del eufemismo (Seiciuc, 2010:28)

Tal y como se ve reflejado en la ilustración, se produce una conexión intencional entre SD₁ y SNT₂, lo que produce que el hablante recuerde automáticamente SNT₁. Por otro lado, la

conexión no intencional entre SD₁ y SD₂ provoca un influjo semántico negativo del primero hacia el segundo. Esto produce que el eufemismo pierda esa función eufemística, como es el caso de la palabra *retrete* en español, que originalmente era un eufemismo y en la actualidad se considera palabra tabú en la sociedad española.

Al principio, el eufemismo se torna irónico y finalmente se convierte en un disfemismo, que es el mecanismo opuesto al eufemismo, por lo que los hablantes se ven en la necesidad de acuñar nuevos términos eufemísticos (Chamizo, 2004). Un ejemplo de la conversión de un eufemismo en disfemismo serían algunos términos originados en el lenguaje científico, tales como *cretino* o *idiotita*, que en el pasado se utilizaban para hacer alusión a realidades desagradables y actualmente se emplean como insultos (Seiciuc, 2010).

En cuanto al disfemismo, podríamos situarlo en el lado opuesto al eufemismo, puesto que es un mecanismo a través del cual se crea un tabú de manera intencional, es decir, se usa un lenguaje violento de manera deliberada. La función principal de este fenómeno lingüístico y social es escandalizar o tocar la sensibilidad o el pudor del oyente. Un ejemplo del contraste entre eufemismo y disfemismo serían las expresiones *pasar a mejor vida* y *estirar la pata* para referirnos al fallecimiento de alguien: es evidente que la primera expresión pretende atenuar el mensaje mientras que la segunda tiene connotaciones negativas, por lo que son un eufemismo y un disfemismo respectivamente (Chamizo y Sánchez, 2000). Sin embargo, los límites entre eufemismo y disfemismo no se encuentran establecidos, por lo que resulta muy difícil clasificar términos o expresiones como eufemísticas o disfemísticas (Seiciuc, 2010). El contexto comunicativo, el uso concreto de dicha expresión o dicho término o la intencionalidad de los hablantes serán los factores que determinen su carácter eufemístico o disfemístico. Por ejemplo, en español peninsular los términos *inodoro* o *excusado* son eufemismos de *letrina*, pero en determinados contextos como el militar, el uso de estos dos términos eufemísticos para hacer referencia a una letrina produciría efectos cognitivos particulares e inadecuados para este contexto. Otro ejemplo muy ilustrativo sería el modismo *hacer un corte de mangas*: este modismo se considera un disfemismo. Sin embargo, se podría considerar eufemismo si se usa con el fin de sustituir expresiones que resulten aún más obscenas (Chamizo, 2004).

Por último, dentro de este compendio de mecanismos, encontramos el cacofemismo. Este mecanismo engloba signos primarios que se consideran obscenos o de mal gusto y, por tanto, se encuentran permanentemente bajo interdicción lingüística y generan eufemismos. Pese a la interdicción lingüística que sufren, son muy recurrentes en los actos del habla, puesto que son una forma de expresar disconformidad y de desafiar las normas de la comunidad etnolingüística. De los cacofemismos derivan numerosas frases hechas y palabras derivadas. En culturas más permisivas, estos términos o expresiones tienen menos connotaciones negativas en el plano semántico “puesto que la expresividad es inversamente proporcional a la permisividad y la frecuencia” (Seiciuc, 2010:30).

Algunos autores engloban al cacofemismo dentro del disfemismo. No obstante, es necesario señalar que los cacofemismos son tabúes y solo pueden neutralizarse en ciertos contextos; a diferencia de los disfemismos, que se originan a propósito a partir de términos considerados neutros en una cultura etnolingüística concreta. Por ejemplo, *cerdo* es una palabra neutra a partir de la cual se ha originado un disfemismo en ciertos contextos. Se puede observar el contraste entre *carne de cerdo* y *comes como un cerdo*.

2.5.1. Las funciones sociales del tabú y el eufemismo

De acuerdo con Seiciuc (2010), existen dos tipos de tabúes culturales: el tabú implícito y el tabú explícito. El tabú implícito, también denominado *no motivado*, es aquel tabú que ha acompañado a la humanidad a lo largo de toda su historia y está presente en todas las culturas, por lo que son universales antropológicos. Este tipo de tabú se subdivide en dos tipos:

En primer lugar, analizaremos los tabúes de lo sagrado: Este tipo de tabú está relacionado directamente con lo místico-religioso y el miedo, ya que la religión se basa en la veneración de un ser cuya existencia no se ha comprobado y que podría provocar algún tipo de perjuicio a sus transgresores. El origen de este tipo de tabú es altamente arbitrario, puesto que la justificación del mismo solo estaba al alcance de unos pocos “elegidos”, por lo que se ha ido perdiendo a lo largo de la historia. Este tabú tiene una importante parte lingüística que se basa en la prohibición de usar ciertas palabras, sobre todo nombres, que supuestamente hubieran provocado desgracias en una persona o una comunidad. En las sociedades occidentales, este tabú ha desaparecido prácticamente del plano cultural, pero quedan vestigios en el plano lingüístico.

El miedo a nombrar las realidades provistas, en la imaginación colectiva, de atributos sobrehumanos, capaces de interferir concretamente en la vida de la comunidad, tiene que ver con el miedo a lo desconocido. La imaginación humana crea, en el más allá de las fronteras del mundo tangible, un mundo nuevo que funciona con sus propias leyes (Seiciuc, 2010:59).

Entre las numerosas interdicciones lingüísticas relacionadas con lo religioso y lo sagrado, podemos encontrar eufemismos para nombrar al diablo, tales como: *el maligno*, o *el ángel caído*. También es muy amplio el campo de los eufemismos para hablar de la muerte, por ejemplo, *pasar a mejor vida*, *descansar en paz* o *X ya no está entre nosotros*.

Por otro lado, también podemos encontrar los tabúes de lo impuro: Este tipo de tabú está relacionado con estados o acciones que provocan aversión. Dentro del mismo, se pueden encontrar dos subtipos: los tabúes de la esfera de la reproducción, tales como la menstruación, embarazo, sexualidad, etc. y los tabúes del ámbito de la escatología en el que se engloban la micción y defecación. El origen de estos tabúes está relacionado con lo sagrado. En las sociedades actuales, estos tabúes siguen teniendo un gran arraigo, principalmente por motivos de pudor y por su transmisión de generación en generación. Además, estos tabúes resultan exacerbados por el rechazo instintivo que los individuos de una cultura sienten por la relación que se establece entre estas interdicciones y la esfera privada de la vida humana.

Los tabúes de la sexualidad y la reproducción han estado relacionados tanto con lo sagrado como con lo religioso a lo largo de la historia. El carácter impuro que adquiere la sexualidad en occidente y que ha prevalecido durante siglos proviene de la religión cristiana. Este punto de vista relativo a la sexualidad sigue estando presente en las comunidades etnolingüísticas tradicionalmente cristianas y se evidencia en la organización cognitiva de los “femismos” en el ámbito de la reproducción. En este campo de interdicción, podemos encontrar eufemismos tales como *hacer el amor*, *intimar* o *yacer con*, entre muchos otros. También podemos encontrar numerosos eufemismos para hacer alusión a los órganos genitales, como *miembro* o *partes (pudendas)*.

Además de la esfera de la sexualidad, en los tabúes de lo impuro también se incluyen aquellos relacionados con las funciones fisiológicas del cuerpo humano. Esto es debido a ciertos elementos que se relacionan con la excreción: los órganos a través de lo que se realizan estas funciones o el carácter íntimo de estas, entre otros. Estas funciones fisiológicas tienen un elemento común: los fluidos corporales, que se consideran desagradables y provocan aversión. Entre estos tabúes, podemos encontrar eufemismos tales como *aliviarse*, *evacuar* o *cambiar el agua al canario*.

Como hemos podido observar, no todos los tabúes implícitos tienen la misma importancia o magnitud en todas las sociedades, sino que a medida que una sociedad va evolucionando, los tabúes de lo impuro van adquiriendo mayor importancia en detrimento de los relacionados con la religión y la superstición. Según Casas (1986:28):

De cualquier manera estimamos que a medida que la sociedad se instruye culturalmente, tienden a extinguirse los tabúes provocados por temor supersticioso, aunque aumentan considerablemente los de decencia, pudor o delicadeza.

Por otro lado, los tabúes explícitos no tienen tanto arraigo en las sociedades actuales debido a que han surgido en la sociedad occidental moderna. Estos tabúes se han originado por la convivencia de distintos colectivos con diversas características en las distintas sociedades y “tienen un carácter explícito, motivado, oficial, y las transgresiones vienen sancionadas inmediata y concretamente” (Seiciuc, 2010:35). A diferencia de los tabúes implícitos, los explícitos no son tabúes universales, sino que varían de una cultura a otra y, debido a que experimentan una evolución rápida acorde con la de la sociedad a la que pertenecen, tienen un carácter dinámico. Por consiguiente, este dinamismo provoca que el número de elementos tabú aumente rápidamente y además los eufemismos que se utilizan a la hora de hacer alusión a estos tabúes sufran una degradación veloz. Este sistema de tabúes y eufemismos ha desarrollado un lenguaje diplomático conocido como lenguaje políticamente correcto. Los tabúes explícitos y sus correspondientes eufemismos cumplen una serie de funciones en las sociedades:

- **Función de dignificar:** Esta función es la principal del lenguaje políticamente correcto y su función es crear una imagen positiva de realidades sociales que tradicionalmente se han percibido como negativas (realidades religiosas, profesionales, étnicas, etc.). La consecuencia de este tipo de tabúes es el uso excesivo de eufemismos debido al temor a caer en actitudes de discriminación o intolerancia. Algunos ejemplos de esta función serían el uso del término *invidente* en lugar de *ciego* o el uso de *tercera edad* en lugar de *viejo* (Chamizo, 2004).
- **Función de atenuar:** Los eufemismos en ciertas situaciones tienen la función de atenuar mensajes que evocan realidades penosas o desagradables para los hablantes. Esta función se basa principalmente en el uso de sinónimos ambiguos que evoquen a estas realidades tabú y atenúen el impacto de estos mensajes. Por ejemplo, usar la expresión *ya no se encuentra entre nosotros* para querer decir que alguien ha fallecido. Otro mecanismo de atenuación que se aplica para este tipo de temas tabú es emitir un mensaje insinuando que una idea no se va a enunciar. Por ejemplo, al decir *tengo malas noticias, X ha sufrido un accidente*, el oyente solicitaría más información y el hablante podría limitarse a responder afirmativa o negativamente, lo que le solucionaría el problema de tener que utilizar palabras tabú tales como *muerte* o sinónimos (Seiciuc, 2010).
- **Función de reverencia:** El eufemismo también engloba fórmulas de cortesía. Esto se debe a que dichas fórmulas proceden de estructuras sociales de distintas épocas en las que su uso era obligatorio. A lo largo de la historia, han ido surgiendo diferentes protocolos sociales puesto que existían ciertas formas de apelación a individuos de la alta sociedad que estaban prohibidos. Es por esto que los pronombres de tratamiento y los eufemismos tienen el mismo origen: la interdicción lingüística, el tabú.

Tras analizar más en detalle las funciones del eufemismo, podemos observar la relación directa que mantiene con el lenguaje políticamente correcto. No obstante, tal y como afirma Seiciuc (2010:37):

La tendencia de incrementar la ambigüedad del discurso, específica para el lenguaje políticamente correcto, no es prueba de ningún aumento en la sensibilidad de la sociedad, sino que es una estrategia cada día más actual de las personas públicas, que no pueden permitir que los periodistas o los rivales políticos se aprovechen de supuestas faltas discursivas.

A través de este análisis del lenguaje políticamente correcto y sus funciones, podríamos vincular ideológicamente este fenómeno a la inserción de las minorías en una comunidad etnolingüística, ya que el objetivo principal de este lenguaje es eliminar los aspectos negativos que se vinculan tradicionalmente a ciertos colectivos de la sociedad y conseguir una “depuración” de la lengua. No obstante, este fenómeno sufre mucho rechazo por parte de los hablantes y las sociedades debido a que, en este caso, el proceso de creación de una realidad

tabú se invierte y se crea una “retabuización de la sociedad debido a la interdicción lingüística” (Seiciuc, 2010:99). Por ende, el tabú pasa del plano lingüístico al cultural, que es justamente el proceso inverso que tradicionalmente experimenta el tabú y el eufemismo. Pese al rechazo social que sufre el lenguaje políticamente correcto, la mayoría de los hablantes lo aceptan y lo emplean por miedo a que se les tache de intolerante al hacer referencia a algún colectivo minoritario de la sociedad.

Tras analizar detenidamente el origen y las características principales del tabú, el eufemismo, el disfemismo y el cacofemismo, queda patente la importancia y predominancia que tienen estos elementos en el plano lingüístico y cultural en las sociedades actuales. A medida que dichas sociedades han ido evolucionando, los tabúes y “femismos” han ido cambiando, pero siguen manteniendo su presencia en el lenguaje y en la concepción de la realidad pese al transcurso de los siglos.

2.6. El tabú en la comunicación intercultural

El tabú y los mecanismos lingüísticos que se desarrollan para hacer alusión a este tienen distintas características en cada comunidad etnolingüística. Es un hecho que el tabú implícito tiene un carácter universal y la mayoría de estas realidades se concibe como interdicciones lingüísticas en todas las culturas actuales. No obstante, la importancia o magnitud de un tabú puede variar sobremanera de un hablante a otro en una misma cultura, por lo que pueden existir grandes diferencias entre hablantes de diferentes grupos etnolingüísticos a la hora de tratar un tema tabú o de desarrollar mecanismos eufemísticos, disfemísticos o cacofemísticos y, como consecuencia, de llegar al entendimiento mutuo. Por lo tanto, es vital analizar la repercusión del tabú en la comunicación intercultural, ya que este tipo de situaciones comunicativas están a la orden del día en las sociedades actuales y condicionan la convivencia e integración de las personas extranjeras en el país de acogida. Debido a que los eufemismos, disfemismos y cacofemismos son mecanismos que van integrándose y calando progresivamente en el lenguaje común, hay muchos casos en los que el hablante emplea estos mecanismos sin darse cuenta. Esto puede generar dificultades de comprensión o conflictos interculturales, ya que aquellas personas que no hablan la misma lengua podrían no comprender la referencia tabuística o no captar los matices y connotaciones de estos términos o estas expresiones. Esta situación puede agravarse mucho más en contextos en los que los tabúes implícitos están a la orden del día, como es el ámbito sanitario. Además de la delicadeza de los temas que se tratan en muchas ocasiones con población migrante en contextos de sanidad, también se debe tener en cuenta que una falta de comprensión o de conocimiento de estos temas tabú y sus correspondientes eufemismos puede implicar una atención deficiente al paciente, lo que implica grandes riesgos y viola los derechos civiles de estos individuos, que ya de por sí se encuentran en una situación de desigualdad y vulnerabilidad.

Es por esto que es vital no solo prestar atención al lenguaje verbal del paciente extranjero, sino también observar el lenguaje no verbal, la actitud y la reacción del paciente a la hora de emitir o recibir un mensaje en situaciones en las que se traten temas tabú. Por ello, algunas instituciones en España han elaborado guías y manuales para ayudar al profesional sanitario a la hora de enfrentarse a este tipo de situaciones con pacientes procedentes de diversas comunidades etnolingüísticas, como es el caso de Salud y Cultura (Grupo CRIT, 2009-2019). Entre los recursos que aporta, incluye una serie de datos acerca de ciertos tabúes que se podrían tratar en consulta, motivos por los que el paciente migrante podría sentirse incómodo y podrían generarse problemas en el proceso comunicativo. Además, se explica brevemente el motivo de ciertos tabúes del colectivo etnolingüístico en cuestión.

2.6.1. La cultura magrebí

De acuerdo con Grupo CRIT (2009-2019), si analizamos los tabúes de la cultura magrebí, observamos que un gran número de ellos pueden darse en situaciones comunicativas en el ámbito sanitario y pueden clasificarse en tabúes implícitos de lo sagrado y de lo impuro.

En cuanto a los tabúes implícitos de lo sagrado, a la hora de dar a luz, se considera tabú propinar excesivas alabanzas al recién nacido, debido al temor de suscitar envidia y atraer el mal de ojo.

En lo correspondiente a la muerte, las enfermedades graves y las malas noticias, son temas que deben comunicarse a un familiar no directo, normalmente masculino, para que este le traslade la nueva al resto de la familia y gestione la situación como crea conveniente. En cuanto a las enfermedades, no se nombran directamente en público, puesto que en muchos casos se cree en la superstición de que son designios de Alá. Además, no se habla públicamente de las enfermedades ajenas por motivos supersticiosos y por la prohibición de hablar de las desgracias del prójimo.

Por otro lado, en la esfera de los tabúes implícitos de lo impuro, requiere especial mención el tema de la sexualidad debido a que es un asunto muy difícil de tratar con la comunidad magrebí. Es un tema que debe abordarse con tacto y en un ambiente de máxima confidencialidad, especialmente si se trata de relaciones asimétricas como la de médico-paciente. Este tabú puede conllevar riesgos para la salud, puesto que en muchos casos de enfermedades de transmisión sexual, el paciente no acude a consulta y recurre a la automedicación para no tener que revelar esta información al personal sanitario. No obstante, en situaciones en las que hay mayor confianza y la relación entre hablantes es simétrica, el paciente magrebí tiende a abrirse más y a revelar muchos más datos acerca de este tema. Así mismo, el contacto entre personas de diferente sexo en ámbito sanitario no está bien visto, por lo que revelan mucho pudor en las exploraciones y se niegan a recibir atención ginecológica por parte de un especialista masculino, al igual que se niegan a recibir atención de matrones a la hora de dar a luz. Incluso los niños muestran mucho sentido del pudor a la hora de someterse a exploraciones físicas.

En cuanto a los tabúes relacionados con la reproducción, la menstruación es un tabú muy importante incluso en el ámbito familiar. Por lo que esta interdicción se agrava en presencia de extraños o en el ámbito público. Durante la menstruación, las mujeres tienen prohibido rezar, ayunar, acudir a lugares sagrados o tocar el Corán. Además se prohíbe mantener relaciones sexuales durante la menstruación.

Además de esta serie de temas tabú, los migrantes de origen magrebí, debido a sus creencias religiosas, tienen prohibido consumir una serie de productos alimenticios. A los musulmanes se les prohíbe el consumo de carne de cerdo y productos derivados de este animal, así como el consumo de carne de animales que no hayan sido sacrificados a través del rito islámico, lo que se conoce como carne *halal*. Por este motivo, es posible que los pacientes magrebíes rechacen la comida de los hospitales si sospechan que podría haber estado en contacto con carne que no sea *halal*. Este tabú alimenticio podría englobarse en los tabúes implícitos de lo sagrado, puesto que se origina en la religión musulmana. Por último, el consumo de alcohol o cualquier otra sustancia que intoxique el organismo también está prohibido (Grupo CRIT, 2009-2019).

2.6.2. La cultura subsahariana

Tal y como mencionamos en el apartado El intérprete o mediador y los problemas de comunicación de índole cultural, las culturas subsaharianas son tan amplias y diversas que es imposible establecer una serie de características generales y englobarlas a todas. En cuanto a los temas tabú que pueden tratarse en ámbito sanitario, surge ese mismo problema: es

imposible generalizar y sería necesario un estudio más profundo para delimitar las características tabúísticas de cada cultura del África subsahariana.

Según Grupo CRIT (2009-2019), en diferentes culturas subsaharianas, y más concretamente en las originarias de Senegal y el Congo, podemos destacar una serie de tabúes implícitos de lo impuro:

En primer lugar, la sexualidad, sobre todo enfermedades de transmisión sexual como el VIH, la higiene o la excreción son temas muy difíciles de abordar, en especial cuando se trata de pacientes de origen senegalés o congoleño. Pueden mostrarse profundamente ofendidos si se les formula preguntas relacionadas con estos temas y la actitud general es evitarlas o mentir. Esto es debido al patrón comunicativo distante que se establece entre el sanador tradicional y el paciente en el que apenas se revela información personal. Además, la población senegalesa suele mostrar reparos a la hora de someterse a exploraciones físicas, especialmente si el médico es del sexo opuesto o si afecta a zonas íntimas.

En cuanto a los tabúes implícitos de lo sagrado, en algunas culturas subsaharianas, y sobre todo en las senegalesas y congoleñas, no se mantiene la mirada durante los procesos comunicativos, incluso en conversaciones entre amigos. El origen de este comportamiento reside en la superstición y en el temor al mal de ojo. Es por ello que la población subsahariana suele mantener la mirada baja durante la interacción comunicativa, lo que puede interpretarse como reticencia y puede generar problemas en la comunicación.

En lo que respecta a la percepción de la enfermedad y la muerte, existe una serie de enfermedades tabú como la epilepsia en la República Democrática del Congo, ya que se cree que se origina debido a una posesión maligna.

Aparte de esta serie de tabúes, para la población subsahariana también supone un tabú hablar de la alimentación. Esto se debe una vez más a la poca información personal que los migrantes subsaharianos revelan a los *marabouts* o sanadores tradicionales y a la ritualización de estas sesiones.

Por último, la mayoría de los migrantes procedentes de Senegal profesan la religión musulmana. Por ende, tal y como reflejamos en el apartado La comunidad del Magreb, estos pacientes tienen prohibido consumir carne de cerdo o derivados de este animal, consumir carne que no sea *halal* y tomar alcohol u otro tipo de sustancias (Grupo CRIT, 2009-2019).

2.6.3. La comunidad china

La cultura china también presenta una serie de temas tabú y unos mecanismos de gestión de los mismos que deben tenerse en cuenta a la hora de gestionar la comunicación médico-paciente.

En primer lugar, de acuerdo con Grupo CRIT (2009-2019), podemos observar una serie de tabúes implícitos de lo impuro: la sexualidad en general es un tema que se trata con mucho secretismo en China y, de hecho, apenas existe educación sexual en el país, especialmente en las zonas rurales. Las relaciones extramatrimoniales sufren una gran estigmatización y lo más probable es que el paciente de origen chino responda a preguntas relacionadas con este tema de forma evasiva e incluso mienta. Además, el exceso de actividad sexual se considera una enfermedad. Esto se debe a la concepción de medicina tradicional china, en la que se establece que la energía vital del individuo se encuentra en los fluidos corporales, por lo que una pérdida excesiva de semen podría afectar al sistema renal y al funcionamiento del resto de los órganos. A la hora de tratar temas tan delicados como las relaciones sexuales e incluso las defecaciones, las interacciones comunicativas suelen estar plagadas de eufemismos, tales como *descenso de riñón*, que hace alusión a mantener relaciones sexuales, ya que tal y como hemos explicado previamente, se considera que la pérdida de semen repercute negativamente en el sistema renal.

Por otro lado, en la comunidad china también puede observarse una serie de tabúes implícitos de lo sagrado: Las enfermedades mentales cuentan con una gran estigmatización, ya que se las considera hereditarias. Es por ello que numerosos pacientes prefieren tratar los síntomas físicos de dichas enfermedades de forma farmacológica y se niegan a recibir psicoterapia.

Por otro lado, la concepción de la muerte presenta una serie de contradicciones: la sociedad china cree en la vida después de la muerte y considera la muerte como un proceso natural. No obstante, la muerte se considera un tabú en China. De hecho, se evita pronunciar el número cuatro (*sì*) por su parecido fonético con muerte (*sǐ*). Por este motivo, a la hora de informar a alguien de que padece una enfermedad grave o incurable, no se le informa directamente al enfermo, sino que se le comunica a la familia del interesado para que esta decida cómo transmitirle la noticia. Los pacientes de origen chino evitan cualquier tipo de contacto con la muerte y por ello prefieren que una persona fallezca en el hospital en vez de en la vivienda, puesto que así evitarán que la mala suerte recaiga en el hogar. De hecho, los pacientes más ancianos se muestran generalmente reticentes a ingresar en un hospital porque lo relacionan directamente con la muerte.

Por último, a la hora de poner un nombre a los recién nacidos, los pacientes de origen chino suelen ponerles nombres de niñas o de perro si han nacido débiles, puesto que existe la creencia de que de esta forma burlarán a los malos espíritus, que persiguen a los bebés varones.

Además de esta sucesión de tabúes, en la sociedad china no se considera apropiado exteriorizar los sentimientos negativos o enfáticos, por lo que los pacientes de origen chino no suelen expresar abiertamente el dolor. Esto puede provocar malentendidos en los procesos comunicativos entre el paciente extranjero y el personal sanitario (Grupo CRIT, 2009-2019).

2.6.4. La comunidad de Europa del Este

Europa del Este, según Grupo CRIT (2009-2019), es un compendio de numerosos países en los que, durante la época de los regímenes comunistas, un gran número de personas fueron encarceladas por motivos de salud mental. Esto no era sino excusa de dichos regímenes para aprisionar por motivos políticos a gran parte de la población. Además, debido a que estas sociedades son colectivistas, aquello que afecta a un individuo afecta a toda su familia. Por ello, los problemas psíquicos y psicológicos se consideraban un tabú, una enfermedad deshonrosa que había que mantener en secreto. Es por ello que en aquella época no se hablaba de este tipo de problemas de salud, tendencia que se ha prolongado hasta llegar hasta nuestros días: los pacientes de Europa del Este que padecen algún trastorno mental no hablan abiertamente de ello, por lo que se muestran reacios a tratar el tema en consulta y utilizan un lenguaje eufemístico e indirecto.

Por otro lado, en la comunidad rumana también existe un tabú implícito de lo impuro muy arraigado, concretamente relacionado con la sexualidad: el aborto. Debido a razones de índole histórica, el aborto se considera una práctica traumática para la población rumana, ya que fue totalmente prohibido y duramente perseguido durante la dictadura de Ceaucescu (1967-1989)

En cuanto a los tabúes implícitos de lo sagrado, hay una serie de tabúes que son propensos a surgir en ámbito sanitario. En primer lugar, entre los miembros de este colectivo etnolingüístico existe la creencia de que no se le pueden comunicar malas noticias a una mujer embarazada, ya que estas malas nuevas podrían afectar al feto. Por otra parte, independientemente de sus creencias religiosas, los eslavos rechazan las autopsias, las donaciones de órganos e incluso la cremación de los difuntos, puesto que consideran que el cuerpo de una persona fallecida debe respetarse.

Por último, los eslavos ven el suicidio con muy malos ojos, debido a que consideran que es un fracaso que afecta a toda la familia del difunto, puesto que forman parte de una sociedad

colectivista. Por lo tanto, la vergüenza y la responsabilidad de dicho suicidio recae en la familia y al suicida se le considera una persona débil y cobarde que no ha sido capaz de plantarle cara a la vida (Grupo CRIT, 2009-2019).

Tras analizar detenidamente los tabúes y mecanismos de gestión de las comunidades de migración más destacadas en España, podemos llegar a la conclusión de que, tal y como Casas (1986) y numerosos autores afirman, existen una serie de tabúes universales que todas las culturas comparten. No obstante, el arraigo y el origen de dichos tabúes pueden llegar a ser completamente diferentes y en este ámbito es de suma importancia analizar y conocer los diversos mecanismos de gestión que cada cultura posee para enfrentarse a este tipo de interdicciones, en especial en situaciones de comunicación asimétrica como es el caso de la que se establece entre el paciente y el médico.

3. Muestra de datos y método

Este Trabajo de Fin de Máster tiene como objetivo la investigación y el análisis de un fenómeno social y lingüístico presente en sociedades con un gran porcentaje de población migrante: el tabú en la comunicación intercultural. El campo en el que se centra esta investigación es el ámbito sanitario, debido a que es un contexto en el que el proceso de comunicación entre el paciente y el personal sanitario debe ser eficiente con el fin de garantizar al paciente el derecho a una sanidad de calidad y se debe prevenir todo tipo de problema de comunicación que pueda surgir.

En aquellas sociedades en las que año tras año aumenta el número de residentes extranjeros, el derecho a la sanidad se puede ver condicionado por las barreras lingüísticas y culturales que surgen en la comunicación con dicha población migrante. Por este motivo, en los países que presentan estas características, como es el caso de España, es precisa la investigación de dicha comunicación intercultural no solo a nivel lingüístico, sino también a nivel cultural. España es uno de los muchos países en los que todavía no se ha intentado paliar el problema de la barrera lingüístico-cultural mediante la intervención de un intérprete o mediador intercultural profesional, por lo que también resulta de vital importancia llevar a cabo investigaciones para reafirmar la relevancia de la profesionalización de estas labores en España con el fin de lograr una comunicación intercultural eficiente.

Tal y como hemos observado en el marco teórico, las culturas son un compendio de elementos que hace que cada una de ellas sea diferente y única. No obstante, existen realidades que forman parte de todas las culturas habidas y por haber, lo que significa que son elementos universales. Una de las esferas universales que, tal y como hemos explicado, se encuentra presente en todas las sociedades es la del tabú lingüístico y cultural. No obstante, el hecho de que estas interdicciones formen parte de todas las culturas no significa que se gestionen de la misma forma o su arraigo sea equivalente en todas las sociedades. Estas interdicciones están muy presentes en numerosos ámbitos sociales, entre otros en la comunicación en el ámbito sanitario. Si ya de por sí hablar de un tema tabú puede tornar una situación incómoda, a esto se le añade el factor de la comunicación intercultural, que siempre supone una dificultad añadida, y la delicadeza del contexto en el que se desarrolla este proceso comunicativo. Por ende, debido a la incomodidad que puede generar tratar temas de este calibre, se pueden dar malentendidos o conflictos que podrían hacer peligrar la eficiencia del servicio sanitario. Es por ello que este trabajo tiene como objetivo evaluar la magnitud de los tabúes en la comunicación médico-paciente y la importancia del trabajo del intérprete o mediador intercultural profesional con el fin de evitar o solucionar problemas, conflictos o malentendidos en la comunicación intercultural. Es esencial llevar a cabo investigaciones de este tipo en España para así reivindicar la profesionalización del ISP o mediador en un ámbito que constituye un pilar esencial de nuestra sociedad.

La elección del tema que nos ocupa se debe a que a lo largo de los módulos presenciales de traducción sanitaria e interpretación sanitaria nos hemos especializado a través de textos e interacciones comunicativas en los que abundaban los temas tabú: sexualidad, violencia de género, enfermedades graves y muerte, entre otros. Esto constituía una prueba de que este tipo de temas surge con mucha frecuencia en las interacciones comunicativas médico-paciente. Por este motivo y por la poca investigación existente acerca de este fenómeno, consideramos oportuno elegir este tema para el presente Trabajo de Fin de Máster con el fin de averiguar el impacto de este fenómeno lingüístico y social en la comunicación intercultural en el ámbito sanitario y reforzar la idea de que la labor profesional del ISP o mediador es vital en la sanidad española para poder solventar problemas como conflictos o malentendidos originados por la aparición de un tema tabú en la comunicación, así como para gestionar la comunicación de manera eficiente.

De acuerdo con Briones (2002:17), “los conocimientos generados por una investigación en particular se unen a otros conocimientos ya existentes, acumulados durante mucho tiempo por otros investigadores, sea en la forma de un aporte original o como confirmación o refutación de hallazgos ya existentes”. El presente trabajo sigue el criterio de Briones, por lo que tiene un enfoque teórico-práctico. Este trabajo consta de introducción, marco teórico y parte práctica con un análisis de los datos recabados y sus correspondientes conclusiones.

En primer lugar, procedimos a elaborar una introducción con el fin de explicar el objetivo, y los motivos del presente trabajo de investigación, la hipótesis que queríamos confirmar o refutar con esta investigación y situar la temática del trabajo en contexto. En este apartado, llevamos a cabo un análisis en líneas generales de la migración en Europa a partir del siglo XVI y, más adelante, nos centramos en el caso de España a lo largo del siglo XX. Para ello, nos basamos en “Movimientos migratorios en España y Europa”, informe publicado por la Comisión Española de Ayuda al Refugiado en el año 2016. En dicho informe se analizan las rutas migratorias principales por las que las personas migrantes atraviesan las fronteras españolas. De esta forma, elaboramos un contexto para comprender el fenómeno de la migración tanto a nivel nacional como internacional y cómo los movimientos migratorios han contribuido a la transformación de las sociedades hasta convertirlas en sociedades multiculturales. Así mismo, nos centramos en el caso de la multiculturalidad en España, concretamente en el ámbito sanitario, y en la repercusión potencialmente negativa del tabú en la comunicación intercultural y lo esencial de la actividad profesional de ISP y mediadores interculturales, profesiones que a día de hoy no cuentan con una regulación en España pese a los altos números de migración con los que cuenta el país.

A continuación, proseguimos con la elaboración del marco teórico, cuyos objetivos eran los siguientes:

- Apartado 2.1. La comunicación intercultural: Analizar aquellos elementos extralingüísticos o culturales que condicionan la comunicación intercultural. Por lo tanto, el objetivo de este apartado consiste en exponer esa serie de elementos que en la mayoría de los casos no se tiene en cuenta en la comunicación médico-paciente, que forma parte del compendio de elementos culturales de cada grupo etnolingüístico y que resulta esencial para comprender los entresijos de la comunicación entre individuos de diferentes culturas.
- Apartado 2.2. La interpretación y la mediación intercultural en los servicios públicos: Exponer las funciones del ISP y del mediador intercultural profesional y establecer las principales diferencias y similitudes que existen entre estas dos profesiones. Además, reivindicar la necesidad de profesionalización de los ISP y mediadores.
- Apartado 2.3. La interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario: la situación de España: Realizar una comparativa de la situación del ISP y mediador a nivel internacional y nacional con el fin de demostrar la falta de profesionalización existente en España, en especial en los servicios públicos y en el ámbito sanitario, y reivindicar la necesidad de que se regulen estas profesiones.
- Apartado 2.4. El intérprete o mediador y los problemas de comunicación de índole cultural: Exponer las características más significativas de los colectivos migrantes más destacados en España con el fin de contar con unas nociones básicas acerca de los rasgos extralingüísticos a los que tiene que enfrentarse el ISP o mediador intercultural al desempeñar su función y que son esenciales para comprender las diferencias que pueden darse en la comunicación intercultural.
- Apartado 2.5. El tabú, el eufemismo, el disfemismo y el cacofemismo: Analizar el fenómeno lingüístico y cultural del tabú y de los mecanismos derivados de este. Así como clasificar los diferentes tipos de tabúes universales según su origen y las funciones del eufemismo.

- Apartado 2.6. El tabú en la comunicación intercultural: Exponer los tabúes más significativos de los colectivos migrantes más destacados en España mediante la clasificación de tabúes universales establecida en el apartado 2.5 y explicar el origen o las causas de dichos tabúes.

Cada uno de estos apartados fueron redactados siguiendo una serie de referencias bibliográficas que resultaron ser esenciales no solo para la elaboración de este marco teórico, sino como fuentes de conocimiento y documentación acerca de los temas que conforman este Trabajo de Fin de Máster. Las más destacadas son las siguientes:

- *Mediación intercultural*. Autor: Raga, F. Publicado en 2003. En esta obra se aporta un análisis acerca del compendio de elementos materiales e inmateriales que conforman la cultura, así como de la mediación intercultural.
- *Comunicación no verbal*. Autores: Rulicki, S. y Cherny, M. Publicado en 2012. Esta obra aporta información muy detallada sobre la comunicación no verbal y las diferencias existentes entre grupos etnoculturales a la hora de llevar a cabo una interacción comunicativa. Se establece toda una dimensión conformada por sistemas a través de los que el hablante se expresa de forma no verbal.
- *Public Service Interpreting: The First Steps*. Autora: Corsellis, A. Publicado en 2008. Corsellis explica las funciones del intérprete y del mediador en los servicios públicos; analiza los factores clave para la profesionalización del ISP a nivel internacional y se centra en la situación de estos profesionales en el Reino Unido.
- *Panorama de la mediación intercultural*. Autora: Sales, D. Publicado en 2005. Sales expone un resumen del estado de la ISP y la mediación en distintos países a nivel internacional y europeo y, finalmente, se centra en la situación de España. Además, analiza el papel de mediador y de la necesidad de este profesional en los servicios públicos españoles.
- “Interpretación sanitaria y mediación cultural”. Gutiérrez, B.M. y Navarro, F. (Eds.) Publicado en *Tonos digital: Revista de estudios filológicos*, 2003. Navaza realiza un análisis de la interpretación en el ámbito sanitario y el papel de la mediación cultural en estos contextos. Además, aporta un resumen de las nuevas formas de interpretación que están surgiendo en la actualidad, como la interpretación telefónica, y de los servicios de interpretación en ámbito sanitario que existen actualmente en una serie de centros sanitarios y hospitales en España.
- *Crossing Borders in Community Interpreting*. Valero-Garcés, C. y Martín, A. (Eds.) Publicado en 2008. En esta obra se ofrece una reflexión acerca de la importancia del intérprete o mediador intercultural en el ámbito sanitario desde un punto de vista más global.
- SaludyCultura.com. Grupo CRIT. 2009-2019. Salud y Cultura es una página web con un amplio contenido lingüístico y cultural acerca de los grupos etnolingüísticos predominantes en España. Constituye un recurso extremadamente útil como guía de actuación para personal sanitario a la hora de trabajar con pacientes migrantes y también para ISP y mediadores interculturales. Esta página web no solo expone las características más relevantes de cada grupo etnolingüístico, sino que también aporta un serie de materiales y recursos multilingües para ayudar a la atención sanitaria de los individuos de estos colectivos.
- *Tabú lingüístico y eufemístico*. Autora: Seiciuc, L. Publicado en 2010. Esta obra es una tesis doctoral de Stefan del Mare University en el que se analiza el fenómeno del tabú desde un punto de vista lingüístico y sociocultural. Además, la autora expone un profundo análisis de los mecanismos derivados del tabú: el eufemismo, el disfemismo y el cacofemismo. Por último, ofrece un estudio de los diferentes eufemismos y disfemismos existentes dentro de diversas culturas exponiendo expresiones y términos

eufemísticos que se utilizan para hacer alusión a los tabúes universales en diferentes idiomas.

- “La función social y cognitiva del eufemismo y disfemismo”. Autor: Chamizo, P. J. Publicado en *Revista de Medicina*, 2000. Chamizo expone una serie de datos clave esenciales para comprender los fenómenos derivados del tabú: el eufemismo y el disfemismo.

Seguidamente, procedimos a la elaboración de la parte práctica del presente trabajo. Dicha parte podría definirse como una investigación descriptiva y sincrónica o transversal (Briones, 2002), debido a que se pretende analizar un fenómeno social dentro de un colectivo en la actualidad, es decir, en un periodo de tiempo concreto. La elaboración de la parte práctica se llevó a cabo a partir de los resultados recabados a través de encuestas sociales y de entrevistas a intérpretes profesionales.

3.1. Encuestas

Las encuestas que hemos elaborado para recabar la información pertinente acerca del fenómeno del tabú y de la importancia del ISP o mediador en estos contextos se podrían clasificar como encuestas sociales. Según Briones (2002:51):

La encuesta social, uno de los tipos más utilizados de la investigación social cuantitativa, es un método de obtención de información mediante preguntas orales o escritas, planteadas a un universo o muestra de personas que tienen las características requeridas por el problema de investigación.

Dentro de la categoría de encuestas sociales, las encuestas de este trabajo son descriptivas y sus objetivos principales son:

1) Describir la distribución de una o más variables en el total del colectivo objeto de estudio o en una muestra del mismo; 2) realizar la misma operación en subgrupos significativos de este colectivo o en su muestra; 3) calcular medidas de tendencia central y de dispersión de esas variables en el colectivo total o en la muestra utilizada y en los subgrupos (Briones, 2002: 52).

Las encuestas distribuidas han sido de dos tipos: una dirigida al personal sanitario y otra a ISP o mediadores que ejerzan su labor profesional en ámbito sanitario en España.

Respecto a las cuestiones formuladas, estas encuestas se han elaborado a través de la combinación de *open questions* o preguntas abiertas y *closed questions* o preguntas cerradas (Hale y Napier, 2014). Las preguntas abiertas son aquellas en las que se le concede un margen de redacción al encuestado para que pueda extenderse en su respuesta, mientras que las preguntas cerradas ofrecen una serie de opciones incluyentes o excluyentes entre las que el encuestado debe escoger la que estime oportuna.

En primer lugar, las encuestas dirigidas al personal sanitario constaban de diecinueve preguntas:

- Preguntas 1-6: Estas preguntas tenían como propósito recabar información demográfica y factual de las personas encuestadas tales como la edad, la formación o dominio de idiomas.
- Preguntas 7 y 8: El objetivo de estas preguntas era conocer los perfiles más usuales de pacientes migrantes que acuden a recibir atención sanitaria.
- Pregunta 9: Esta cuestión se formuló con el fin de conocer la magnitud y la recurrencia de los problemas de comunicación entre el paciente y el personal sanitario.
- Preguntas 10-12: Consideramos que este bloque de cuestiones y el que le sucede son los más importantes de esta encuesta, debido a que se centran en el tema principal que nos atañe en esta investigación y porque nos aportan información esencial para estudiar el tabú y el papel del ISP o mediador. En este bloque se solicitó información a los encuestados acerca de tabúes que pudieran haber surgido en actos comunicativos en el centro sanitario en cuestión y sobre la reacción del paciente ante esta situación.

- Preguntas 13-15: Este último bloque de cuestiones también era esencial, debido a que se centra en el papel del ISP o mediador intercultural en el ámbito sanitario. A través de estas cuestiones, se solicitó información al personal sanitario acerca del contacto que pudieran tener con ISP o mediadores y, en caso de que sí hubieran contado con la labor de estos profesionales, si consideran que la experiencia fue beneficiosa.

En cuanto a las encuestas dirigidas a los ISP o mediadores profesionales, estas también constaban de diecinueve preguntas:

- Preguntas 1-4: Al igual que en las encuestas a personal sanitario, el objetivo de estas cuestiones era recabar información demográfica y factual.
- Preguntas 5-8: Estas cuestiones difieren de aquellas formuladas al personal sanitario y tienen como objetivo conocer el perfil profesional de los ISP o mediadores encuestados.
- Pregunta 9: El objetivo de esta pregunta era conocer las nacionalidades con las que trabajan con más frecuencia estos profesionales.
- Pregunta 10: Esta pregunta cerrada tenía como objetivo conocer cuáles son los principales problemas de comunicación y la frecuencia de estos desde el punto de vista de un profesional de la lengua, debido a que su punto de vista podría ser diferente al del personal sanitario.
- Preguntas 11-14.a: En esta serie de cuestiones nos centramos en el problema del tabú en consulta desde el punto de vista del ISP o mediador.
- Preguntas 15-17: El objetivo de este bloque de preguntas era reflexionar acerca de la solución aportada por el intérprete a problemas de comunicación o conflictos originados por tabúes.
- Pregunta 18: A través de esta pregunta invitamos al encuestado a que diera su opinión acerca de la importancia de su labor profesional en el ámbito sanitario.

Las encuestas se redactaron tras una fase previa de documentación. Una vez redactadas, se procedió a su corrección y a darles formato. Además, se incluyó la siguiente aclaración:

“Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarme a comprobar los problemas de comunicación que se dan con población extranjera en hospitales y centros de salud españoles. Esta encuesta es totalmente anónima y no hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que puede responder de forma sincera. Muchas gracias por su colaboración”.

Las encuestas se redactaron y se difundieron a través del programa en línea Google Forms.

A continuación, se dejó un plazo de tiempo de un mes aproximadamente para que los encuestados cumplimentaran la encuesta. La difusión de las encuestas comenzó el 2 de mayo de 2019 y estuvieron disponibles para el personal sanitario y los ISP o mediadores hasta el 1 de junio de 2019. Una vez pasado este periodo de tiempo, se obtuvieron 30 resultados en la encuesta destinada a personal sanitario y otras 17 en la encuesta para ISP o mediadores profesionales. Cuando se cerraron las encuestas, procedimos al análisis de los datos. Utilizamos los gráficos generados automáticamente por Google Forms para analizar los resultados de una forma más visual y a continuación representar los porcentajes obtenidos en cada pregunta cerrada con las gráficas de Word. En cuanto a los porcentajes, debido a las dificultades que tuvimos para unificar las respuestas de los encuestados por las diferentes formas de escritura que emplearon, decidimos recalcularlos en su totalidad de forma manual. En cuanto a las preguntas abiertas, analizamos las respuestas e hicimos un balance para determinar cuáles eran las opiniones más generalizadas y aquellas predominantes e intentamos establecer diferentes categorías y subgrupos para organizar y sintetizar toda esta información. Además, en cada una de las preguntas comparamos los resultados con los datos pertinentes que habíamos expuesto en el marco teórico e intentamos reflexionar acerca de la respuesta de los encuestados. También realizamos comparaciones en aquellas preguntas que se habían planteado de la misma forma o que eran similares en ambas encuestas para contrastar la opinión del personal sanitario y de los ISP o mediadores.

3.2. Entrevista

La entrevista que se ha diseñado para este Trabajo de Fin de Máster consta de diecisiete preguntas destinadas a ISP o mediadores interculturales profesionales con el fin de indagar más en el fenómeno social del tabú en la comunicación médico-paciente y en la importancia de su labor profesional para gestionar este tipo de situaciones potencialmente conflictivas. Así mismo, otro de los objetivos de la entrevista era conocer de primera mano las experiencias vividas por profesionales y las medidas que habían adoptado para solucionar problemas de comunicación provocados por la presencia de temas tabú. De esta forma, podremos recabar datos significativos sobre los temas tabú más importantes y algunas soluciones prácticas para este tipo de situaciones.

Las cuestiones de la entrevista se redactaron siguiendo las recomendaciones de Briones (2002): redactamos preguntas generales acerca de la formación y del perfil profesional del entrevistado, de esta forma el cuestionario conserva una estructura lógica y organizada. Además, incluimos los tres bloques esenciales: cuestiones para conocer el perfil del entrevistado; cuestiones para recabar información demográfica y factual; y, por último, cuestiones abiertas referentes a la central de nuestra investigación. Las cuestiones de la entrevista podrían clasificarse en tres bloques:

- Preguntas 1-4: Este bloque de cuestiones tiene como objetivo recabar información acerca del perfil profesional del entrevistado.
- Preguntas 5-14: Este bloque es el central de la entrevista y, por lo tanto, el más extenso. Gracias a estas preguntas recabamos la información necesaria para conocer la magnitud del tabú en la comunicación médico-paciente y en la importancia de la labor del ISP o mediador.
- Preguntas 15-17: Este bloque de preguntas tiene como objetivo recabar información demográfica y factual sobre el entrevistado.

El proceso que se llevó a cabo con las entrevistas fue el siguiente: en primer lugar, comenzamos con una fase de documentación para conocer cuáles eran los puntos más interesantes a tratar y cómo deberían plantearse las cuestiones. A continuación, procedimos a redactar las diecisiete preguntas y a contactar con la entrevistada, con la que acordamos una fecha y una hora concreta para realizar la entrevista por teléfono. Durante la entrevista tomamos nota de todas las respuestas de la entrevistada para analizar las respuestas a posteriori.

Una vez realizada la entrevista, analizamos las respuestas una por una, en algunos casos parafraseando a la entrevistada y en otros añadiendo citas literales. Invertimos el orden de las preguntas en el análisis de los resultados con el fin de exponer las respuestas de las preguntas de carácter demográfico en primer lugar, para a continuación centrarnos en las preguntas más importantes. Intentamos seguir la misma dinámica que aplicamos en las encuestas para personal sanitario e ISP o mediadores y, tras cada respuesta, analizábamos las declaraciones de la entrevistada reafirmando las ideas que ya habíamos expuesto en el apartado de las encuestas y contrastando dichas declaraciones con la información del marco teórico.

4. Análisis de los resultados

4.1. Encuestas al personal sanitario

Las encuestas dirigidas al personal sanitario contaron con un total de 30 respuestas. En primer lugar analizaremos las preguntas de carácter demográfico que formulamos al comienzo de la encuesta (preguntas 1-6).

Obtuvimos la respuesta de 18 encuestados de sexo femenino y 12 de sexo masculino, lo que supone un 60 % frente a un 40 % del total respectivamente.

En cuanto a la edad de los encuestados, decidimos agrupar estos datos en las siguientes franjas etarias con el fin de agilizar el análisis y sintetizar esta información: 20-29 años, 30-39 años, 40-49 años, 50-59 años y, por último, 60 años o más. 3 de los encuestados pertenecían a la franja etaria de 20-29 años, lo que supone el 10 % del total de los encuestados. 6 de los encuestados tenían entre 30 y 39 años, lo que constituye el 20 %. Obtuvimos también 6 resultados en la franja etaria de 40-49 años. Respecto al intervalo de 50-59 años, se obtuvo el resultado más elevado: 11 encuestados, lo que supone el 33,3 % del total. Por último, respecto a los encuestados de 60 años o más, obtuvimos 4 resultados, lo que representa el 13,3 % del total.

Respecto a las preguntas acerca de la nacionalidad y la lengua materna de los encuestados, los 30 encuestados eran de nacionalidad española y su lengua materna era el español.

La pregunta acerca de otros idiomas que hablaran los encuestados presentó resultados y porcentajes más diversos: 11 de los encuestados afirmaron hablar inglés (47,8 %), 6 hablaban francés (26 %), 3 hablaban árabe (13 %), 2 tamazight (8,7 %) y uno hablaba catalán (4,3 %). Estas cifras nos revelan que 23 de los 30 encuestados hablaban una lengua extranjera (76 % del total). Respecto a la formación de los encuestados, 4 habían cursado una formación profesional (13,3 %), 19 habían cursado una diplomatura (DUE) o un grado en enfermería (63,3 %) y 6 habían cursado una licenciatura o grado en medicina (20 %). Por otro lado, la pregunta acerca de la unidad de trabajo presentó resultados muy diversos y nos sirve para tener diferentes puntos de vista sobre el tema tabú según la especialidad del individuo encuestado. Obtuvimos 5 respuestas por parte de encuestados que trabajaban en medicina interna y otras 5 de encuestados que trabajaban en urgencias (16,6 %); obtuvimos 4 respuestas de encuestados de la unidad de tocoginecología/obstetricia y otras 4 de laboratorio (13,3 %); obtuvimos 3 respuestas de la unidad de hemodiálisis y otras 3 de cirugía/quirófano (10 %). Por último, obtuvimos 2 respuestas en la unidad de radiología, de endoscopia y de cardiología (6,6 %).

Tras analizar los datos demográficos de los encuestados, procedemos a analizar el segundo bloque de preguntas (preguntas 7 y 8) para conocer el perfil de los pacientes extranjeros que atiende el personal sanitario. En la pregunta 7 obtuvimos los siguientes resultados:

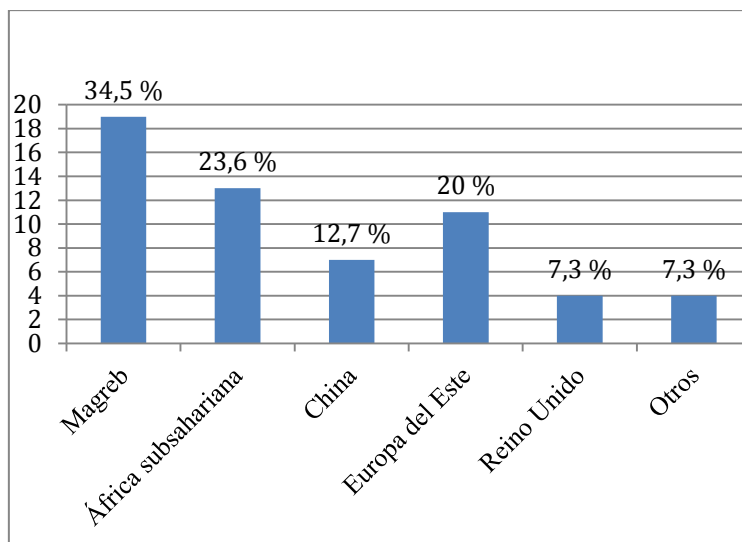


Ilustración 4 Atención médica a extranjeros (elaboración propia)

Como se puede observar en la gráfica anterior, los migrantes de origen magrebí son el colectivo extranjero predominante en consulta según los encuestados (34,5 %). El segundo colectivo extranjero más frecuente son aquellos de origen subsahariano (23,6 %), el tercero es el procedente de Europa del Este (20 %), el cuarto es el colectivo chino (12,7 %), el quinto el procedente del Reino Unido (7,3 %). Por último, en la categoría “Otros” (7,3 %) se registraron 4 respuestas, en las que se especificaron tres nacionalidades diferentes: Francia, con 2 respuestas; y Alemania y Países Bajos con una respuesta cada una. En esta pregunta se especificó que los encuestados podían seleccionar más de una opción en caso de que hubiera más de una nacionalidad extranjera a la que atendieran con frecuencia.

En la pregunta 8 teníamos como objetivo averiguar si los pacientes extranjeros suelen acudir al centro médico u hospital acompañados por familiares o amigos. Obtuvimos los siguientes resultados y porcentajes:

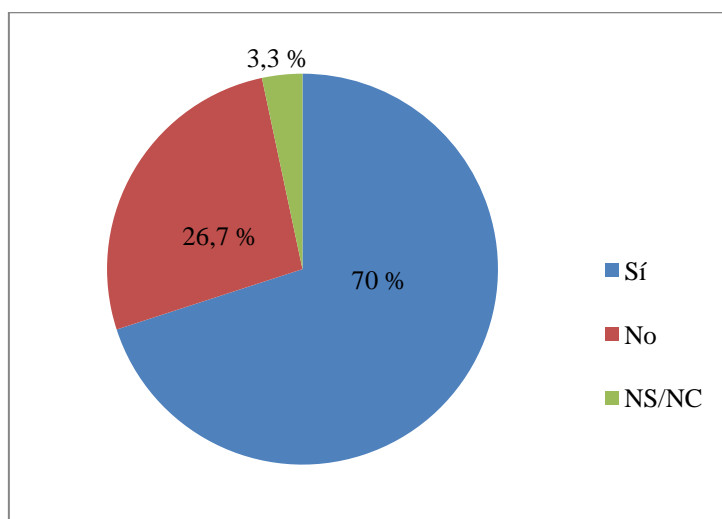


Ilustración 5 ¿Los pacientes extranjeros vienen acompañados por familiares o amigos? (elaboración propia)

Como podemos observar, en el 70 % de los casos, los pacientes de nacionalidad extranjera acuden a consulta acompañados por alguien, frente al 26,6 % de los casos en los que acuden solos. Obtuvimos también una respuesta (3,3 %) en la categoría NS/NC. Mediante el análisis

de estos datos podemos determinar que la mayoría de los pacientes extranjeros acuden a la sanidad española acompañados por algún familiar o amigo.

Por lo tanto, los magrebíes son el colectivo migrante predominante en la sanidad española y la mayoría de los migrantes que acuden a hospitales o centros de salud lo hacen acompañados.

A continuación, analizaremos los resultados de la pregunta 9, cuyo objetivo era averiguar el grado de repercusión de ciertos problemas que pueden surgir en la comunicación médico-paciente. Los resultados fueron los siguientes:

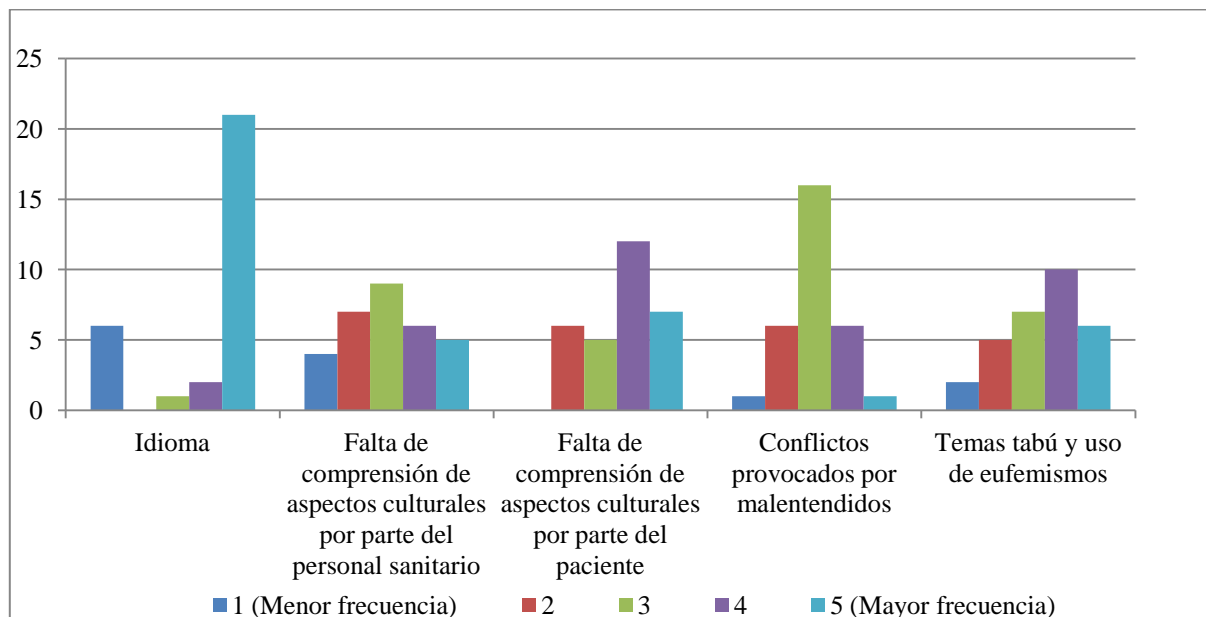


Ilustración 6 Grado de repercusión de problemas lingüísticos y extralingüísticos en la comunicación médico-paciente de acuerdo con el personal sanitario (elaboración propia)

Solicitamos al personal sanitario encuestado que señalara del 1 al 5 los problemas que habían surgido en el proceso de comunicación en consulta dependiendo de la frecuencia con la que se daban dichos problemas. Si observamos la gráfica, más de 20 de las respuestas totales señalaron que el idioma era el problema más recurrente en la comunicación con población extranjera, mientras que 6 encuestados señalaron que este era el elemento menos problemático de la comunicación. Por otro lado, el problema de falta de comprensión de aspectos culturales por parte del personal sanitario muestra resultados más igualados en cada categoría, con un máximo de 9 resultados en el número 3, lo que nos demuestra que es un problema que surge con una frecuencia moderada. En cuanto a la falta de comprensión de aspectos culturales por parte del paciente, podemos observar que el 4 es el nivel de incidencia más señalado, por lo que la magnitud de este problema de comunicación también es importante. El problema de conflictos provocados por malentendidos presenta también una incidencia moderada, puesto que se han obtenido 16 resultados en el número 3. Por último, en la categoría de temas tabú y uso de eufemismos, el número 4 ha sido el más votado con 10 respuestas, lo que significa que la magnitud del tabú y de los eufemismos en el proceso comunicativo no es el más recurrente de todos los problemas de comunicación, pero si tiene una incidencia elevada que conviene tener en cuenta.

Por lo tanto, con esta cuestión podemos comprobar que las diferencias lingüísticas son el problema comunicativo que el personal sanitario considera más recurrente en la comunicación entre el médico y el paciente. Así mismo, también podemos afirmar que el problema de falta de comprensión de elementos culturales por parte del personal sanitario es el problema menos

recurrente o menos preocupante desde el punto de vista de los proveedores de servicios encuestados.

El bloque de preguntas 10-12 constituye uno de los dos bloques principales de cuestiones de esta encuesta. En primer lugar, la pregunta 10 tenía como objetivo averiguar la repercusión que había provocado la aparición de temas tabú en la conversación médico-paciente. En esta pregunta dimos la opción a los encuestados de poder señalar más de una categoría, por lo que el total de respuestas fue 40 y los porcentajes han sido calculados sobre esta cifra. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

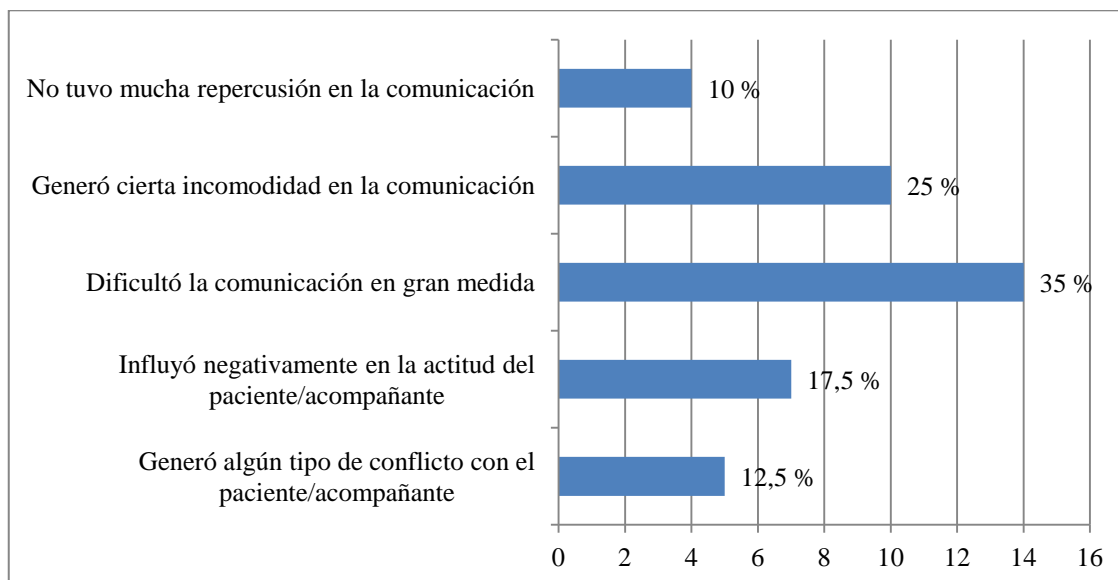


Ilustración 7 Repercusión de los temas tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con el personal sanitario (elaboración propia)

Tal y como podemos observar, obtuvimos 4 respuestas que afirmaban que la aparición de temas tabú no tuvo mucha repercusión en la comunicación, lo que supone un 10 % del total de respuestas. En cuanto a la opción “Generó cierta incomodidad en la comunicación”, obtuvimos 10 resultados (25 %). La opción “Dificultó la comunicación en gran medida” obtuvo 14 respuestas, por lo que constituye el porcentaje más elevado (35 %) de la gráfica. Por otro lado, las categorías “Influyó negativamente en la actitud del paciente/acompañante” y “Generó algún tipo de conflicto con el paciente/acompañante” obtuvieron 7 y 5 respuestas, lo que supone el 17,5 % y el 12,5 % del total respectivamente.

A través de estos resultados, podemos observar que la mayoría de los encuestados se han topado con problemas de comunicación provocados por la aparición de algún tema tabú, mientras que tan solo el 10 % de los encuestados considera que las consecuencias de estos temas tabú en la comunicación no fueron muy importantes. Por tanto, podemos deducir que los temas tabú no pasan desapercibidos en la mayoría de los actos comunicativos que se llevan a cabo en los hospitales españoles.

La pregunta 11 tenía como objetivo clasificar los tabúes según su origen y averiguar el grado de recurrencia de estos. Los resultados de esta pregunta se pueden observar en la siguiente gráfica:

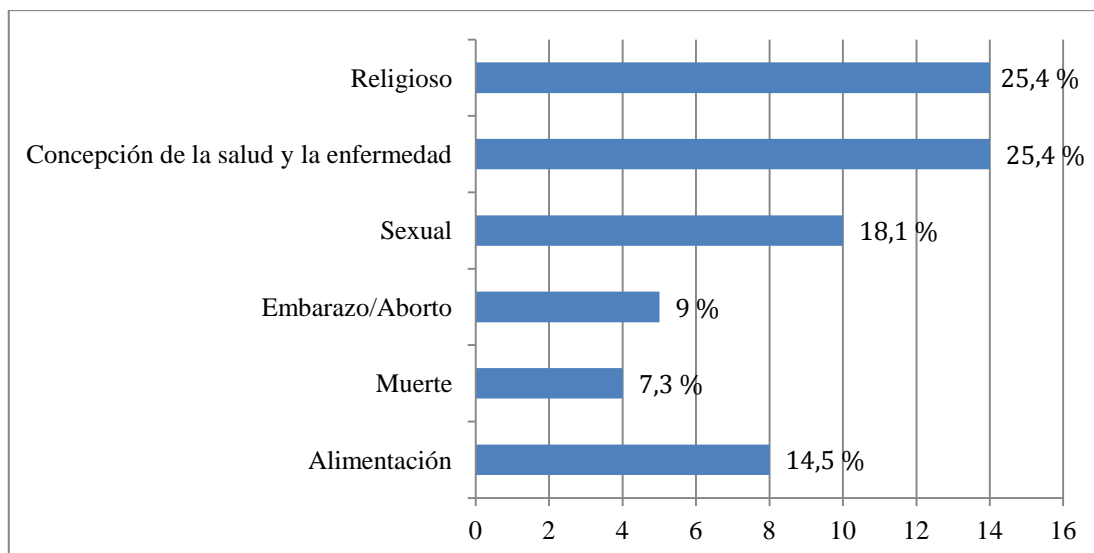


Ilustración 8 Origen del tema tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con el personal sanitario (elaboración propia)

En esta pregunta se permitía señalar más de una opción para así comprobar si los encuestados se habían enfrentado a temas tabú de diferente origen. De esta forma hemos confirmado que nuestra hipótesis era correcta, ya que en muchos casos los encuestados señalaron más de una opción. Debido a esto, los porcentajes mostrados en la gráfica están calculados sobre 55 en lugar de sobre 30, debido a que es el total de respuestas obtenidas en esta pregunta.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los tabúes implícitos religiosos y los relacionados con la concepción de la salud y la enfermedad son los más recurrentes en la comunicación médico-paciente, ya que han sido señalados por 14 encuestados respectivamente (25,4 % respecto al total). Seguidamente, los tabúes sexuales y aquellos relacionados con la alimentación obtuvieron 10 y 8 resultados respectivamente (18,1 % y 14,5 %). Por último, los temas tabú menos frecuentes son aquellos relacionados con el embarazo o el aborto y la muerte, con 5 y 4 resultados cada uno (9 % y 7,3 %).

Si observamos estos datos, podemos afirmar que los temas tabú más importantes son los tabúes de sagrado (los religiosos y los relacionados con la salud y la enfermedad). Si comparamos los resultados obtenidos en esta pregunta con los recabados en la pregunta 7, en la que se preguntaba por las nacionalidades predominantes de los pacientes extranjeros, podemos establecer una relación entre la predominancia de los tabúes religiosos y la predominancia de pacientes de origen magrebí en la sanidad española. En cuanto a los tabúes relacionados con la concepción de la salud y la enfermedad, consideramos que es un tema muy recurrente en la sanidad y que tratar estos temas sin ser consciente de las diferencias culturales entre el médico y el paciente puede provocar que estos tipos de tabúes tengan también una incidencia muy elevada.

La pregunta 12 era una pregunta abierta en la que se le pedía a los encuestados que explicaran la actitud que adoptó el paciente o el acompañante al surgir el tema tabú en cuestión. Hemos obtenido 30 respuestas breves en las que los encuestados explicaban cómo había reaccionado el paciente ante estas situaciones. Todas las respuestas obtenidas describen reacciones negativas en los pacientes o acompañantes que podrían dividirse en distintos subgrupos:

- Actitud agresiva: De las 30 respuestas obtenidas en esta pregunta, 9 encuestados afirmaron haber percibido una actitud agresiva o de enfado en el paciente o acompañante al surgir un tema tabú en la conversación. Algunos ejemplos son: “se indignó mucho

porque no entendíamos el problema”, “se puso muy a la defensiva” o “[el acompañante] se alteró mucho, [porque] no quería que le dijera la enfermedad al paciente”. En el último ejemplo, se ve reflejado un tabú relacionado con la concepción de la salud y la enfermedad con el que la sociedad española no está familiarizada: en caso de enfermedades graves, en ciertas culturas el médico no le comunica el diagnóstico directamente al paciente, sino a un familiar para que este decida transmitirle la noticia al interesado como considere conveniente.

- Actitud de indiferencia: 6 de los encuestados describieron actitudes de indiferencia por parte de los pacientes al tratar temas tabú, por ejemplo: “se mostraba distante, poco receptivo” o “mirar para otro lado, sin interés por lo que se le intenta explicar”.
- Actitud poco colaboradora o negarse a seguir participando en la conversación: Otros 6 encuestados describieron situaciones en las que el paciente se negaba a aportar datos o información esencial, no querían seguir participando en el acto comunicativo: “se negó a explicar los síntomas de una ETS que tenía” o “se negaba a aportar la información que [yo] necesitaba saber”. En estos casos, es evidente que el paciente adopta una actitud que entorpece la comunicación médico-paciente, así como la posibilidad de realizar un diagnóstico eficiente.
- Desobediencia: 4 de los encuestados describieron situaciones en las que el paciente o el acompañante se negaban a seguir las instrucciones o las recomendaciones del personal sanitario. Algunos ejemplos son los siguientes: “[los acompañantes] intentan no contar al paciente la enfermedad y el pronóstico”, “se negó en rotundo a aceptar el tratamiento por motivos religiosos” o “en casos de temas tabú, se niegan a seguir los consejos indicados por el personal sanitario”.
- Simular incompreensión: 2 de los encuestados afirmaron que los migrantes fingían no entender lo que se les explicaba cuando se trataban temas tabú. Por ejemplo, “hizo como que no entendía lo que se le explicaba”.

Respecto a los 3 encuestados restantes, uno de ellos explicó que a los pacientes de origen magrebí no se les puede interrumpir durante el rezo; otro describió una actitud de sumisión por parte de una paciente al tratarse un tema tabú; y por último, otro encuestado describió una actitud de inquietud y nerviosismo por parte de una paciente.

A continuación, procedemos a analizar los resultados del siguiente bloque de preguntas, que también es una de las partes principales de la encuesta al personal sanitario. En primer lugar, en la pregunta 13 se pregunta a los encuestados si habían contado con la labor de un intérprete o mediador intercultural durante la atención a estos pacientes en consulta. Los resultados fueron los siguientes:

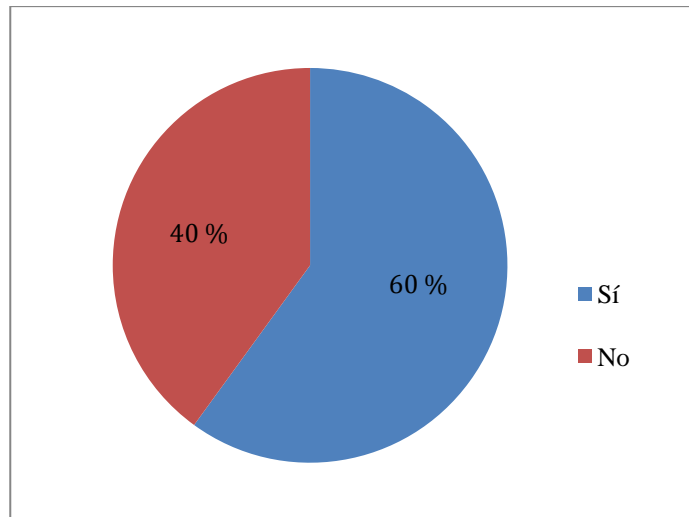


Ilustración 9 ¿Ha contado con la labor de un ISP o mediador? (elaboración propia)

De todos los encuestados, 18 afirmaron haber contado con la labor de un intérprete o mediador para atender a estos pacientes frente a 12 que afirmaron que no habían contado con la labor de uno de estos profesionales.

La pregunta 13.a. apelaba a aquellos encuestados que hubieran señalado la opción “Sí” en la pregunta 13 con el fin de averiguar si estos profesionales habían solucionado los problemas de comunicación que se detallaban en la pregunta 9. Los 18 encuestados respondieron que los intérpretes o mediadores interculturales con los que habían trabajado habían conseguido solucionar los problemas de comunicación que habían surgido en la conversación.

La pregunta 13.b. era una pregunta abierta. El objetivo de esta pregunta era averiguar por qué los encuestados consideraban que los intérpretes o mediadores interculturales habían ayudado a solventar los problemas de comunicación. Obtuvimos 14 respuestas: 7 de los encuestados afirmaron que se mejoró la comprensión entre el paciente y el personal sanitario; 3 de los encuestados afirmaron que estos profesionales ayudaron a obtener más información relevante acerca del paciente; 4 de los encuestados afirmaron que el intérprete o mediador ayudó a que el paciente comprendiera la situación y cooperara en el acto comunicativo. Por lo tanto, en todos los casos el ISP o mediador consiguió aportar datos relevantes o facilitó la comunicación médico-paciente en gran medida. También consideramos necesario señalar que se observa una actitud intervencionista, relacionada con el modelo de abogacía de la interpretación, o de mediación en los profesionales lingüísticos que trabajaron con los encuestados. Esto se puede deducir de aquellas respuestas en las que los encuestados afirman haber obtenido más información acerca del paciente de forma ajena a la conversación gracias al intérprete o que gracias a la intervención del intérprete el paciente decidió cooperar en el acto comunicativo.

La pregunta 13.c. era también una pregunta abierta y tenía como objetivo averiguar cómo había conseguido solucionar los problemas de comunicación el personal sanitario que señaló que no había trabajado con ISP o mediadores con pacientes migrantes. En este caso, se obtuvieron 12 respuestas: 5 de los encuestados explicaron que solucionaron los problemas de comunicación contando con la ayuda del acompañante del paciente o de otros miembros del personal sanitario que sabían hablar la lengua del paciente extranjero; 4 de los encuestados explicaron que su forma de solucionar problemas de comunicación es mediante un discurso básico y lento o a través de mímica o gestos; 2 de los encuestados afirmaron no necesitar intérprete porque hablan la lengua del paciente extranjero; por último, un encuestado señaló que el problema de comunicación no se consiguió solucionar hasta que no encontraron a un intérprete.

Las respuestas obtenidas en la pregunta 13.c. son un reflejo del estado de la ISP a nivel nacional: En primer lugar, un porcentaje relativamente alto de encuestados no ha contado con la asistencia de un intérprete; el personal sanitario recurre a técnicas o soluciones poco éticas o efectivas, tales como contar con la ayuda del acompañante del paciente para hacer las veces de puente lingüístico y cultural o recurrir a una comunicación por señas, algo que resulta completamente disparatado en un contexto tan delicado y en el que la comunicación eficiente es tan importante como el sanitario.

La pregunta 14 estaba destinada a aquellos proveedores de servicios que sí habían contado con un intérprete o mediador intercultural. Se obtuvieron 18 preguntas que quedaron divididas tal y como se refleja en la siguiente gráfica:

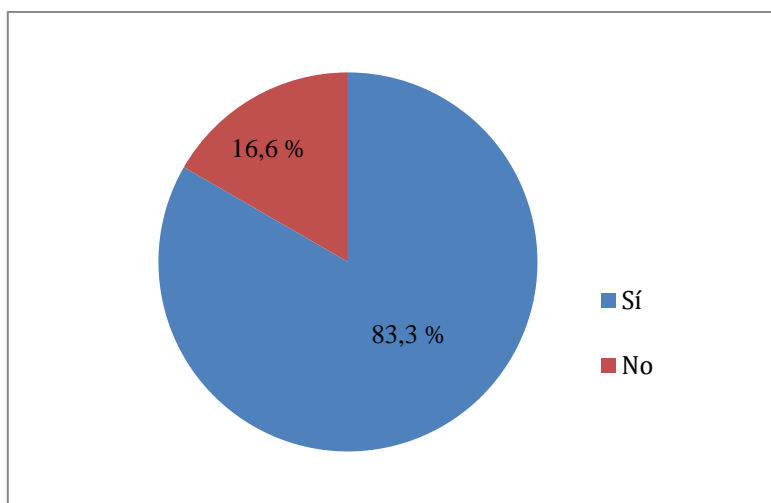


Ilustración 10 Satisfacción con la labor del intérprete o mediador intercultural (elaboración propia)

Si analizamos la gráfica, 15 encuestados señalaron que sí estaban satisfechos con la labor del intérprete o mediador, frente a 3 que no se sentían satisfechos. En la pregunta 14.a. se preguntaba a aquellos encuestados que señalaron la opción “No” en la pregunta 14 el porqué de su insatisfacción: 2 encuestados afirmaron sentirse descontentos con la labor del intérprete porque este no contaba con la formación necesaria para realizar una interpretación eficiente y un encuestado justificó su respuesta explicando que no siempre puede disponer de los intérpretes cuando lo necesita. Estas respuestas evidencian una vez más la situación de la ISP en España debido a que, tal y como expusimos en el apartado La interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario: la situación de España, algunos de los muchos problemas que quedan por solventar en la ISP en España son la poca profesionalización de los trabajadores que ejercen como ISP o mediadores profesionales y la reducida disponibilidad de intérpretes o mediadores en hospitales o centros de salud.

Por último, en la pregunta 15 se consultó a los encuestados si consideraban necesaria la interpretación o la mediación intercultural en la sanidad española:

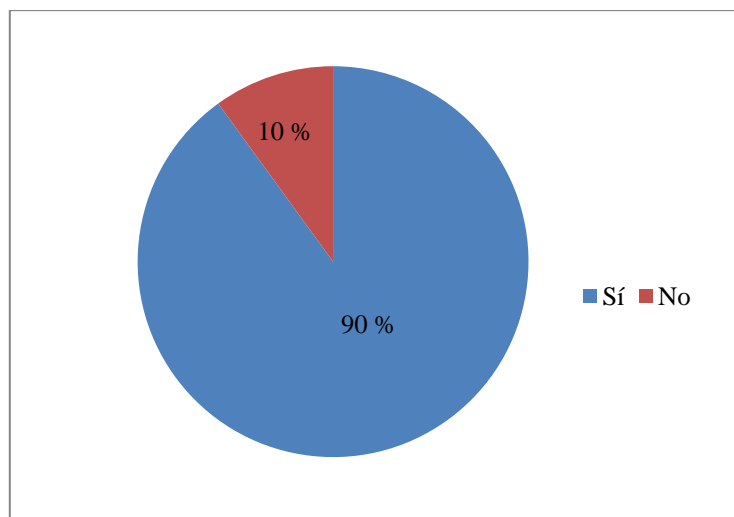


Ilustración 11 ¿Considera necesaria la labor del intérprete o mediador en la sanidad pública española? (elaboración propia)

27 encuestados señalaron que sí consideraban necesaria la labor profesional de los intérpretes o mediadores interculturales en la sanidad española, lo que supone el 90 % de todas las respuestas; frente a 3 encuestados que señalaron que dicha actividad profesional no era necesaria (10 %). Uno de los encuestados de los que señaló la opción “No” añadió dos comentarios adicionales con el objetivo de justificar su respuesta: “No debería ser necesaria para que el personal aprendiera y entendiera el idioma [del paciente]”; “todavía estamos en España, por lo que los usuarios deben saber y entender el español”.

Si observamos el elevado porcentaje de encuestados que consideran necesaria la labor de estos profesionales, podemos deducir que pese a que no todos han trabajado con ISP o con mediadores, la mayoría es consciente de que existen problemas lingüísticos y culturales que no pueden solventarse eficientemente sin la asistencia de un profesional lingüístico. Resultan paradójicos algunos casos en los que los encuestados han explicado en la pregunta 13.c. que han tenido que servirse de mímica o de la ayuda de un acompañante o compañero de trabajo para comunicarse con el paciente migrante y que a su vez hayan señalado que no ven necesaria la labor del ISP o del mediador en la sanidad española. Esto es una prueba más de que ni siquiera el personal sanitario se encuentra familiarizado con las funciones de estos profesionales y de la falta de concienciación acerca del riesgo que puede suponer una comunicación intercultural accidentada o deficiente.

4.2. Encuestas a intérpretes y mediadores interculturales

La encuesta dirigida a intérpretes o mediadores interculturales obtuvo un total de 17 respuestas. En primer lugar, analizaremos aquellas de carácter demográfico (preguntas 1-4), así como aquellas destinadas a conocer el perfil profesional de los encuestados (preguntas 5-8).

En la pregunta 1 preguntamos a los encuestados por su sexo. De los 17 intérpretes o mediadores que respondieron la encuesta, 12 eran mujeres y 5 eran hombres, lo que supone el 70,6 % y el 29,4 % del total respectivamente.

En la pregunta 2 preguntamos a los encuestados por su edad y, al igual que hicimos para el análisis de los resultados de la encuesta dirigida al personal sanitario, distribuimos las respuestas en varias franjas etarias: 20-29 años, 30-39 años y 40-49 años. Obtuvimos 2 respuestas de encuestados de entre 20 y 29 años (11,8 %); 13 respuestas de encuestados de entre 30 y 39 años (76,5 %), por lo que esta es la franja etaria que cuenta con mayor

porcentaje de encuestados; y, por último, obtuvimos otras 2 respuestas de encuestados de entre 40 y 49 años.

En cuanto a la pregunta 3, pese a que la mayoría de los encuestados era de nacionalidad española, obtuvimos respuestas más variadas a diferencia de la encuesta al personal sanitario: 14 encuestados eran de nacionalidad española (82,4 %); 2 encuestados eran procedentes de Marruecos (11,8 %); y un encuestado era de nacionalidad británica (5,9 %).

La última cuestión de este bloque demográfico tenía como objetivo conocer la lengua materna de los encuestados: el español era la lengua materna de 11 encuestados (64,7 %); el inglés era la lengua materna de 2 encuestados (11,8 %); el árabe era la lengua materna de otros 2 encuestados (11,8 %); el tamazight era la lengua materna de un encuestado (5,9 %); y, por último, el catalán era la lengua materna de otro encuestado (5,9 %).

A continuación, procedemos a analizar el bloque de preguntas destinadas a conocer el perfil profesional del intérprete/mediador encuestado. La pregunta 5 tenía el objetivo de conocer las lenguas de trabajo del encuestado. Los resultados obtenidos se reflejan en la siguiente gráfica:

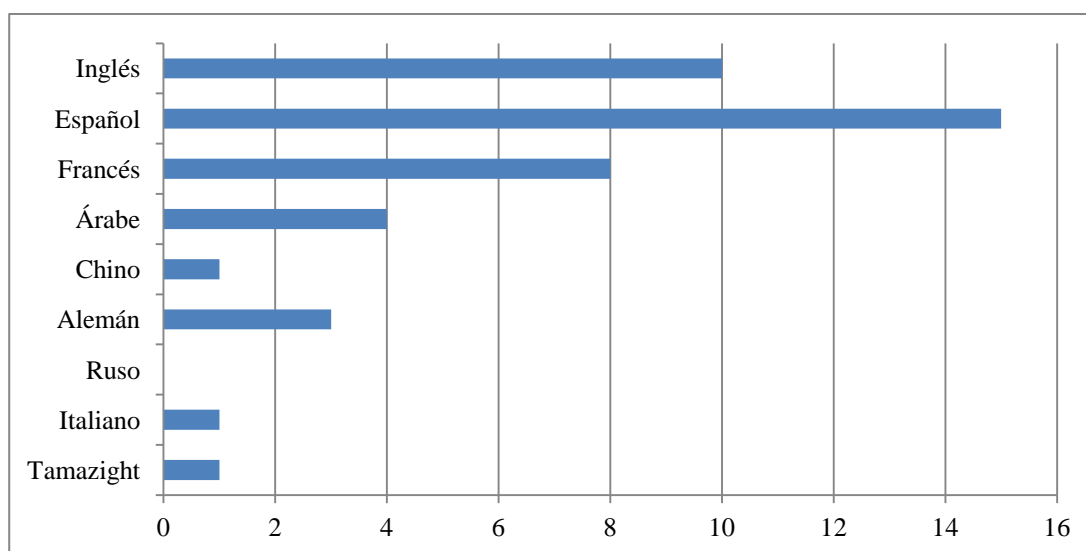


Ilustración 12 Lenguas de trabajo de ISP y mediadores interculturales encuestados (elaboración propia)

De los 17 encuestados, 10 trabajaban con el inglés (58,8 %); 15 trabajaban con el español (88,2 %); 8 tenían el francés como lengua de trabajo (47,1 %); 4 trabajaban con el árabe (23,5 %); un encuestado tenía el alemán como lengua de trabajo (17,6 %); otro encuestado tenía el italiano como lengua de trabajo (5,9 %); y un último encuestado tenía el tamazight como lengua de trabajo (5,9 %). No respondió a la encuesta ningún intérprete o mediador intercultural cuya lengua de trabajo fuera el ruso. En esta pregunta se permitía señalar más de una opción, es por ello que el número de respuestas asciende a 43, ya que cada uno de los encuestados ha seleccionado un mínimo de dos lenguas.

En la pregunta 6 se preguntaba a los encuestados si hablaban otros idiomas aparte de sus lenguas de trabajo. Obtuvimos 8 respuestas: 3 de los encuestados hablaban inglés (50 %); uno hablaba francés (12,5 %); uno hablaba inglés y francés; uno hablaba alemán (12,5 %); uno hablaba árabe y tamazight (12,5 %); y otro hablaba italiano (12,5 %).

En la pregunta 7 preguntamos a los encuestados qué formación académica tenían para así conocer su nivel de especialización. Para el análisis de los resultados de esta pregunta, decidimos agrupar las respuestas en ámbitos similares: licenciaturas o grados en traducción e interpretación, máster en traducción o interpretación, filología, curso de mediación e

intérpretes/mediadores voluntarios. Las respuestas obtenidas se pueden ver reflejadas en la siguiente gráfica:

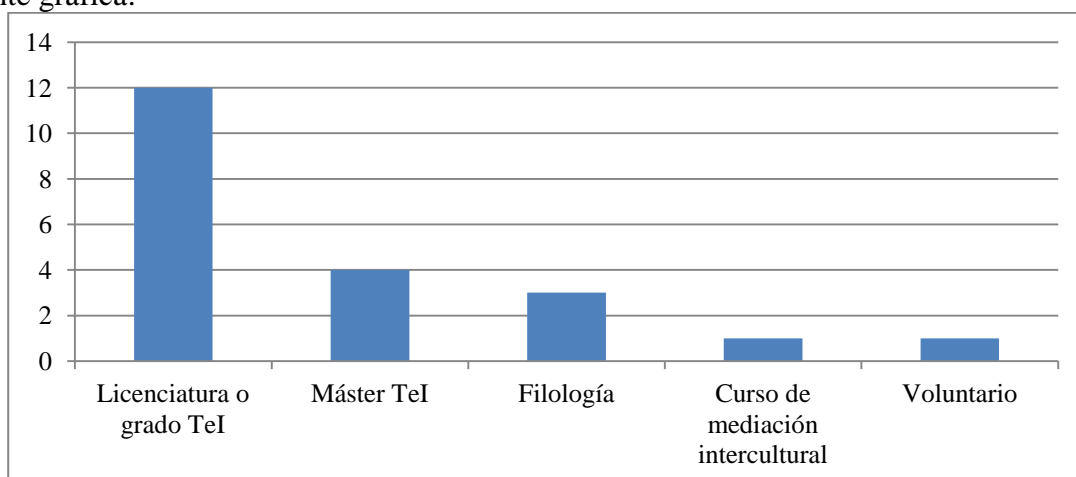


Ilustración 13 Formación académica de los ISP y mediadores interculturales encuestados (elaboración propia)

Si analizamos la gráfica, podemos comprobar que 12 de los 17 encuestados han cursado una licenciatura o un grado en traducción y/o interpretación. Además, de esos 12 encuestados, 2 de ellos habían cursado un máster para especializarse en uno o más ámbitos de la traducción y/o la interpretación. 3 encuestados habían cursado una licenciatura o grado en filología. De estos encuestados, uno había cursado además un máster de traducción y/o interpretación especializada y otro había cursado el grado en traducción e interpretación. Además de estos encuestados que contaban con un máster, también obtuvimos la respuesta de un encuestado que únicamente especificó que tenía un máster como formación académica. Por último, obtuvimos la respuesta de un encuestado que había asistido a un curso de mediación intercultural y otro encuestado sin formación académica específica en el ámbito de la traducción e interpretación y que ejercía como intérprete voluntario en ámbito sanitario.

En la pregunta 8 se preguntaba a los encuestados por su ámbito de especialización dentro de la traducción y la interpretación. Mediante el análisis de los resultados, observamos que la mayoría de los encuestados se había especializado en el ámbito científico-sanitario; además, un porcentaje de los encuestados contaba con especialización en más de un ámbito de la interpretación o la mediación. 15 de los encuestados contaban con especialización en ámbito científico-sanitario, lo que supone el 88,2 % del total de respuestas. Los 2 encuestados restantes contaban con especialización en el ámbito jurídico y financiero, lo que constituye el 11,8 % del total de las respuestas. Dentro del porcentaje de encuestados especializados en ámbito sanitario, el 23,5 %, 4 de los encuestados, también contaba con especialización en el ámbito jurídico y financiero.

Una vez analizado los bloques de preguntas de carácter demográfico y de perfil profesional, procedemos a analizar la pregunta 9, con la que teníamos el objetivo de conocer cuáles eran las nacionalidades extranjeras más frecuentes con las que trabajaban los ISP o mediadores que respondieron la encuesta. Los resultados y porcentajes fueron los siguientes:

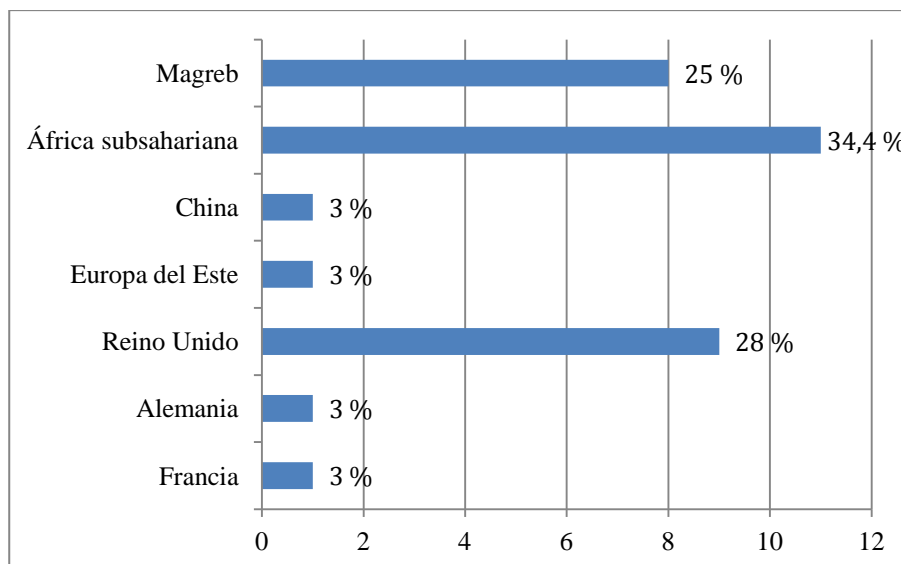


Ilustración 14 Nacionalidades con las que los ISP y mediadores interculturales encuestados trabajan con más frecuencia (elaboración propia)

Pese a que esta pregunta era similar a la pregunta 7 de la encuesta destinada a personal sanitario, decidimos añadir dos nacionalidades europeas, Alemania y Francia, con el objetivo de poder clasificar de forma más eficiente la información obtenida en esta pregunta. Debido a que dimos la posibilidad de seleccionar más de una opción, hemos obtenido 32 resultados sobre los que se han realizado los porcentajes correspondientes.

Como podemos observar, hemos obtenido resultados bastante igualados: 11 encuestados señalaron África subsahariana como el colectivo migrante con el que trabajan con más frecuencia (34,4 %); 8 encuestados señalaron el Magreb (25 %); y 9 encuestados señalaron el Reino Unido (28 %). Por otro lado, China, Europa del Este, Alemania y Francia obtuvieron un resultado respectivamente (3 %).

La siguiente pregunta la formulamos y estructuramos de la misma forma que la pregunta 9 de la encuesta para personal sanitario. El fin de esta pregunta no solo era conocer la magnitud y recurrencia de los problemas de comunicación a los que se enfrenta el ISP o mediador en consulta, sino también contrastar los resultados de esta pregunta con su análoga en la encuesta para personal sanitario. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

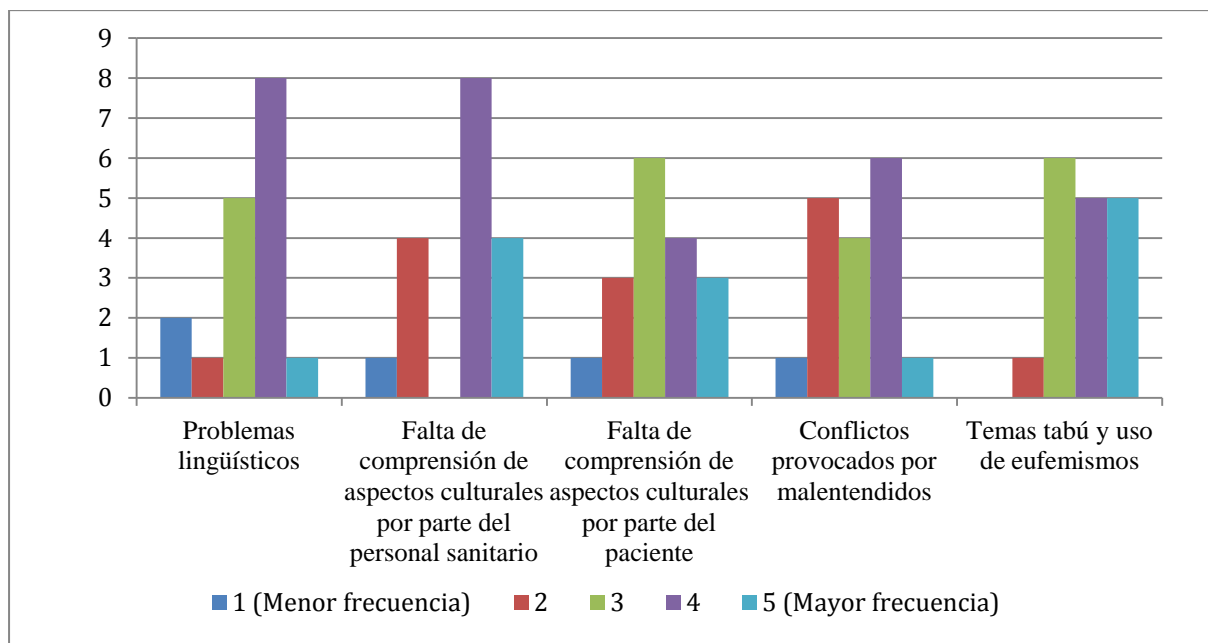


Ilustración 15 Grado de repercusión de problemas lingüísticos y extralingüísticos en la comunicación médico-paciente de acuerdo con los ISP y mediadores interculturales (elaboración propia)

Si observamos la gráfica y la comparamos con la de la encuesta para personal sanitario, es evidente que los resultados son muy diferentes entre sí.

En primer lugar, los problemas lingüísticos/idioma obtuvieron un mayor número de resultados en el número 4, a diferencia de la gráfica del personal sanitario que obtuvo una mayoría muy significativa en el número 5. En cuanto a la falta de comprensión de aspectos culturales por parte del personal sanitario, en la presente gráfica podemos observar que el número 4 es una vez más la opción más votada; lo que resulta un gran contraste con los resultados del personal sanitario. La categoría “Falta de comprensión de aspectos culturales por parte del paciente” presenta valores más igualados entre sí, con el 3 como la opción más votada, a diferencia de la gráfica del personal sanitario en la que la opción más votada fue 4. La categoría “Conflictos provocados por malentendidos” obtuvo porcentajes muy igualados en las opciones 2 y 4, por lo que deducimos que los encuestados que han respondido a la encuesta han vivido experiencias laborales muy dispares. Si lo comparamos con la gráfica del personal sanitario, comprobamos que esta obtuvo un mayor número de resultados en la opción 3 y que la opción 1 y 5 tienen un número de votos muy similar en ambas gráficas. Por último, en la presente gráfica podemos observar que los problemas originados por temas tabú y uso de eufemismos presentan resultados similares en las opciones 3,4 y 5, por lo que podemos deducir que es un problema bastante recurrente e importante en la comunicación en consulta de acuerdo con los ISP o mediadores encuestados.

A continuación, procedemos a analizar los resultados de uno de los bloques centrales de cuestiones de esta encuesta: las preguntas 11-14.a.

La pregunta 11 tenía como objetivo conocer la repercusión de los temas tabú en la comunicación médico-paciente desde la perspectiva del ISP o mediador encuestado. Formulamos y estructuramos la pregunta de la misma manera que la pregunta 10 de la encuesta para personal sanitario para contrastar las respuestas proporcionadas. De esta forma, podemos observar si el ISP o mediador percibió otro tipo de complicaciones en la comunicación. En esta pregunta permitimos a los encuestados señalar más de una opción, por lo que las categorías no eran excluyentes, es por esto que obtuvimos un total de 24 respuestas y hemos calculado los porcentajes pertinentes sobre dicha cifra. Los resultados obtenidos son los siguientes:

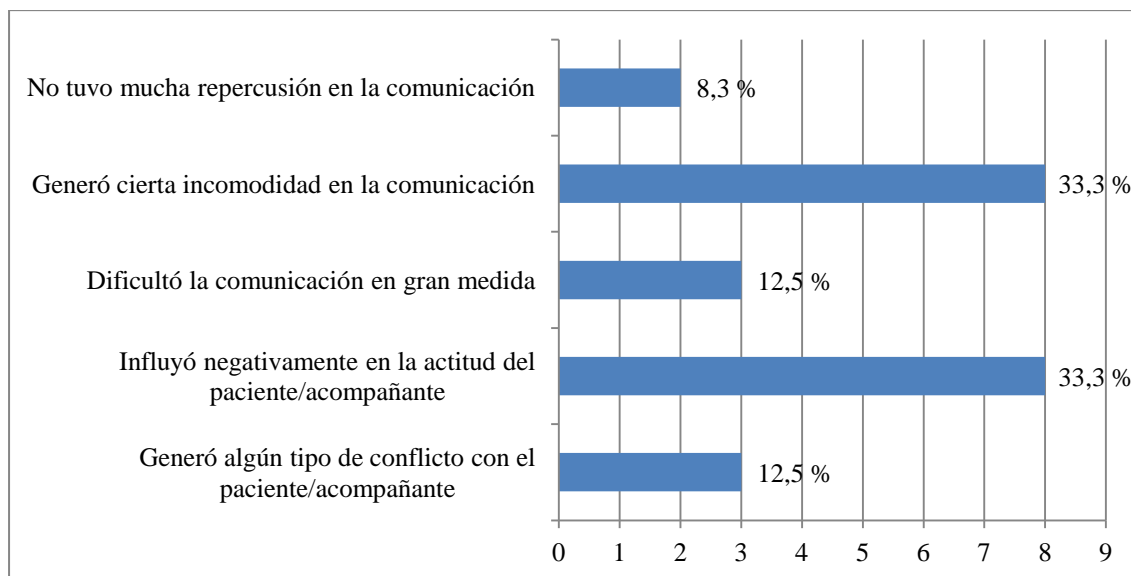


Ilustración 16 Repercusión de los temas tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con los ISP y mediadores interculturales (elaboración propia)

La categoría “No tuvo mucha repercusión en la comunicación” obtuvo 2 respuestas (8,3 %). Este resultado no dista mucho del obtenido en la encuesta para personal sanitario, por lo que podemos deducir que los tabúes repercuten negativamente en la mayoría de las situaciones comunicativas en consulta. La categoría “Generó cierta incomodidad en la comunicación” obtuvo 8 votos, lo que supone el 33,3 % de los votos. Esta categoría obtuvo el mismo porcentaje en la pregunta para personal sanitario. La categoría “Dificultó la comunicación en gran medida” es en la que se han recogido los resultados más dispares: a diferencia del alto porcentaje obtenido en la encuesta para personal sanitario, en la gráfica podemos observar que tan solo 3 de los encuestados han seleccionado esta categoría (12,5 %). Por otro lado, en cuanto a las categorías que hacían alusión a la actitud del paciente o el acompañante, los resultados en ambas encuestas son similares: la categoría “Influyó negativamente en la actitud del paciente/acompañante” obtuvo 8 votos (33,3 %), frente a los 3 votos obtenidos en la categoría “Generó algún conflicto con el paciente/acompañante” (12,5 %), porcentajes relativamente similares a los que podemos observar en la encuesta para personal sanitario.

Por tanto, podemos deducir que los problemas comunicativos originados por temas tabú, según los ISP o mediadores interculturales, han tenido una repercusión negativa reseñable en la comunicación médico-paciente, aunque tampoco ha supuesto un elemento determinante en dicha situación comunicativa. Por otro lado, en la mayoría de los casos, los ISP o mediadores consideran que los temas tabú han provocado una reacción negativa por parte del paciente o el acompañante.

A continuación, analizaremos los resultados de la pregunta 12, en la que preguntamos a los encuestados acerca del origen de los temas tabú tratados en consulta para poder clasificarlos y averiguar cuáles son los temas más recurrentes. Las opciones de esta pregunta, al igual que las de la anterior, no son excluyentes, por lo que se le permitía a los encuestados señalar más de una. Por ello, hemos obtenido un total de 31 respuestas. Los resultados y porcentajes obtenidos fueron los siguientes:

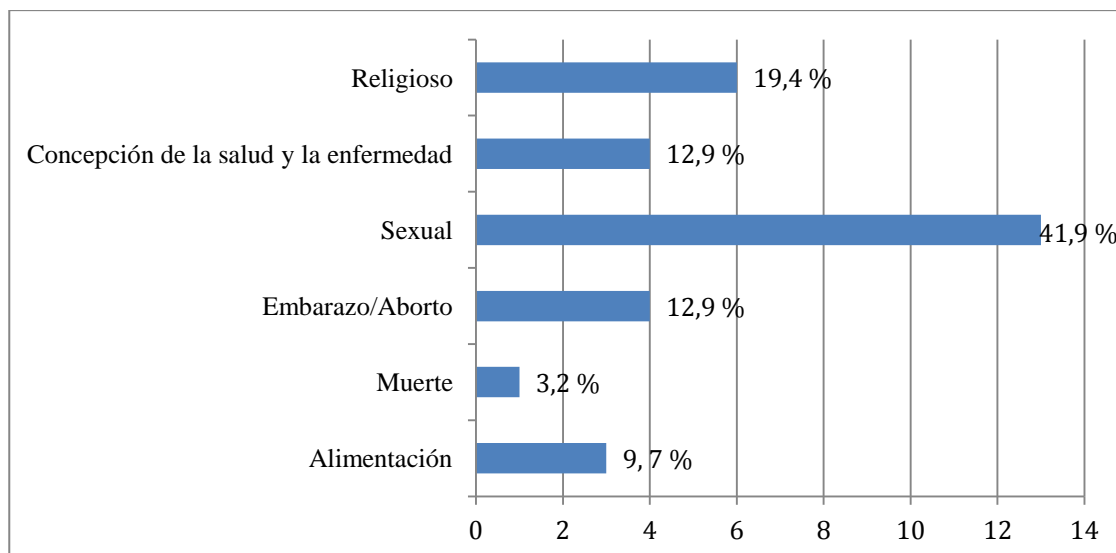


Ilustración 17 Origen del tema tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con los ISP y mediadores interculturales (elaboración propia)

Como podemos observar en la gráfica, 6 encuestados señalaron la religión como origen del tabú (19,4 %), un porcentaje relativamente similar al obtenido en la encuesta para personal sanitario (pregunta 10), aunque en la presente gráfica este tipo de tabú ha obtenido un porcentaje de votos más bajo. En cuanto a la concepción de salud y enfermedad, este tipo de tabú ha obtenido 4 votos (12,9 %), lo que supone un porcentaje de votos significativamente más bajo que en la encuesta para personal sanitario. Los tabúes sexuales cuentan con el mayor porcentaje de votos de todas las categorías: 13 encuestados han seleccionado esta opción, lo que supone el 41,9 % de los votos. En esta categoría existe una gran diferencia entre los resultados obtenidos en ambas encuestas, puesto que en la dirigida al personal sanitario esta opción obtuvo solo un 18 % de los votos. En cuanto a los temas tabú relacionados con el embarazo y el aborto, se han registrado 4 votos (12,9 %), cifra muy similar a la obtenida en la categoría análoga (5 votos). Los temas tabú relacionados con la muerte han obtenido el menor número de votos, puesto que tan solo un encuestado ha seleccionado esta opción (3,2 %). Esta opción también fue la menos votada en la encuesta para personal sanitario. Por último, los tabúes de la alimentación han obtenido un 9,7 % de los votos (3), porcentaje que también contrasta con el obtenido en la encuesta para personal sanitario en el que obtuvo un 14,5 % de los votos.

Por lo tanto, de acuerdo con los encuestados, el tabú predominante en la comunicación médico-paciente es de tipo sexual, que se clasifica en los tabúes implícitos de lo impuro, seguido de los tabúes religiosos, que son considerados tabúes implícitos de lo sagrado. Por último, consideramos interesante contrastar los porcentajes de ambas gráficas: en la encuesta dirigida a personal sanitario el porcentaje de votos se encontraba más igualado entre las categorías existentes; a diferencia de la presente gráfica, en la que se observa un porcentaje predominante en la categoría de sexualidad.

La pregunta 13 era una pregunta abierta en la que invitamos a los encuestados a relatar brevemente cuál fue la reacción del paciente o el acompañante cuando se sacó a colación el tema tabú en cuestión. Tras analizar las respuestas a esta pregunta, clasificamos las descripciones aportadas por los encuestados en diferentes patrones de conducta para facilitar el análisis de estos datos y sacar las conclusiones pertinentes:

- Agresividad o actitud defensiva: 6 de los encuestados describieron una actitud agresiva o defensiva por parte del paciente en situaciones en las que se tratan temas tabú. Algunos ejemplos de estas descripciones son: “Su agresividad pasiva tras una situación de

incomodidad estuvo presente hasta el final de la consulta”, “hubo un cambio de actitud y de repente estaba más a la defensiva” o “se indignó porque nadie entendía el problema”.

- Actitud no cooperativa: 9 encuestados relataron situaciones en las que los pacientes habían adoptado una actitud muy poco colaboradora. Los pacientes se negaban a seguir participando en la situación comunicativa o se negaban a seguir las directrices del personal sanitario. Algunas descripciones son las siguientes: “La paciente se mostraba reacia a hablar de la menopausia”; “de repente se puso lívido y no quería seguir hablando”; “se cerró y costó volver a hacerle cooperar”; “la paciente se negó a ser explorada por un médico y, cuando iba a ser explorada por una doctora, se negó a que yo estuviera presente”; o “[el paciente] quería irse de la consulta”.
- Nerviosismo: 2 encuestados relataron situaciones en las que los pacientes se mostraban inquietos o asustados: “La paciente estaba inquieta y no dejaba de mirarme como si estuviera asustada” y “actitud evasiva y timidez”.

Por lo que podemos comprobar con las respuestas de los encuestados, las actitudes adoptadas por los pacientes son similares a las relatadas por el personal sanitario: las reacciones frente a los temas tabú nunca son positivas y en numerosos casos entorpecen la comunicación, propician un ambiente de tensión e imposibilitan una atención sanitaria eficiente.

La pregunta 14 se centra en la figura del ISP o mediador intercultural y su papel en la comunicación médico-paciente. A través de esta pregunta, nuestra intención era comprobar con qué tipo de lenguaje los encuestados solían identificar actitudes negativas en los usuarios migrantes debido a la aparición de temas tabú en el acto comunicativo. El resultado de esta pregunta fue el siguiente:

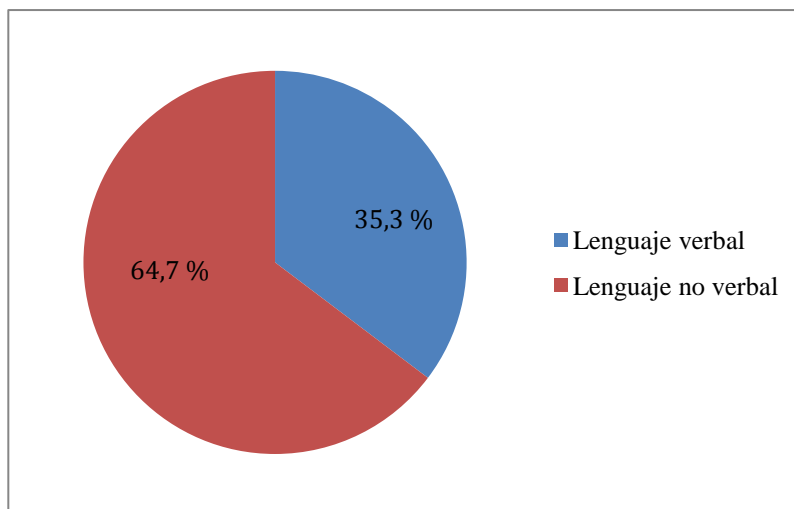


Ilustración 18 Detección del problema de comunicación originado por un tema tabú (elaboración propia)

Como podemos observar en la gráfica, 11 de los encuestados señalaron que percibieron estos problemas de comunicación a través del lenguaje no verbal (64,7 %), frente 6 que detectaron estos problemas a través del lenguaje verbal (35,3 %). Por lo tanto, podemos reafirmar el hecho de que el lenguaje verbal no es el elemento principal del proceso comunicativo, sino que el lenguaje no verbal también aporta información esencial que debe tenerse en cuenta para comprender los patrones comunicativos de los usuarios migrantes y detectar reacciones adversas a problemas de comunicación como los temas tabú.

La pregunta 14.a. tenía como objetivo indagar en los resultados de la pregunta 14 y conocer los testimonios de ISP o mediadores en contextos en los que se hubieran producido problemas de comunicación por temas tabú. Mediante las descripciones de los encuestados,

nuestro objetivo era detectar diferentes tipos de reacciones negativas frente a temas tabú y poder clasificar estas reacciones dependiendo de si habían sido percibidas a través del lenguaje verbal o no verbal. Esta pregunta, al no ser obligatoria, fue respondida por 14 de los 17 encuestados. La mayoría de las actitudes descritas por los encuestados tienen su origen en el lenguaje no verbal, aunque también se ha registrado un número más reducido de respuestas en la que se hace referencia al lenguaje verbal.

De las 14 respuestas, 10 hacen referencia a actitudes negativas percibidas a través del lenguaje no verbal. A continuación, expondremos una serie de ejemplos: “Mirada en el suelo y bajo tono de voz”, “comenzó a ponerse nervioso cuando el médico empezó a preguntarle si había mantenido relaciones sexuales sin preservativo”, “el paciente se removía en el asiento, quizá por la incomodidad de la situación”, “comenzó a elevar el tono de voz” o “miraba al suelo y no hablaba aunque me dirigiera a ella”. Por otro lado, 4 respuestas describían actitudes negativas percibidas a través del lenguaje verbal, tales como: “Decía ‘no’ una y otra vez” o “trataba de evitar el término menopausia por todos los medios y no respondía de manera directa [a] las preguntas del médico”. Tal y como podemos observar en estas descripciones, los subsistemas kinésico y paralingüístico de la comunicación no verbal aportan muchísima información sumamente útil para percibir reacciones negativas ante los temas tabú. De acuerdo con las declaraciones de los encuestados el lenguaje corporal y ocular, así como el tono de voz, resultaron piezas clave para detectar el problema de comunicación en cuestión.

Con la pregunta 15 abrimos el siguiente bloque de preguntas en el que nos centrábamos en las soluciones aportadas por los ISP o mediadores para solucionar el conflicto o problema de comunicación generado por un tema tabú. En la mayoría de las respuestas podemos observar que los encuestados adoptaron un papel relativamente intervencionista que sobrepasa los límites establecidos en el modelo de imparcialidad del intérprete y se acerca más a la labor de mediación. No obstante, aunque se observa una tendencia a la mediación, el intervencionismo de los encuestados no es excesivo y no muestra signos de parcialidad a la hora de ejercer su labor profesional. A continuación analizaremos algunas de las respuestas más interesantes:

En algunos casos, los encuestados optaron por explicar el problema del tema tabú al personal sanitario: “explicando que el paciente sospechaba que el alimento tenía cerdo”; “solicitando que la explorara una mujer”; “intervine y le dije al médico que el paciente parecía incómodo al tratar el tema, así el médico le habló al paciente con más tacto”.

Otros encuestados se centraron en el paciente y en realizar aclaraciones y adaptaciones con el fin de conseguir solucionar el problema de comunicación: “pregunté si había algo que no entendía y la paciente me explicó el problema”; “expliqué a la paciente que era importante que hablara”; “intentando adaptar las explicaciones lo máximo posible a la cultura del paciente, haciendo hincapié en las diferencias con la cultura española”.

2 encuestados describieron situaciones en las que adoptaron un papel intervencionista y decidieron modificar el discurso del personal sanitario y emplear eufemismos con el fin de solventar el problema de comunicación originado por un tema tabú: “finalmente accedió a hablar sobre ello cuando se le preguntó si estaba *‘going through the period’* y “utilicé eufemismos cuando el médico usaba términos delicados o explícitos”.

Por último, otros encuestados declararon haber realizado aclaraciones a las dos partes activas en el acto comunicativo: “intenté detectar la raíz del problema e hice una pequeña aclaración a ambas partes”; “se explicó a ambas partes el origen del problema y se llegó a una solución de manera consensuada, entendiendo el paciente que las preguntas que le hacían eran necesarias para su bienestar”.

Consideramos interesante destacar una respuesta en la que el encuestado describía una situación en la que resultó imposible el ejercicio de su labor profesional por un tabú implícito de lo impuro: “Tuve que explicarle al médico que le explorara una doctora [a la paciente].

Además, durante la exploración, tuve que salir y la doctora y la paciente se entendieron por gestos durante el tiempo en el que no estuve”.

Por lo tanto, podemos observar que en casi todos los casos se ha optado por una actitud intervencionista con el fin de salvar el problema de comunicación por motivo de un tema tabú. Las principales medidas adoptadas han sido: interacción con el personal sanitario; interacción con el paciente; interacción por ambas partes; y uso de eufemismos.

En la pregunta 16 se invitaba al encuestado a reflexionar acerca de la efectividad de la solución que describió en la pregunta 15. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

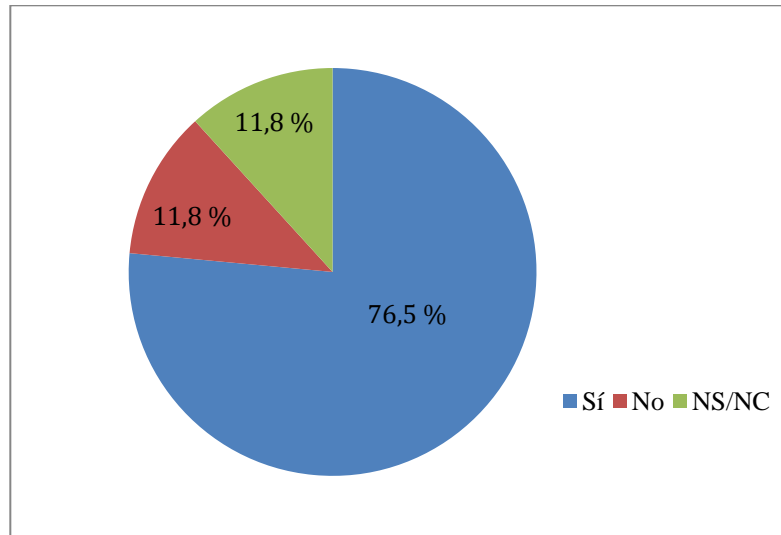


Ilustración 19 ¿La solución solventó el problema de comunicación o mejoró la comunicación médico-paciente? (elaboración propia)

13 encuestados afirmaron que la solución adoptada solventó el problema de comunicación o, al menos, mejoró la comunicación (76,5 %), lo que supone la mayoría de los encuestados. Por otra parte, de los 4 encuestados restantes, 2 seleccionaron la opción NS/NC y otros 2 afirmaron que no se solventó el problema de comunicación en cuestión (11,8 % respectivamente).

La pregunta 17 estaba formulada con el fin de que los encuestados aplicaran la autocrítica y reflexionaran acerca de si la solución aportada había sido tan efectiva como para volver a recurrir a esta en futuras sesiones de interpretación. Pese a que esperábamos que los resultados fueran idénticos a la pregunta anterior, finalmente obtuvimos resultados diferentes pero muy similares:

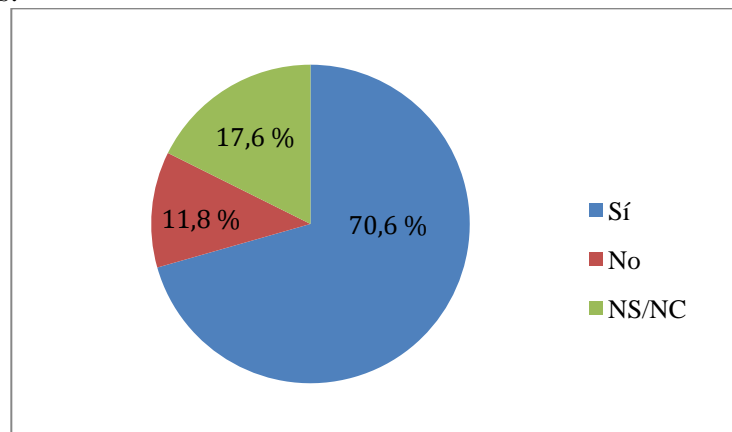


Ilustración 20 ¿Volvería a optar por esta solución en futuras sesiones de interpretación? (elaboración propia)

Al igual que en la pregunta 16, 2 encuestados señalaron que no volverían a optar por la solución descrita en la pregunta 15 (11,8 %). Por otro lado, 12 encuestados señalaron que sí volverían a optar esta opción (70,6 %), por lo que uno de los encuestados que señaló que la solución aportada sí había solventado el problema de comunicación en la pregunta anterior seleccionó la opción “NS/NC” (17,6 %).

Por último, cerramos esta encuesta con la pregunta 18, mediante la que queríamos conocer la opinión del encuestado acerca de la relevancia de su labor profesional en ámbito sanitario. Los resultados fueron los siguientes:

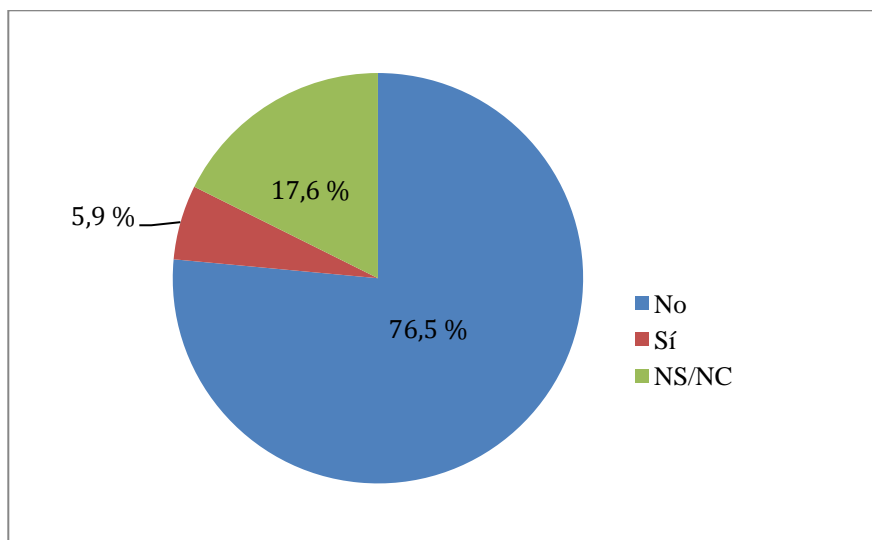


Ilustración 21 ¿Considera que los conflictos originados por temas tabú en la comunicación y otros problemas de comunicación podrían solventarse sin la labor profesional de un ISP o un mediador? (elaboración propia)

13 de los 17 encuestados consideran que no es posible solventar este tipo de problemas de comunicación sin la labor de un ISP o mediador intercultural (76,5 %) y 3 encuestados seleccionaron la opción “NS/NC” (16,6 %). Finalmente, un encuestado considera que estos problemas sí podrían resolverse sin su labor profesional (5,9 %).

Por lo tanto, podemos deducir que la mayoría de los encuestados son conscientes de la relevancia de su labor profesional en la sanidad española. Dicha concienciación es uno de los factores primordiales para la profesionalización de la ISP en España.

4.3. Entrevista a intérprete en los servicios públicos

La entrevista que realizamos a una intérprete profesional constaba de 17 preguntas divididas en tres bloques: Las preguntas de la 1 a la 4 tenían como fin obtener una descripción detallada del perfil profesional de la intérprete; el segundo bloque comprendía de la pregunta 5 a la pregunta 14 y constituye la parte central de la encuesta en la que nos centramos en los problemas tabú en el papel de la intérprete; por último, las preguntas 15, 16 y 17 tenían como fin recopilar información demográfica de la entrevistada. La entrevista se realizó por vía telefónica. Durante la entrevista, tomamos nota de toda la información que nos aportaba la entrevistada en un documento de Word para su posterior análisis. En primer lugar, analizaremos las tres preguntas de carácter demográfico que situamos al final de la encuesta:

La pregunta 15 preguntaba por el sexo de la entrevistada, a lo que contestó “mujer”. La pregunta 16 preguntaba por la profesión de la entrevistada, a lo que respondió “intérprete”. Por último, la pregunta 17 consultaba a la entrevistada acerca de su país de origen, a lo que respondió que era española.

La pregunta 1 tenía el objetivo de conocer la formación de la entrevistada y, más concretamente, si contaba con formación en ISP o en mediación. La respuesta de la entrevistada fue que cursó un grado en filología hispánica y otro de traducción e interpretación y ha realizado varios cursos de mediación.

Con la pregunta 2 teníamos la intención de preguntar a la entrevistada si se dedicaba profesionalmente a la interpretación, y no de manera voluntaria, y desde cuando era intérprete en contexto sanitario. Su respuesta fue afirmativa: la entrevistada se dedica profesionalmente a la interpretación desde hace 17 años. Pese a no haber cursado un máster para especializarse, la entrevistada habla una serie de idiomas que le permitió contemplar la interpretación sanitaria como una salida laboral.

La pregunta 3 fue formulada con el fin de conocer las lenguas de trabajo de la entrevistada. Las lenguas de trabajo de la entrevistada son cuatro: español, francés, árabe y tamazight, que es una lengua bereber hablada en el Magreb. Debido a que hay un gran porcentaje de población de procedencia magrebí, la entrevistada nos explicó que en la mayoría de los casos trabaja con el árabe y el tamazight. No obstante, existen numerosos casos en los que se ha enfrentado a problemas dialectales porque la población con la que tenía que trabajar no entendía o no hablaba árabe clásico o francés, sino que hablaban variedades dialectales. De acuerdo con la entrevistada, esto se debe a que mucho de los migrantes con los que trabaja son iletrados, especialmente aquellos procedentes de África subsahariana, por lo que solo hablan su lengua materna o su dialecto. Este problema en numerosas ocasiones ha imposibilitado su labor como intérprete y, tal y como nos explicó, el centro de salud en cuestión ha tenido que recurrir a población migrante con competencias en este idioma para hacer las veces de intérprete.

Nos parece importante destacar las declaraciones de la entrevistada en esta pregunta porque refleja la realidad de la ISP en España: debido a la poca profesionalización y, por ende, la poca disponibilidad de intérpretes profesionales para idiomas minoritarios, la sanidad española recurre a individuos bilingües y sin formación o experiencia en interpretación.

La pregunta 4, que es la última del bloque de perfil profesional, tiene como objetivo conocer las nacionalidades extranjeras con las que trabaja más frecuentemente la entrevistada. Su respuesta fue la siguiente:

“Trabajo con muchísimas nacionalidades. De África trabajo con subsaharianos del Congo, de Costa de Marfil, de Sudán, de Senegal, de Burkina Faso, Mauritania,... También trabajo con muchas nacionalidades del Magreb: hay muchísimos inmigrantes argelinos, tunecinos, marroquíes, egipcios,... Además, actualmente también vienen muchos inmigrantes de los países árabes de Asia y de la India. Trabajo con gente de Siria, Palestina, Paquistán, la India, y, últimamente, con mucha gente de Yemen. Recibimos inmigrantes de todos los países asiáticos, excepto de los que tienen una economía más desarrollada”.

La pregunta 5 abre el bloque central de cuestiones, con el que queríamos indagar en los temas tabú y en el papel de la entrevistada como intérprete profesional. Con esta primera pregunta, queríamos cambiar el enfoque lingüístico de la entrevista y centrarnos en factores extralingüísticos que pudieran condicionar la comunicación médico-paciente de acuerdo con la entrevistada. La respuesta de la entrevistada fue la siguiente:

Aparte del idioma, que siempre es un problema para la comunicación, la entrevistada consideraba que los médicos a veces no comprenden que están tratando con personas de otros países. Muchas veces carecen de tacto o se impacientan si ven que el paciente no entiende o no responde a las preguntas. Además de eso, hay muchos médicos y enfermeros que no han trabajado nunca con intérpretes y ni siquiera saben qué papel desempeña la entrevistada durante la conversación en la consulta. En numerosas ocasiones, la entrevistada quería dirigirse al paciente con tacto porque se estaba tratando un tema delicado y el médico no dejaba de interrumpirla debido a que no entendía qué estaba haciendo la intérprete. La

entrevistada nos explicó que estos son los problemas a los que se enfrenta con más frecuencia en su trabajo como intérprete.

Como hemos recogido en el apartado La interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario: la situación de España, la entrevistada señala problemas para trabajar con el personal sanitario debido a la poca formación con la que estos cuentan para trabajar con ISP o mediadores en consulta. Debido a ello, se entorpece sobremanera el proceso de comunicación y de interpretación y no se garantiza una atención sanitaria de calidad. Además, tal y como recogimos en los resultados de las dos encuestas que hemos llevado a cabo, los problemas de incomprensión de elementos culturales por parte del personal sanitario entorpece la comunicación intercultural y a veces puede provocar situaciones negativas en la actitud del paciente, lo que puede llegar a imposibilitar la comunicación.

La pregunta 6 fue formulada para hacer alusión de manera directa a los problemas extralingüísticos y, en concreto, a los problemas de índole cultural con el fin de conocer experiencias en las que la entrevistada se hubiera enfrentado a diferencias culturales que amenazaran o condicionaran la comunicación médico-paciente. La respuesta de la entrevistada fue la siguiente: “Sí, normalmente siempre hay problemas de choque cultural porque a veces el paciente lleva poco tiempo en España y no está acostumbrado a la vida aquí. También suele pasar cuando es la primera vez que le atiende un médico. Al no tener confianza, sobre todo los pacientes africanos [subsaharianos] miran al suelo y no hablan mucho. Al principio yo creía que era porque estaban cortados o estaban intimidados. Ya con el tiempo fui entendiendo que se comunican así con los médicos por costumbres de su sanidad en sus países. Aparte, algunos marroquíes con los que he trabajado se ponen muy efusivos y al principio a los médicos que no han trabajado mucho con inmigrantes les choca mucho y tengo que aclararles que es algo normal”.

Como podemos observar en las declaraciones de la entrevistada, existen numerosos factores extralingüísticos que pueden condicionar la comunicación médico-paciente. Algunos de ellos los hemos expuesto en el apartado El intérprete o mediador y los problemas de comunicación de índole cultural, como el hecho de que muchos de los migrantes procedentes de países de África subsahariana no revelen mucha información personal aunque sea relevante para el diagnóstico, debido al patrón comunicativo asimétrico que siguen cuando acuden a los *marabouts* o sanadores tradicionales. Por otro lado, también se hace patente la diferencia en los patrones comunicativos que sigue la población de origen magrebí en comparación con aquella a la que está acostumbrada el personal sanitario en consulta. Por tanto, es evidente que los elementos extralingüísticos juegan un papel determinante en la comunicación médico-paciente y es vital tenerlos en cuenta y contar con una formación que nos permita tener los recursos necesarios para enfrentarnos a elementos de esta índole.

La pregunta 7 plantea la cuestión de los temas tabú en la comunicación médico-paciente con el objetivo de saber si la entrevistada había presenciado algún conflicto o malentendido originado por un tema tabú durante el ejercicio de su actividad laboral. Su respuesta fue afirmativa. Además, nos explicó lo siguiente: “Me ha pasado muy a menudo. A veces en la sanidad se tienen que tratar temas que no son agradables para la mayoría de los pacientes. Lo que pasa es que cuando hablamos de pacientes de otra cultura, hay que tener también en cuenta que están más a la defensiva porque no conocen el idioma y se sienten vulnerables. Además, hay países en los que no está bien visto hablar de algunas cosas sobre las que sí se puede hablar un poco más abiertamente en España actualmente”.

Con esta respuesta, reafirmamos nuestra hipótesis de que el tabú es un elemento presente en la comunicación médico-paciente y que no pasa en absoluto desapercibido, por lo que se necesita la labor de un profesional para este tipo de situaciones. Además, la entrevistada explica que la situación de la población es mucho más delicada, debido a que su estado de salud y su desconocimiento del idioma y la cultura del país de acogida juegan en su contra.

La entrevistada, a continuación, prosiguió con su respuesta: “Es verdad que yo no he tenido que estar en una situación de enfado o de pelea como me preguntas, pero sí tengo muchas compañeras que no llevan mucho tiempo trabajando aquí o que no tienen mucha preparación que han tenido problemas con el lenguaje, sobre todo con pacientes árabes. Yo he aprendido a tratar al paciente sin imponerme y entendiendo la situación en la que está, pero ellas a veces no saben manejar la situación”.

Tal y como explica la entrevistada, la falta de formación puede conllevar interpretaciones deficientes y que los problemas de comunicación, en este caso los originados por temas tabú, no se solventen o incluso se agraven.

La pregunta 8 es una continuación de la pregunta anterior. Con esta, queríamos conocer situaciones concretas que la entrevistada recordara en las que la comunicación se hubiera visto afectada negativamente por un tema tabú. De esta forma, podríamos conocer de primera mano el desarrollo de dicha situación, el patrón de conducta que seguía tanto el paciente como el personal sanitario involucrado y, a través de las siguientes preguntas que conforman la entrevista, también podríamos conocer recursos y métodos para solventar estos problemas de comunicación tan recurrentes. La entrevistada respondió lo siguiente:

“Se me vienen a la mente muchas situaciones. Primero, lo que te comentaba acerca de los problemas que tienen algunas de mis compañeras: muchas de ellas son de ascendencia árabe, así que hablan árabe y algunos dialectos. El problema viene cuando no son conscientes de que hay algunas palabras que tienen una carga más negativa en una cultura que en otra, como en la cultura española y en la cultura árabe. A veces, han tenido que interpretar mensajes que para nosotros no tienen un significado tan negativo como para los árabes y esto ha hecho que los pacientes se alteren muchísimo y no haya manera de seguir con la conversación”.

En las declaraciones de la entrevistada, podemos detectar una situación en la que las disimilitudes de la concepción de la interdicción lingüística en las distintas comunidades etnolingüísticas provocan graves problemas de comunicación. Por tanto, es evidente que la percepción de la interdicción en cuestión, procedente de la dimensión sociolingüística del tabú de una comunidad determinada, pese a ser un elemento universal y presente en todas las culturas, puede jugar una mala pasada en la comunicación intercultural. Esta situación está muy lejos de solucionarse sin la intervención de un profesional en comunicación intercultural, puesto que aquellos individuos que ejercen de ISP y carecen de formación y competencias culturales, tal y como vemos reflejado en la respuesta de la entrevistada, no cuentan con los recursos necesarios para solucionar este tipo de conflictos y en la mayoría de los casos no son conscientes de que los tabúes, pese a tener un carácter universal en su mayoría, no se gestionan de la misma forma en cada cultura y los mecanismos para dicha gestión difieren en gran medida.

Tras esta respuesta, la entrevistada prosiguió y nos relató dos situaciones en las que tuvo que enfrentarse personalmente a procesos comunicativos afectados por un tema tabú.

En primer lugar, nos explicó que en numerosas ocasiones ha tenido que interpretar a pacientes que presentaban síntomas de enfermedades de transmisión sexual. La entrevistada nos explicó que la mayoría de los pacientes mantienen una actitud recelosa y poco cooperativa desde el principio de la consulta. Estos pacientes van mostrándose más y más reacios a aportar información sobre sus síntomas o a responder las preguntas del personal sanitario. De hecho, ha habido ocasiones en las que algunas mujeres se han negado a una exploración física, pese a que la situación lo requería, al ser atendidas por médicos; o casos de pacientes que en un primer momento se negaron rotundamente a someterse a un análisis de sangre, especialmente en el caso de población procedente de África subsahariana.

Por otro lado, también nos relató una experiencia que vivió como ISP en un taller de sexualidad destinado a población argelina. En este, se les explicaba a los oyentes el uso de los distintos métodos anticonceptivos existentes. Pese a que las imágenes que se les mostraban

eran eufemísticas y tan solo se usaban términos explícitos, la intérprete observó que todos los oyentes miraban al suelo y se revolvían en sus asientos, ya que estaban visiblemente incómodos.

En las situaciones que nos narra la entrevistada, podemos detectar tabúes implícitos de lo impuro, en concreto aquellos relacionados con la sexualidad. Además, también podemos identificar todas aquellas actitudes descritas en las encuestas para personal sanitario e ISP y mediadores interculturales: mirada baja, inquietud y cooperación prácticamente nula. Así mismo, también podemos observar una tendencia muy generalizada en la población subsahariana: muchos pacientes se muestran reticentes a llevar a cabo análisis de sangre, probablemente por desconfianza a la sanidad española y por la creencia de que la cantidad de sangre que se extrae es excesiva. Este miedo deriva de un tabú implícito de lo sagrado: la población subsahariana considera que la sangre es la parte más importante del cuerpo, después de la cabeza, debido a que creen que transporta la energía corporal (Gentil, 2012). Por tanto, la pérdida de sangre se considera algo muy negativo.

Procedemos a analizar la pregunta 9, en la que queríamos averiguar cómo había actuado la entrevistada como ISP en las situaciones que había descrito.

La entrevistada nos explicó que en la mayoría de los casos había intervenido con voz propia: “Normalmente, lo que hago es avisar al médico de que X tema le está provocando incomodidad al paciente. A veces los médicos hacen un esfuerzo y hacen preguntas de una forma menos directa; otras veces te preguntan directamente qué deberían hacer y otras veces ignoran tu comentario e insisten en lo que estaban diciéndole al paciente”. Nuestra pregunta fue si ese mensaje se lo comunicaba también al paciente, a lo que respondió que en la medida de lo posible sí. Nos explicó que era consciente de que ese es el protocolo que se debería seguir siempre, pero que a veces por cuestión de tiempo o para no empeorar la situación, no lo seguía. A continuación, la entrevistada nos dijo que si veía que el personal sanitario no modificaba el discurso o el proceso comunicativo seguía empeorando, intervenía para explicar al paciente que era necesario que cooperara y, en caso de no poder convencerlo, intentaba utilizar un lenguaje más eufemístico al interpretar al personal sanitario y utilizar expresiones menos eufemísticas a la hora de interpretar al paciente.

Podemos observar en la respuesta de la entrevistada una actitud intervencionista. Esta actitud intervencionista podría relacionarse con el modelo de abogacía, ya que la ISP realiza intervenciones con voz propia y modifica el discurso cuando lo cree conveniente con el fin de salvar las diferencias lingüístico-culturales de la comunicación intercultural. También creemos oportuno destacar las dificultades añadidas con las que lidia la entrevistada al trabajar con personal sanitario que incluso le apela directamente a ella cuando la figura del ISP no debería participar de forma activa en la comunicación médico-paciente.

En cuanto al recurso utilizado para solventar problemas de comunicación originados por un tema tabú, observamos que la entrevistada no transmite todos los mensajes a las dos partes de la comunicación, muchas veces con el fin de que el conflicto no vaya a más y que la actitud del paciente no empeore. Por otro lado, su recurso más empleado es recurrir a mecanismos eufemísticos al interpretar los mensajes del personal sanitario, pese a que estos mensajes no sean eufemísticos y estén cargados de expresiones explícitas. A la hora de interpretar los mensajes eufemísticos del paciente, emplea un lenguaje explícito y más técnico en la medida de lo posible.

Por otra parte, consideramos interesante los datos que nos aportó acerca de la reticencia de la comunidad subsahariana, por lo que le preguntamos qué medida adoptó en esos casos concretos. Su respuesta fue que el personal sanitario no comprendía el problema, porque no era consciente del trasfondo religioso de dicha desconfianza. Por ello, ya que disponía de un tiempo muy limitado, decidió tranquilizar a la paciente y aclararle que en el proceso se le extraería una cantidad ínfima de sangre.

Resulta evidente que la actitud adoptada en todas estas situaciones es intervencionista y se alejan del modelo de imparcialidad defendido por Pöchhacker (2008), ya que la ISP no se limita a sacar el tema a colación y dejar la solución del conflicto en manos de los participantes activos de la conversación, sino que finalmente tiene que participar con voz propia para solucionar el problema de comunicación.

En la pregunta 10, invitamos a la entrevistada a reflexionar acerca de las soluciones que había adoptado para solventar los problemas de comunicación provocados por un tabú. Su respuesta a si consideraba que su intervencionismo había solucionado el problema de comunicación fue que sí. La entrevistada es consciente de que, en teoría, no debería tomarse la libertad de explicar procesos o modificar el discurso de los participantes del proceso comunicativo, pero que considera que el modelo no intervencionista hubiera alargado la sesión más de lo necesario y no habría tenido un efecto positivo tan inmediato como su postura intervencionista. Por lo que también respondió que sí volvería a optar por estas soluciones, tal y como le preguntamos en la pregunta 11.

De las declaraciones de la entrevistada en estas dos preguntas, podemos extraer la conclusión de que hay situaciones condicionadas por elementos extralingüísticos que obligan al ISP a adoptar medidas y soluciones que no concuerdan con los principios de no intervencionismo que se deberían seguir en las sesiones de interpretación en ámbito sanitario. No obstante, el tabú es una realidad que convierte la situación ideal de interpretación en un contexto con potenciales malentendidos y problemas de comunicación; por lo que, en este caso, la entrevistada en cuestión prefirió optar por soluciones rápidas y efectivas a corto plazo en lugar de optar por seguir el modelo de imparcialidad.

A continuación, a través de la pregunta 12, quisimos preguntarle a la entrevistada si consideraba que la gestión eficiente de este tipo de situaciones comunicativas era gracias a su formación académica o por la experiencia como ISP en ámbito sanitario. Su respuesta fue que consideraba que la formación académica te da una serie de pautas para comenzar a interpretar de forma profesional, pero que había aprendido a gestionar conflictos provocados por temas tabú y otros problemas de comunicación mediante ensayo y error, gracias a todos los años de experiencia como ISP. “En la formación sí que te explican problemas que pueden surgir y cómo podrías solucionarlo, pero de la teoría a la práctica hay un trecho muy grande y cuando el médico trata un tema tabú que incomoda al paciente, hay que buscar una solución rápida, porque cuanto más dure la incomodidad, peor va a ser para la consulta y el diagnóstico”.

Por tanto, la entrevistada afirma que la formación es necesaria para tener nociones de interpretación, pero que la experiencia laboral en el ámbito es vital para tener la capacidad de solventar conflictos provocados por temas tabú.

La pregunta 13 tenía como objetivo saber qué percepción tenía la entrevistada sobre su profesión, si consideraba que su labor profesional era importante o no. Su respuesta fue que sí, pero no solo en ámbito sanitario, sino también en otras esferas en las que la población migrante tenga que interactuar con la Administración española. Nos explicó que, de no ser por ella, sería imposible que el personal sanitario trabajara con población extranjera.

Con esta respuesta, podemos observar que la entrevistada considera que su labor profesional sí es importante y que no habría otra forma de comunicarse eficientemente con población extranjera.

Por último, la pregunta 14 tenía la finalidad de conocer la opinión de la entrevistada acerca de si el personal sanitario podría solucionar problemas de comunicación como los tabúes sin los ISP o mediadores. Su respuesta fue la siguiente:

“No creo. Ya de por sí la comunicación sin intérprete es muy difícil, a veces lo han intentado porque yo no estaba disponible y no han conseguido entenderse. No me quiero imaginar entonces si surge un problema como un tabú. No me han contado nunca ningún

caso, pero teniendo en cuenta que ha habido veces que la situación se ha vuelto muy tensa, no quiero imaginarme si no hubiera estado yo allí”.

La entrevistada considera que no sería posible que el propio personal sanitario realizara la labor de interpretación y mediación que realiza ella, especialmente en contextos tan delicados como situaciones violentas en las que el paciente se muestra agresivo, nervioso o poco cooperativo por un tema tabú.

5. Conclusiones

Este Trabajo de Fin de Máster ha constituido un proyecto de investigación cuya finalidad principal era establecer una serie de hipótesis y, a través de un enfoque teórico-práctico, establecernos una serie de objetivos particulares. Mediante el progresivo cumplimiento de los objetivos propuestos, íbamos desvelando las incógnitas con las que empezamos el presente trabajo de investigación. Finalmente, gracias a la información que obtuvimos satisfaciendo los mencionados objetivos, fuimos capaces de deducir si refutábamos o confirmábamos las hipótesis que nos habíamos planteado en un primer momento.

En primer lugar, consideramos esencial defender una vez más la necesidad de la investigación en el ámbito de la traducción y la interpretación en los servicios públicos en España, puesto que es un campo relativamente reciente pero vital no solo para las disciplinas de la traducción y la interpretación, sino para el desarrollo de España como sociedad multicultural. Resulta inconcebible una sociedad actual, que recibe al año miles y miles de migrantes que buscan un lugar mejor en el que vivir y que gradualmente se asemeja más y más a grandes sociedades multiculturales como Estados Unidos, México o Canadá, sin traductores e intérpretes de los servicios públicos que garanticen la integración de estos colectivos en todos los ámbitos. Los traductores e intérpretes son esos profesionales que pueden asegurar que un migrante en posición de vulnerabilidad, que no comprende el idioma o la cultura del país de llegada, entienda y sea entendido en ámbitos tan esenciales para los derechos civiles de las personas como los servicios públicos. La concienciación social de la necesidad de estos profesionales no es aún una realidad en países como España. No obstante, pese a que aún queda mucho por hacer en nuestro país, podemos comprobar mediante numerosas iniciativas que en la sociedad española cada vez existe más concienciación acerca de la necesidad de profesionales lingüístico-culturales en estos ámbitos. En concreto, esta concienciación puede verse a través de las propias encuestas que hemos distribuido para el presente trabajo de investigación: hemos observado que los trabajadores de estos ámbitos cada vez son más conscientes de la necesidad de profesionales lingüístico-culturales. Esto supone un paso agigantado para el desarrollo y la profesionalización de la traducción e interpretación en los servicios públicos.

En cuanto al ámbito sanitario, que es el contexto en el que se ha centrado el presente trabajo de investigación, consideramos que aún queda mucho por mejorar a nivel nacional. Es por ello que las investigaciones en este ámbito son tan importantes: nos ayudan a entender el fenómeno de la comunicación intercultural; nos permiten analizar la labor del ISP en la comunicación médico-paciente; también nos aportan las nociones básicas para establecer principios éticos, profesionales y de actuación para el intérprete; y, además, reafirman la idea de que una persona bilingüe sin formación en interpretación o mediación no está capacitada para desempeñar la labor profesional de un ISP, por lo que su desempeño laboral siempre será de baja calidad en comparación con el de un profesional cualificado, además de que pondrá en riesgo los códigos éticos de interpretación y el derecho de todo migrante a una sanidad de calidad. Estos son algunos de los motivos por los que decidimos elegir este ámbito de la interpretación para esta investigación.

Además de las razones que hemos enumerado, consideramos que la investigación acerca de la interpretación en el ámbito sanitario tiene muy poco tiempo de vida y que, por tanto, resulta vital el desarrollo de dichas investigaciones. Puesto que lo primero que se nos viene a la mente al mencionar estas líneas de investigación son el papel del ISP profesional en la comunicación médico-paciente y los problemas lingüísticos que puedan surgir, decidimos enfocarnos en un aspecto extralingüístico que nos parecía interesante a la vez que intrigante: el tabú. Es evidente que la dimensión del tabú existe en todas y cada una de las culturas actuales. No obstante, antes de comenzar el presente trabajo, nos planteábamos la idea de si cada cultura gestiona de la misma forma la interdicción lingüística; sobre todo cuando

hablamos de individuos que se encuentran fuera de su zona de confort, que tienen que enfrentarse a una situación comunicativa en una posición de vulnerabilidad y que desconocen el idioma y la cultura del otro participante de la conversación. Esta incógnita, junto con el hecho de que los tabúes son temas muy recurrentes en el ámbito sanitario y que pueden provocar situaciones problemáticas incluso en la comunicación entre individuos de un mismo grupo etnolingüístico, nos llevó a la hipótesis central de este Trabajo de Fin de Máster: los tabúes, pese a ser realidades universales, provocan graves problemas en la comunicación intercultural médico-paciente en el ámbito sanitario.

Además de esta primera hipótesis, consideramos necesario elaborar una segunda. Debido al bajo grado de profesionalización que tiene la ISP en España, numerosos centros de salud y hospitales no contratan a intérpretes profesionales para consultas con población extranjera. En lugar de eso, optan por recurrir a intérpretes voluntarios que no suelen contar con formación especializada en interpretación o mediación intercultural; o cuentan con la ayuda de los acompañantes de los pacientes extranjeros o compañeros de profesión que tengan ciertas competencias en los idiomas en cuestión, pese a que en numerosas ocasiones el nivel de dichas competencias es muy deficiente para realizar una labor de interpretación en un contexto tan especializado y delicado como es el sanitario. No solo eso, sino que el hecho de no contar con profesionales conlleva una violación de los principios de los códigos éticos de la interpretación, tales como el principio de imparcialidad o de confidencialidad.

Por lo tanto, es necesario reforzar la idea de que el papel del ISP o mediador intercultural profesional es vital no solo para la gestión eficiente de la comunicación intercultural médico-paciente, sino también para solventar de forma rápida, ética y eficiente cualquier conflicto o malentendido que pueda darse a lo largo de la sesión de interpretación y asegurar una sanidad de calidad. Por ende, la segunda hipótesis que queríamos confirmar o refutar fue la siguiente: el papel del ISP o mediador intercultural profesional es vital para solventar de forma efectiva los malentendidos o situaciones problemáticas que surgen por motivo de un tema tabú en la comunicación médico-paciente.

Como todo trabajo de investigación, con el fin de confirmar o refutarlas dos hipótesis que habíamos establecido, decidimos fijarnos una serie de objetivos. Gracias al establecimiento de estos objetivos, pudimos organizar todos los datos que necesitábamos recabar para llevar a cabo nuestra investigación y nos facilitó en gran medida el análisis posterior de la información recopilada con el fin de sacar las conclusiones pertinentes. Tal y como expusimos en la introducción del presente trabajo, los objetivos de este Trabajo de Fin de Máster fueron los siguientes:

- Comprobar si la magnitud del tabú en la comunicación intercultural en ámbito sanitario es alta o baja según el personal sanitario y los ISP o mediadores.
- Comprobar cuáles son los tipos de tabú más frecuentes en la comunicación médico-paciente.
- Analizar los patrones de conducta de los pacientes o acompañantes al tratarse estos temas.
- Determinar la necesidad del ISP o mediador intercultural en aquellas situaciones en las que se han generado malentendidos o conflictos por motivo de temas tabú.
- Las soluciones aportadas por estos profesionales para solventar el problema de comunicación.

Con el fin de alcanzar estos objetivos, en primer lugar procedimos a realizar una extensa labor de documentación que resultó vital para entender la comunicación intercultural, el estado de la ISP en ámbito sanitario en España, los rasgos culturales de los grupos etnolingüísticos predominantes en España, el fenómeno del tabú y sus correspondientes mecanismos de gestión y, por último, las diferentes concepciones culturales de tabú de cada colectivo migrante predominante en España. Gracias a este marco teórico, pudimos exponer

todos los principios teóricos necesarios para comprender temas tan diversos pero a la vez tan relacionados entre sí como la comunicación intercultural, la labor del ISP a nivel internacional y nacional, los elementos culturales condicionantes de la comunicación intercultural en la comunicación médico-paciente, el tabú y sus “eufemismos” y los tabúes en las culturas migrantes predominantes en España. La elaboración de este marco teórico no hubiera sido posible sin la completa, extensa e interesante bibliografía que consultamos y a través de la que elaboramos dicho apartado de nuestro trabajo de investigación.

Una vez elaborada la teoría que conforma este trabajo, procedimos a elaborar las encuestas para personal sanitario e ISP o mediadores interculturales para su difusión; así como la entrevista destinada a una intérprete profesional. Estas fueron las herramientas que nos permitieron recabar todas las respuestas necesarias para alcanzar los objetivos planteados al comienzo de la investigación y poder confirmar o refutar nuestras hipótesis.

A continuación, realizaremos un análisis de cada uno de los objetivos fijados y sus correspondientes resultados y conclusiones.

5.1. Magnitud del tabú en la comunicación intercultural en ámbito sanitario

Consideramos que este es el objetivo primordial que debíamos alcanzar en este Trabajo de Fin de Máster con el fin de averiguar si podíamos confirmar o refutar nuestra hipótesis de que los temas tabú repercutían negativamente en la comunicación intercultural médico-paciente pese a ser realidades universales.

Para alcanzar dicho objetivo, contamos con los resultados de las encuestas destinadas a personal sanitario e ISP o mediadores. Nos pareció sumamente interesante plantear preguntas similares acerca del tabú en la sanidad a profesionales que trabajaban codo con codo con el fin de asegurar los derechos civiles de los pacientes extranjeros, pero que podrían tener concepciones totalmente diferentes de los factores extralingüísticos que condicionan la comunicación intercultural debido a la diferente formación académica y experiencia con la que cuentan. De esa forma, obtuvimos los resultados pertinentes en ambas encuestas y, tras analizar los datos recabados por separado, contrastamos la información aportada por el personal sanitario con aquella aportada por los ISP o mediadores interculturales, para comprobar en qué puntos coincidían y en cuáles discrepaban. También nos servimos de las respuestas obtenidas en la entrevista a la ISP profesional para ahondar más en las repercusiones negativas del tabú en consulta.

Gracias a los resultados de las encuestas, pudimos comprobar que tanto el personal sanitario como los ISP o mediadores consideran que los problemas tabú son un elemento extralingüístico que conviene tener en cuenta en la comunicación intercultural. En las encuestas destinadas a personal sanitario obtuvimos un voto más unánime en el valor 4. Si comparamos este resultado con el obtenido en la categoría “Idioma”, podemos observar que la mayoría de los profesionales sanitarios consideran el idioma el factor más condicionante de la comunicación intercultural, lo que resulta lógico, puesto que para ellos la barrera lingüística sigue siendo el principal factor que causa problemas de comunicación. No obstante, gracias a estos resultados podemos concluir en que los temas tabú y los eufemismos también son un problema recurrente a los que estos profesionales se han enfrentado en numerosas ocasiones. Esta conclusión fue reafirmada por las declaraciones de la ISP entrevistada, puesto que nos permitió conocer situaciones en las que los tabú generaban situaciones tensas o violentas que entorpecían la comunicación en consulta.

Por otra parte, según los resultados obtenidos en la encuesta de ISP, podemos observar que el tabú y el eufemismo según estos profesionales también tienen importancia en la comunicación intercultural médico-paciente. Pese a que en esta última encuesta hemos obtenido resultados más heterogéneos, se puede observar que la mayoría de los ISP o

mediadores encuestados considera que el tabú repercute negativamente en los procesos comunicativos que gestionan.

Por lo tanto, a través de todos estos resultados y su comparación, hemos alcanzado el objetivo de comprobar si el tabú repercute negativamente en la comunicación. Gracias a ello, podemos afirmar que los temas tabú y sus correspondientes mecanismos de gestión tienen una magnitud alta en la comunicación intercultural médico-paciente, de acuerdo con los proveedores de servicios y los ISP o mediadores interculturales de este ámbito.

5.2. Tipos de tabú más frecuentes en la comunicación médico-paciente

Este objetivo fue planteado con la finalidad de lograr más información acerca de qué tipos de tabú afectan a la comunicación médico-paciente. En todas las sociedades podemos encontrar numerosos temas tabú relacionados con lo sagrado y lo impuro. No obstante, el hecho de que exista un gran número de ellos y que cada uno haga referencia a diferentes ámbitos de la vida y de nuestra realidad como seres humanos implica que no todos los tabúes existentes se tratan en ámbito sanitario. Por lo tanto, considerábamos necesario profundizar en la cuestión de los tabúes que surgen en ámbito sanitario para así no limitarnos a establecer si la magnitud del tabú en la comunicación médico-paciente es o no relevante; sino aportar también las temáticas tabú más recurrentes en este contexto. Consideramos que no se puede analizar el tema tabú en ámbito sanitario sin aportar una clasificación de los tabúes más destacados cuando se atiende a población extranjera.

Para lograr este objetivo, nos servimos de las encuestas planteadas al personal sanitario y a los ISP o mediadores interculturales profesionales. Gracias a los resultados que obtuvimos en cada encuesta y a la comparación que realizamos entre ambos resultados, pudimos comprobar las distintas experiencias del personal sanitario e ISP o mediadores y establecer un porcentaje para cada tipo de tabú.

De acuerdo con los resultados recabados en la encuesta para personal sanitario, los tabúes más frecuentes en la comunicación con población extranjera son de origen religioso y acerca de la concepción de la salud y la enfermedad, lo que coincide con que la población migrante con la que trabajan los encuestados con mayor frecuencia sea procedente del Magreb y de África subsahariana.

Por otro lado, en la encuesta destinada a ISP o mediadores obtuvimos resultados diferentes: según los encuestados, los tabúes más recurrentes eran aquellos relacionados con la sexualidad y, con un porcentaje de votos significativamente más bajo, los tabúes religiosos.

Es por ello que conseguimos cumplir este objetivo gracias a las encuestas y al contraste de información entre estas. Como conclusión, establecemos que los tabúes religiosos, los relacionados con la concepción de salud y enfermedad y con la sexualidad son aquellos que surgen con mayor frecuencia en la comunicación intercultural médico-paciente.

5.3. Patrones de conducta de los pacientes o acompañantes al tratarse temas tabú

El presente objetivo implicaba consultar a los encuestados y a la entrevistada acerca de la actitud que adoptaban los pacientes o sus respectivos acompañantes cuando surgía un tema tabú en la conversación. Este objetivo resultaba vital para averiguar si la repercusión que tenía el tabú en la comunicación médico-paciente siempre resultaba negativa o, en cambio, pasaba desapercibida y no alteraba en modo alguno el proceso comunicativo. Este objetivo podría situarse en un punto intermedio entre la primera y la segunda hipótesis establecida, puesto que sigue centrándose en el análisis del fenómeno del tabú y en las consecuencias de este en la comunicación intercultural; así como en el papel del ISP o mediador intercultural en la resolución de conflictos en la comunicación médico-paciente.

Mediante el material disponible para la elaboración de la parte práctica de este Trabajo de Fin de Máster, pudimos observar que todas las actitudes y reacciones que describían los

encuestados y la entrevistada eran negativas. Algunos de los encuestados incluso describían situaciones en las que el paciente adoptaba actitudes agresivas o de desobediencia, lo que dificulta e incluso puede imposibilitar la comunicación intercultural en consulta. Además, un porcentaje significativo de encuestados afirmó que el tema tabú había influido negativamente en la actitud del paciente y que había dificultado la comunicación en gran medida. Sin ir más lejos, la ISP profesional entrevistada nos describía situaciones en las que la comunicación era inviable sin la ayuda de un ISP que interviniera y gestionara el proceso.

Por lo tanto, podemos concluir afirmando que hemos conseguido cumplir este objetivo y que hemos averiguado que la repercusión de los temas tabú en la comunicación médico-paciente, en la mayoría de los casos, es negativa y puede llegar a generar graves problemas de comunicación al provocar actitudes negativas en el paciente o acompañante migrante.

5.4. Necesidad del ISP o mediador intercultural para gestionar problemas de comunicación por temas tabú

A través de este objetivo, teníamos la intención de averiguar si el papel del ISP o mediador intercultural era vital para la resolución de este tipo de problemas de comunicación en el ámbito sanitario y, por ende, llegar a confirmar o refutar la segunda hipótesis de este Trabajo de Fin de Máster: Los ISP o mediadores interculturales son esenciales para gestionar y solventar los problemas que pueden surgir en el proceso comunicativo debido a los temas tabú.

Para cumplir este objetivo, nos centramos en la información que los encuestados y la entrevistada nos aportaron acerca de la función que habían ejercido los ISP o mediadores en estas situaciones. Casi todos los encuestados afirmaban estar satisfechos con la labor de los ISP o mediadores, en el caso de las encuestas para personal sanitario, o con su propia labor como profesional lingüístico-cultural, en el caso de las encuestas para ISP o mediadores. Además, la entrevistada nos explicó que se encontraba satisfecha con su labor como intérprete y que consideraba que su profesión es vital para la comunicación intercultural en ámbito sanitario.

Una vez analizada toda esta información, llegamos a la conclusión de que hay cada vez más concienciación acerca de la importancia de la ISP en sanidad tanto por parte del personal sanitario como por parte de los ISP y mediadores interculturales. Por lo tanto, consideramos que hemos cumplido este objetivo recabando toda esta información aportada por los encuestados y la entrevistada y mediante su posterior análisis.

La conclusión que podemos sacar de este objetivo es que definitivamente el papel del ISP o mediador intercultural es vital para la resolución de problemas de comunicación tales como el tabú. Esta conclusión no solo se encuentra respaldada a través de fundamentos teóricos y de la opinión de intérpretes profesionales, sino también a través del testimonio del personal sanitario encuestado. Además, estimamos oportuno también afirmar que el ISP o mediador desempeña un papel esencial en la gestión de la comunicación médico-paciente en general, independientemente de si surgen o no conflictos.

5.5. Soluciones aportadas por ISP o mediadores interculturales para solventar un problema de comunicación originado por un tema tabú

Este último objetivo fue fijado para centrar una parte del trabajo de investigación en recopilar una serie de recursos o soluciones adoptados por los profesionales lingüístico-culturales para solventar un problema de comunicación provocado por un tema tabú. De esta forma, podíamos aportar razones de peso y casos reales en los que el ISP o mediador había sido una pieza clave para la resolución de este tipo de conflictos. Gracias a los testimonios de los encuestados y, en especial, de la detallada información que nos proporcionó la

entrevistada acerca de su labor de interpretación, conseguimos recopilar una serie de soluciones aplicadas para solventar problemas de comunicación provocados por un tema tabú.

Gracias a toda la información recabada, concluimos en que hemos conseguido cumplir este objetivo y que en la mayoría de los casos los ISP o mediadores tienden a asumir una actitud intervencionista que encajaría más en el modelo de abogacía que en el de imparcialidad o, en su defecto, en un modelo de mediación intercultural. Además, intentan seguir el protocolo de intervención en todo momento, siempre y cuando las circunstancias lo permitan. Sacamos como conclusión de este objetivo que la teoría puede llegar a ser utópica y que en una situación real los ISP recurren a soluciones rápidas y eficaces que consiguen solventar el problema de comunicación.

Tras analizar cada objetivo cumplido en el presente Trabajo de Fin de Máster y los resultados más destacados, consideramos que hemos reunido los datos pertinentes y hemos llevado a cabo un análisis lo suficientemente exhaustivo como para considerar la confirmación o la refutación de las dos hipótesis formuladas al principio de este trabajo de investigación.

Por lo tanto, basándonos en los resultados de los tres primeros objetivos propuestos, consideramos que el tabú tiene una repercusión elevada en la comunicación intercultural médico-paciente en la sanidad pública española y que dicha repercusión en la mayoría de los casos es negativa hasta el punto de dificultar, obstaculizar e incluso imposibilitar la comunicación con pacientes migrantes.

En cuanto a la segunda hipótesis, consideramos que a través del tercer objetivo (cuyo fin era recabar información para confirmar o refutar ambas hipótesis), así como a través de los dos últimos, hemos recabado la información necesaria y pertinente para confirmar que el ISP o mediador intercultural es una figura esencial para solucionar este tipo de conflictos, malentendidos o problemas de comunicación mediante la aplicación de técnicas tales como la intervención en el proceso de comunicación con el fin de explicitar, eufemizar e incluso explicar el problema de comunicación a ambas partes, pese a que esto implique falta de imparcialidad en ciertas circunstancias.

Tal y como hemos expresado al comienzo de este apartado, consideramos que la investigación en este ámbito de la interpretación es vital para el desarrollo y la profesionalización de la ISP a nivel nacional.

A nivel académico, considero que este trabajo de investigación me ha ayudado a lograr una mejor comprensión del estado de la ISP y de la necesidad urgente de la profesionalización de los ISP en España. También me ha otorgado la oportunidad de dar un salto de la teoría a la práctica y entrar en contacto con las experiencias laborales reales no solo de ISP o mediadores, sino de aquellos profesionales del ámbito sanitario que trabajan con ellos a favor de la integración y de los derechos de los migrantes. No obstante, la parte más interesante del presente Trabajo de Fin de Máster ha sido la oportunidad de entrevistar a una intérprete con tantos años de experiencia y conocer de primera mano qué recursos y medidas empleaba para gestionar la comunicación en casos reales. Considero que cuento con una formación académica extensa en ISP, pero resulta muy importante también entrar en contacto con profesionales del ámbito que puedan aportar relatos, experiencias, lecciones que no se encuentran en los libros y que solo te las enseña la propia vida. Desde una perspectiva más general, considero que este Trabajo de Fin de Máster me ha aportado competencias de documentación e investigación que no hubiera sido posible adquirir de otra manera y creo que he superado numerosas dificultades, lo que ha mejorado mi capacidad de resolución de problemas y también mi expresión escrita.

En cuanto a la utilidad del presente trabajo de investigación, considero que es una herramienta muy útil para comprender un fenómeno lingüístico-social tan presente en todas las sociedades como es el tabú en la comunicación intercultural y también para confirmar que,

como elemento extralingüístico de la comunicación, influye negativamente en la comunicación médico-paciente. Por último, este Trabajo de Fin de Máster demuestra una vez más la necesidad de ISP o mediadores en el ámbito sanitario en España y aporta motivos de peso para darnos cuenta de que la profesionalización de este campo de la interpretación es vital para el desarrollo de la sanidad y la multiculturalidad a nivel nacional.

Por último, en cuanto a posibles futuras líneas de investigación, sería muy interesante que futuros trabajos se centraran en grupos etnolingüísticos concretos y sus respectivas interacciones y patrones de conducta en la comunicación médico-paciente. También proponemos investigaciones en las que se realicen comparativas entre de la resolución de este tipo de conflictos por parte de ISP o mediadores voluntarios e ISP o mediadores profesionales. De esta forma, se podría profundizar mucho más en la dimensión del tabú y el eufemismo en la ISP en la sanidad española e incluso establecer protocolos de actuación para futuros profesionales.

6. Índice de figuras

Ilustración 1 Contextualización y diferenciación entre mediación intercultural y traducción e interpretación en los servicios públicos (García-Beayert y Serrano, 2009:55).....	23
Ilustración 2 Mecanismo del eufemismo (Seiciuc, 2010:27).....	35
Ilustración 3 Pérdida de la función eufemística del eufemismo (Seiciuc, 2010:28).....	35
Ilustración 4 Atención médica a extranjeros (elaboración propia)	51
Ilustración 5 ¿Los pacientes extranjeros vienen acompañados por familiares o amigos? (elaboración propia)	51
Ilustración 6 Grado de repercusión de problemas lingüísticos y extralingüísticos en la comunicación médico-paciente de acuerdo con el personal sanitario (elaboración propia)	52
Ilustración 7 Repercusión de los temas tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con el personal sanitario (elaboración propia)	53
Ilustración 8 Origen del tema tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con el personal sanitario (elaboración propia)	54
Ilustración 9 ¿Ha contado con la labor de un ISP o mediador? (elaboración propia).....	56
Ilustración 10 Satisfacción con la labor del intérprete o mediador intercultural (elaboración propia)	57
Ilustración 11 ¿Considera necesaria la labor del intérprete o mediador en la sanidad pública española? (elaboración propia).....	58
Ilustración 12 Lenguas de trabajo de ISP y mediadores interculturales encuestados (elaboración propia)	59
Ilustración 13 Formación académica de los ISP y mediadores interculturales encuestados (elaboración propia)	60
Ilustración 14 Nacionalidades con las que los ISP y mediadores interculturales encuestados trabajan con más frecuencia (elaboración propia).....	61
Ilustración 15 Grado de repercusión de problemas lingüísticos y extralingüísticos en la comunicación médico-paciente de acuerdo con los ISP y mediadores interculturales (elaboración propia)	62
Ilustración 16 Repercusión de los temas tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con los ISP y mediadores interculturales (elaboración propia).....	63
Ilustración 17 Origen del tema tabú en la comunicación médico-paciente de acuerdo con los ISP y mediadores interculturales (elaboración propia)	64
Ilustración 18 Detección del problema de comunicación originado por un tema tabú (elaboración propia)	65
Ilustración 19 ¿La solución solventó el problema de comunicación o mejoró la comunicación médico-paciente? (elaboración propia)	67
Ilustración 20 ¿Volvería a optar por esta solución en futuras sesiones de interpretación? (elaboración propia)	67
Ilustración 21 ¿Considera que los conflictos originados por temas tabú en la comunicación y otros problemas de comunicación podrían solventarse sin la labor profesional de un ISP o un mediador? (elaboración propia)	68

Tabla 1 Población extranjera por nacionalidad (2018). Adaptado de Instituto Nacional de Estadística.....	12
Tabla 2 Retóricas del proceso de comunicación (Grupo CRIT, 2003:20).....	16
Tabla 3 Diferencias entre bilingüismo y formación en interpretación y traducción (Adaptado de Valero-Garcés, 2014)	26
Tabla 4 Recomendaciones para la comunicación a través de un intérprete (ad hoc) (García-Beyaert y Serrano, 2009).....	28

7. Bibliografía

- Angelelli, C. (2008) The role of the interpreter in the healthcare setting. Valero-Garcés, C., Martin, A. (Eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting: definitions and dilemmas* (pp 147-163). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Antonin, M. (2010) *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Barrera, R. El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. *Revista de Clases historia: Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales*. Número 343. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5173324.pdf>
- Bischoff, A., Loutant, L. y García-Beyaert, S. (2009). *Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud*. UniversalDoctor Project
- Briones, G. (2002) *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Colombia, Bogotá: Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES. Recuperado de:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf&ved=2ahUKEwjrp5bN5b7iAhXSTxUIHZ-UBKIQFjAAegQIAhAB&usq=A0vVaw1rAQeRtKK1Sws3scTudQXs>
- Burdeus, D., Arumí, N. (2015) *La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal* (tesis). Universitat Autònoma de Barcelona, Cataluña, España. Recuperado de:
<https://www.tdx.cat/handle/10803/310427>
- Burke, K. (1966) *Language as Symbolic Action*. Berkeley: University California Press.
- Campos, J. (2004) *Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I
- Casas, M. (1986) *La interdicción lingüística: mecanismos del eufemismo y disfemismo*. Cádiz: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Castiglioni, M. (1997) *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*. Milán: FrancoAngeli.
- Chamizo, P. (2008) Tabú y lenguaje: las palabras vitandas y la censura lingüística. Universidad de Málaga. Disponible en:
<http://institucional.us.es/revistas/themata/40/Chamizo.pdf>
- Chamizo, P. J. (2004) La función social y cognitiva del eufemismo y del disfemismo. *Panace@: Revista de Medicina*. Volumen 5, número 15. Recuperado de:
http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tribuna-ChamizoDominguez.pdf

- Chamizo, P. J., Sánchez, F. (2000) *Lo que nunca se aprendió en clase. Eufemismos y disfemismos en el lenguaje erótico inglés*. Granada: Comares.
- Cohen-Emerique, M. (2003) La negociación intercultural y la integración de los inmigrantes, *Políticas sociales en Europa. Mediación Social*, 13-14: 27-36.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado, CEAR. (2016). Movimientos migratorios en España y Europa. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/02/Informe-rutas-migratorias.pdf&ved=2ahUKEwj25q_VmrziAhW2URUIHZJBCi4QFjABegQIBhAB&u sg=AOvVaw0MzAFJ7G41zdUZ2U9i3JJj
- Corsellis, A. (2008) *Public Service Interpreting: The first steps*. UK: Palgrave Macmillan
- Crespo, E. (2007) *El eufemismo y el disfemismo. Procesos de manipulación del tabú en el lenguaje literario inglés*. Alicante: Servicio de publicaciones de la Universidad de Alicante
- De Muynck, A. (2004) Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? *Quadern CAPS* Número 32. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1090006>
- García-Beyaert, S., Serrano Pons, J. (2009) Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. Morera J., Alonso, A., Huerga, H., (Eds.) *Manual de atención al inmigrante*. Madrid: Ergón. Recuperado de: <http://www.saludycultura.uji.es/archivos/ATT00007.pdf>
- García-Beyaert, S., Serrano Pons, J. (2009). *Contextualización y diferenciación entre mediación intercultural y traducción e interpretación en los servicios públicos* [Figura] Recuperado de García-Beyaert, S., Serrano Pons, J. (2009) Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. Morera J., Alonso, A., Huerga, H., (Eds.) *Manual de atención al inmigrante*. Madrid: Ergón
- García-Beyaert, S., Serrano Pons, J. (2009). *Recomendaciones para la comunicación a través de un intérprete (ad hoc)* [Tabla] Recuperado de García-Beyaert, S., Serrano Pons, J. (2009) Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. Morera J., Alonso, A., Huerga, H., (Eds.) *Manual de atención al inmigrante*. Madrid: Ergón
- Gentil, I. (2012) Cosmovisión de emigrantes subsaharianos y cuidados de enfermería. *Index de Enfermería*. Volumen 21, número 3. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200003
- Giménez, C. (1997) La naturaleza de la mediación cultural. *Revista del Instituto Universitario de Migraciones*. Recuperado de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4888>
- Giménez, C. (coord.) (2002) *El corazón de Madrid. El servicio de mediación intercultural SEMSI. 1997-2002*, Madrid, Ayuntamiento de Madrid.

- Grupo CRIT (2003) *Claves para la comunicación intercultural*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I
- Grupo CRIT (2003) Ilustración sin título [Figura] En *Claves para la comunicación intercultural*. Castellón de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I
- Grupo CRIT (2009-2019) Salud y Cultura. Recuperado de: <http://www.saludycultura.uji.es/>
- Hale, S., Napier J. (2013) *Research Methods in Interpreting. A Practical Resource*. Alcalá de Henares: FITISPos-UAH Research Group.
- Instituto Nacional de Estadística (2019) Recuperado de: http://www.ine.es/dyns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- Lahib, A. (2007). La mediación intercultural. En Fundación Secretariado Gitano (Ed.) *Retos en los contextos multiculturales: Competencias interculturales y resolución de conflictos* (pp. 56-79) Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Leeds-Hurwitz, W. (2014) Comunicación intercultural. *Key Concepts in Intercultural Dialogue*. Número 5. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://centerforinterculturaldialogue.files.wordpress.com/2017/09/cv_leeds-hurwitz_sept2017.pdf&ved=2ahUKEwimsdOyoLziAhUQkRQKHd5gAxEQFjAPegQIBxAB&usq=AOvVawIODzdkkqyau-iIIHiDIjMG&cshid=1558978774186
- Martin, A. (2000) La interpretación social en España, en Dorothy Kelly (Ed.) *La traducción y la interpretación en España hoy: Perspectivas profesionales*, (pp.207-223) Granada: Comares.
- Mayo, P. (2017) Estudio sobre expresiones metafóricas tabú de uso frecuente para su aplicación a la enseñanza de Español como Lengua Extranjera. *E-eleando: Ele en Red. Serie de monografías y materiales para la enseñanza de ELE*. Número 5. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6628934>
- Mikkelson, H. (1996) Community interpreting: An emerging profession. *Interpreting* 1:1, (pp.125-129).
- Monografias.com S.A. (2019) Monografias.com, El Centro de Tesis, Documentos, Publicaciones y Recursos Educativos más amplio de la Red. Recuperado de: <https://monografias.com/>
- Navaza, B. (2014) Interpretación sanitaria y mediación intercultural. Gutiérrez, B. M., Navarro, F. (Eds.) *La importancia del lenguaje en el entorno biosanitario* (pp. 9-16). Salamanca: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado de: <https://www.esteve.org/capitulos/documento-completo-61/>
- Navaza, B., Estévez, L., Serrano, J. (2009). “Saque la lengua, por favor” Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y*

Traducción. Volumen 10, número 30. Recuperado de:
<http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaActual.htm>

- Organización Internacional para las Migraciones (2019). Recuperado de:
<https://www.iom.int/es>
- Pena C., Echauri, B., Olivares, M. (2014) Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario: habilidades y conocimientos. *Tonos digital: Revista de estudios filológicos*. Número 26. Recuperado de:
<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/39129/1/Las%20funciones%20del%20mediador.pdf>
- Pöchhacker, F. (2008) Interpreting as mediation. Valero-Garcés, C., Martin, A. (Eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting: definitions and dilemmas* (pp 9-26). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Pozzo, M. I., Soloviev, K. (2011) Culturas y lenguas: la impronta cultural en la interpretación lingüística. *Tiempo de educar*. Número 24. Recuperado de:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.redalyc.org/pdf/311/31121089002.pdf&ved=2ahUKEwid5N-zn7ziAhV2ThUIHV5jBPAQFjAAegQIAhAB&usg=AOvVaw0BchEFmbaMHzLCUTDX0LUp>
- Raga, F. (2003) *Mediaciones interculturales*. Valencia: Universidad de Valencia. Recuperado de:
http://segundaslenguaseinmigracion.com/ense_anzal2/MediacionintercultralRAGA.pdf
- Real Academia Española (2016) Diccionario del español jurídico. Madrid, recuperado de:
<https://dej.rae.es/>
- Rulicki, S., Cherny, M. (2012) *Comunicación no verbal: Cómo la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. México: Granica S.A.
- Sales, D. (2005) El panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation journal*. Recuperado de
<https://translationjournal.net/journal/31mediacion.htm>
- Seiciuc, L. (2010) *Tabú lingüístico y eufemismo* (tesis). Stefan del Mare University, Suceava, Rumanía.
- Seiciuc, L. (2010) [Ilustración acerca del mecanismo del eufemismo] Recuperado de Seiciuc, L. (2010) *Tabú lingüístico y eufemismo* (tesis). Stefan del Mare University, Suceava, Rumanía.
- Seiciuc, L. (2010) [Ilustración acerca de la pérdida de la función eufemística del eufemismo] Recuperado de Seiciuc, L. (2010) *Tabú lingüístico y eufemismo* (tesis). Stefan del Mare University, Suceava, Rumanía.
- Soler, M. A., (2014) El tabú lingüístico. *Algarabía*. Recuperado de:
<https://algarabia.com/curiosidades/el-tabu-linguistico/>

- Valero-Garcés, C. (2003) *Traducción e interpretación en los Servicios Públicos, contexto, actualidad y futuro*. Granada: Comares.
- Valero-Garcés, C. (2014) *Health, Communication and Multicultural Communities: Topics on Intercultural Communication for Healthcare Professionals*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Verrept, H. (2008) Intercultural mediation: an answer to health care disparities? Valero-Garcés, C., Martin, A. (Eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting: definitions and dilemmas* (pp 188-201). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

8. Traducción

1. Introduction

According to CEAR (2016), migrations are movements which have been always present in every society, either in past, present and future societies. Nonetheless, these migratory movements have progressively increased and currently they are extremely important and have a major impact at international level. Throughout history, these phenomena have been caused by a series of facts. Regarding Europe, this continent has always been a receptor and issuer of migratory population.

Until the 18th century, the main reasons of the migratory movements in Europe were due to conquest processes. In this historical period, the migratory movements from Spain and Portugal to South America were very remarkable throughout the 16th and the 17th century because of the settlement of the continent, together with the increase of the transoceanic migratory flows in the 18th century due to the development of transport and the colonisation of America, Africa and Oceania (CEAR, 2016).

The 20th century migratory movements were mainly produced because of the international armed conflicts that desolated Europe. During World War I (1914-1918) and World War II (1939-1945) millions of European people were forced to migrate. In the humankind history, a massive and important migratory movement like this one had never took place before. That is why in 1950 a provisional organism was created to handle the forced migrations that took place as a result of World War II (CEAR, 2016).

After a brief review of the recent history of the great migratory movements at international level, it can be deduced that the origin of these increasing migratory movements does not only lie in the current globalisation and the international interconnection, but also in a series of social, working, political or economic facts, such as armed conflicts, famines, political instability or situations of discrimination due to race, sexual orientation or gender identity. These facts, among others, are the reason why thousands of people have to leave their home countries and emigrate to a country with a completely different language and culture from the one they are familiar with. According to the International Organization for Migration (IOM), there are currently 232 millions of migrants at international level. 65.3 million of migrant people out of this figure have been forced to leave their home country due to persecution, violence, armed conflicts and Human Rights violations reasons. By observing these high percentage of migration and the several reasons why migrant people are forced to leave their native country, it can be deduced that 20th and 21st centuries migratory movements are an important phenomenon that affects every country and these societies need to evolve and adapt themselves to new needs that arise as a result of this new situation (CEAR, 2016).

In a globalised world with high numbers of migrant people like ours, there are increasingly more and more countries where people of diverse ethno-cultural origin who speak different languages coexist. This is the result of the migratory movements that have been previously explained, as well as the preservation of the cultural features of those people who make the choice to emigrate and live in a society with a different language and culture. That is why these societies have been evolving and, in many cases, they have become more and more heterogeneous to the point of being called “multicultural countries”. According to *Diccionario del español jurídico de la Real Academia Española*, the multiculturalism phenomenon is the acknowledgement of the relative value that each cultural complex of different societies or a society has, based on respect and tolerance of pluralism and the dismissal of hostilities and exclusivisms of those who profess different beliefs and values.

Some examples of this type of societies would be Mexico, Canada or Brazil. These societies have a high percentage of migrant population that coexists preserving their ethno-linguistic features in many cases.

In the case of Spain (CEAR, 2016), a progressive increase of the percentage of migrant population can be observed from the 60s and the 70s. Due to the political instability generated by the Spanish Civil War (1936-1939) and other economic factors in the 50s, Spain started issuing migrant population throughout 1960 and 1970. As of the 70s and the 80s, the country started receiving population from countries like Chile, Uruguay and Argentina due to the political dictatorships that took place in these countries. From the 80s and throughout the 90s, the reconstruction of the labour market, the economic growth and the entrance of Spain in the European Economic Community (the EEC) were key factors for an increase of the migratory flow in the country. This flow decreased due to the economic crisis which began in 2008 (CEAR, 2016).

It is evident that Spain has increasingly become a receiver country of migrant population. However, this multicultural movement has recently become more important, this is the reason why many of the mechanisms of social integration are still in development at national level.

In this globalisation and multiculturalism context, it is vital to start up protocols, mechanisms and services so that the social integration of the migrant population is fast and efficient, especially in those contexts and situations in which the migrant person can be in a situation of vulnerability due to the fact they are not fluent in the host country's language, as well as their physical or psychological state, their personal problems, difficult or traumatic situations that they might have lived in the past or during their journey to the host country. In order to achieve the aforementioned social integration and reach an atmosphere of coexistence and mutual understanding, the interpretation, the translation and, specially, the intercultural mediation become essential disciplines in these societies. For this reason, in many cases translators and interpreters are invisible links in the communicative processes between people of different languages and cultures. Due to the communicative need to understand and to be understood that has been previously explained, throughout history several translation and interpretation disciplines for concrete and specialized contexts and realities in need of oral or written linguistic mediation have arisen: legal translation and interpretation, interpretation in police settings, healthcare translation and interpretation, administrative translation, conference interpretation,... Among all the translation and interpretation fields, there is an essential branch for the fulfillment of the basic rights of the migrant population, this is, translation and interpreting in public services. In countries like Spain, this field has arisen recently. Hereafter, interpretation will be the main subject. The PSI acronym will be used in order to make reference to this discipline. According to Mikkelson (1926:126), PSI is an activity that allows people who do not speak the official language(s) of the country where they are to communicate with the public service providers in order to ease an equal access to legal, health, official and social services.

However, interpreters are not the only ones in charge of making communication possible in public services settings: the intercultural mediation discipline exists as well. According to Sales (2005), this is a third-party-intervention modality, in and on social highly multicultural situations, whose aim is the recognition of the other party and the approach of the parties, the achievement of communication and mutual understanding, learning and development of coexistence, conflict regulation and institutional adequacy, among social or institutional ethno-culturally differentiated parties.

Currently, intercultural mediation, like PSI, is a non-professionally-recognised activity in Spain, as well as in other European countries. Therefore, the mediator's role is usually played by volunteers who have basic linguistic competence of the languages implied in the communication process, although in many cases the linguistic competences of these volunteers are far from suitable. According to Sales (2005), this activity has existed for no more than ten years in our country, which is quite paradoxical due to the increasing immigration figures at national level. According to the Spanish National Statistics Institute,

4,663,726 foreign residents were registered in Spain in 2018. This is a breakdown of the more important immigrant population numbers in Spain:

Nationality	Total of immigrant population
Europe	2.061.035
Romania	676.005
United Kingdom	242.837
Italy	206.524
Bulgaria	124.404
Germany	111.495
Africa	1.066.029
Morocco	770.523
Senegal	66.203
Algeria	60.942
Nigeria	39.439
Mali	23.743
America	1.162.350
Central America and the Caribbean	251.039
Honduras	75.357
Dominican Republic	71.826
Cuba	49.257
North America	63.147
The United States of America	34.705
Mexico	24.225
South America	848.164
Colombia	165.918
Ecuador	135.275

Bolivia	99.441
Brazil	81.712
Asia	440.272
China	215.970
Pakistan	82.874
India	43.577
The Philippines	33.978
Bangladesh	16.003
Oceania	3.305
Australia	2.419
New Zealand	714

Figure 5. Población extranjera por nacionalidad (2018). Adapted from National Statistics Institute

Each one of these migrant people is a human being with their cultural features and particular customs which are extremely different from the linguistic or cultural features of the host society. In this case, this host society is the Spanish society.

Like any other citizen and human being, migrant people have a series of rights and duties. One of these rights is the right to an equal access to public services, which also implies the right to understand and be understood in these contexts (Sales, 2005). When referring to “understand and be understood”, the first thing that comes to mind is verbal communication: verbal language is a discontinuous element and the difference between languages is explicit, this means that there is no mean term between one language and another and everyone clearly spots this difference (Raga, 2003). However, sometimes cultural features and differences are set aside and they do not have the attention they deserve. This can generate major communication problems and cultural clashes that hinder and even prevent communication between service providers and migrants, also in cases in which the migrant is a Spanish speaker. The role of the intercultural mediator is, as their denomination implies, to mediate in the conversation in order to avoid any problem that may arise in the communication process due to the language barrier, as well as any misunderstanding or cultural misunderstanding that may arise.

In this intercultural context, it is essential not only for the professional to master their working languages, but also to have the necessary skills to understand the cultures of the people with whom they work, identify possible problems of cultural understanding, avoid or be able to solve conflicts that may arise and help the parties involved in the communication process to reach a consensus. There are cases in which one of the parties is not able to perceive a communication problem or a potentially uncomfortable topic for the opposite party of the conversation. There may even be situations in which these communication problems are perceived, but the speaker is unable to solve it or is not willing to give in or change their position to reach an understanding so that the communication flow runs its course. In this type of situation, the performance of an interpreter or intercultural mediator is vital to ensure that the conversation goes on properly. Therefore, this activity is not limited to the oral

transposition of a message to another language, but goes much further covering aspects of nonverbal communication and cultural features of communicative interaction (Sales, 2005).

The culture of a society is made up of a large number of elements, from material elements such as clothing, diet and religion to intangible elements that may be more difficult to detect and identify as possible communication problems (Raga, 2003). In this last category, taboo can be found. Taboo is a social, psychological, cultural and linguistic phenomenon which is present in all existing cultures (Mayo, 2017). Although it has been proved that there are four universal taboo dimensions, not all cultures have the same pattern of behaviour when it comes to taboo issues or using euphemistic expressions, nor the members of these cultures are willing to deal with this kind of topics openly. The presence of taboo is especially important in contexts such as healthcare setting, since issues such as disease, death or sex, which are part of the taboo compendium of most cultures of the world, are dealt every day. The rooting of these taboos becomes even more evident in asymmetric communicative interactions, and that is the case of most doctor-patient communicative interactions in a healthcare context. In this kind of situations, the migrant user is in a vulnerable position, not only because of the lack of language skills in the host country's language, but also because of the unequal relationship established between the patient and the healthcare staff in many cases.

The taboo dimension can greatly condition the communication between individuals belonging to the same ethno-linguistic group in healthcare setting. Therefore, the impact of the taboo can condition the communication even more negatively if we have unfavorable factors for the communicative process such as, for example, lack of mastery of the language of the host country, lack of understanding of the culture of that country, that the migrant patient is in an unstable state of health or shows a defensive or uncooperative attitude when they are in a vulnerable and unprotected position. This conditioning factor can jeopardize both doctor-patient communication and the right to quality health care, due to the fact that medical tests, obtaining relevant information for the diagnosis and the diagnosis itself can be severely impaired.

For this reason, the taboo dimension is part of the compendium of elements that an intercultural mediator or interpreter must take into account when doing their work. The mediator or interpreter must not only be able to identify communicative situations that can generate conflicts due to the presence of a taboo topic, but also to have resources to solve conflicts or uncomfortable situations that may arise as a result of this. That is why cultural competence is essential to pursue this profession.

Because the presence of the taboo is very recurrent in healthcare context and the work of the PSI or intercultural mediator in these situations should be considered vital, it is necessary to study the magnitude of the taboo in the doctor-patient communication and the ability of the linguistic professional to act when a communication problem arises.

This research, therefore, will be focused on the concept of the cross-cultural taboo and how it affects communication between the service provider and the migrant; as well as on the process of spotting this communication problem and the solution adopted by the intercultural mediator or interpreter. The research will be focused on the healthcare field because a variety of topics that are likely to be taboo are treated in this setting. In healthcare context it is essential that health workers and migrants communicate efficiently and avoid misunderstandings because, in many cases, the health and the rights of a person are at risk. That is why it is essential that the intercultural mediator or interpreter do its work correctly.

For this investigation, we will elaborate a theoretical framework in which the phenomenon of intercultural communication will be analysed. Then, the role of the intercultural mediator and the PSI will be the main focus. Later, the role of the interpreter and mediator in the healthcare context will be analysed. Subsequently, the state of affairs of this profession in the healthcare at national level will be analysed. Also, the most outstanding characteristics of the

predominant migrant communities in Spain will be exposed in order to analyse the many cultural problems that a PSI or intercultural mediator faces when doing their work. An exhaustive analysis of the concept of taboo at social and linguistic level will be exposed. The origin of this phenomenon will be analysed, as well as the mechanisms that have been developed to deal with these topics and how they are managed in different cultures. Finally, a reflection on how this social phenomenon affects intercultural communication in the Spanish healthcare context.

On the other hand, a practical part consisting of surveys aimed at health personnel and PSI or intercultural mediators in order to gather more exhaustive information about taboo and the repercussions on intercultural communication will be elaborated. Based on these surveys, a classification of the most frequent types of taboos in the healthcare field according to the health personnel and PSI or mediators in the migrant population with whom these professionals work most frequently will be shown. The main difficulties that both mediators and PSI and healthcare staff have faced when dealing with taboo, as well as the solutions that have been adopted and their effectiveness, will be analysed. Besides, an interview to an interpreter by telephone in order to obtain more detailed information from a PSI professional will be done. This will be a way to know her opinion as expert about the magnitude of the taboo, as well as to know first-hand experiences in which she had to interpret or mediate in situations conditioned by taboo topics and the solutions she adopted in order to solve this communication problem. After analysing the results of the surveys and the interview, a series of conclusions will be presented in order to synthesise and summarise the results obtained in this investigation project and reflect on the initial hypotheses and the established objectives.

Therefore, through this project we propose an investigation to find out the magnitude of taboos and the subsequent problems in intercultural communication in the Spanish healthcare field and the importance of the intercultural mediator or the interpreter in these situations. We propose a series of objectives for this research: to verify whether the magnitude of the taboo in intercultural communication in the healthcare field is high or low according to healthcare staff and the PSI or mediators; to check which are the most frequent types of taboo; to analyse the behavioral patterns of patients or their companions when dealing with these issues; to determine the need for the PSI or mediator in these situations; and to show solutions provided by these professionals to solve the communication problem. By achieving these objectives, we will confirm or refute the hypothesis that taboos, despite being universal, have a negative impact on doctor-patient communication and that the PSI or the intercultural mediator are vital to solve these problems and manage intercultural communication efficiently. Therefore, through this work we intend to analyse the phenomenon of taboo in intercultural communication in the healthcare field, as well as reinforce the idea that the presence of the professional PSI or intercultural mediator is essential to avoid or solve linguistic and cultural communication problems in the healthcare field, as well as manage the doctor-patient communication efficiently in order to ensure the civil rights of migrants and offer them quality health care. Finally, last but not least, these professionals are vital in order to achieve the integration of migrants at social and administrative level.

3. Methodology

This project aims to investigate and analyse a social and linguistic phenomenon present in societies with a large percentage of migrant population: the taboo in intercultural communication. The field in which this research is focused is the healthcare field, because it is a context in which the communication process between the patient and the healthcare staff must be efficient in order to guarantee the patient the right to a high quality health care and all kind of communication problems that may arise must be prevented.

In those societies in which the number of foreign residents increases year after year, the right to healthcare can be conditioned by linguistic and cultural barriers that arise in the communication process with this migrant population. For this reason, in countries with these characteristics, as is the case of Spain, it is necessary to investigate this intercultural communication not only at a linguistic level, but also at a cultural level. Spain is one of the many countries where the problem of the linguistic and cultural barrier has not been attempted to be overcome through the intervention of a professional intercultural interpreter or mediator, so it is also vital to carry out research to reaffirm the relevance of the professionalisation of these tasks in Spain in order to achieve efficient intercultural communication.

As we have observed in the theoretical framework, cultures are a compendium of elements that makes each one of them different and unique. However, there are realities that are part of all the past, present and future cultures, which means they are universal elements. As it was previously explained, one of the universal spheres that is present in all societies is the linguistic and cultural taboo. However, the fact that these interdictions are part of all cultures does not mean that they are managed in the same way or their roots are equivalent in all societies. These interdictions are very present in numerous social fields, in the communication in the healthcare setting, among others. If talking about a taboo topic can be an awkward situation, other two complex factors are added to the communication: the intercultural communication, which is always an added difficulty and the delicacy of the context where this communicative process is developed. Therefore, due to the discomfort that can generate dealing with these issues, there may be misunderstandings or conflicts that could jeopardize the efficiency of the healthcare service. That is why this project aims to assess the magnitude of taboos in the doctor-patient communication and the importance of the work of the professional interpreter or intercultural mediator in order to avoid or solve problems, conflicts or misunderstandings in the intercultural communication. It is essential to carry out research of this type in Spain to claim the professionalisation of the PSI or mediator in an area that constitutes an essential pillar of our society.

The choice of the topic at hand is due to the fact that throughout the face-to-face modules of healthcare translation and healthcare interpretation we have been specialised through texts and communicative interactions in which taboo topics abounded: sexuality, gender violence, serious diseases and death, among others. This was proof that these types of issues arise very frequently in the doctor-patient communicative interactions. For this reason and due to the little research on this phenomenon, it is considered necessary to choose this topic for this investigation project in order to find out the impact of this linguistic and social phenomenon on intercultural communication in the healthcare field and strengthen the idea that the professional work of the PSI or mediator is vital in the Spanish healthcare in order to be able to solve problems such as conflicts or misunderstandings caused by the arise of taboo topics in communication, as well as to manage communication efficiently.

According to Briones (2002:17), the knowledge generated by a particular investigation is linked to other existing knowledge, accumulated for a long time by other researchers, either in the form of an original contribution or as confirmation or refutation of findings which already exist. This research follows Briones criterion, so it has a theoretical and practical approach. This project consists of an introduction, a theoretical framework and a practical part with an analysis of the data collected and their corresponding conclusions.

Firstly, an introduction was elaborated in order to explain the aim, and the reasons for the present investigation project, the hypothesis that was going to be confirmed or refuted with this investigation and to put the project's topic into context. In this section, a general analysis of the migration in Europe from the 16th century will be explained and, later, the case of Spain throughout the 20th century will be the main topic of the section. For this purpose, "Movimientos migratorios en España y Europa", a report published by the Spanish

Commission for Refugees (CEAR) in 2016 has been used as reference. This report analyses the main migratory routes through which migrants cross the Spanish borders. This way, a context to understand the migration phenomenon both nationally and internationally is elaborated, as well as an explanation about how migratory movements have contributed to the transformation of societies into multicultural societies. Likewise, the case of multiculturalism in Spain is the main topic, specifically in the healthcare setting, and on the potentially negative impact of taboo on intercultural communication and the importance of the professional activity of PSI and intercultural mediators, professions that currently do not have a regulation in Spain despite the high figures of migrant population that the country has.

Then, a theoretical framework was elaborated, whose objectives were the following:

- Section 2.1 La comunicación intercultural: Analyse those extralinguistic or cultural elements that condition intercultural communication. Therefore, the objective of this section is to expose this series of elements that in most cases are not taken into account in the doctor-patient communication, which is part of the compendium of cultural elements of each ethno-linguistic group and are essential to understand the ins and outs of communication between individuals from different cultures.
- Section 2.2 La interpretación y la mediación intercultural en los servicios públicos: Expose the functions of the PSI and the professional intercultural mediator and establish the main differences and similarities that exist between these two professions. In addition, claim the need for professionalisation of PSI and mediators.
- Section 2.3 La interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario: la situación de España: Make a comparison of the situation of the PSI and mediator at international and national level in order to show the lack of professionalisation in Spain, especially in the Public Services and in the healthcare field, and claim the need for these professions to be regulated.
- Section 2.4 El intérprete o mediador y los problemas de comunicación de índole cultural: Expose the most significant characteristics of the most prominent migrant groups in Spain in order to have some basic notions about the extralinguistic features that the PSI or intercultural mediator has to face when doing their work. These features are essential to understand the differences that may occur in intercultural communication.
- Section 2.5 El tabú, el eufemismo, el disfemismo y el cacofemismo: Analyse the linguistic and cultural phenomenon of taboo and the mechanisms derived from it. As well as classifying the different types of universal taboos according to their origin and the functions of the euphemism.
- Section 2.6 El tabú en la comunicación intercultural: Expose the most significant taboos of the most prominent migrant groups in Spain through the classification of universal taboos established in section 2.5 and explain the origin or causes of such taboos.

Each of these sections was written following a series of bibliographical references that proved to be essential not only for the elaboration of this theoretical framework, but also as sources of knowledge and documentation about the topics that make up this investigation project. The most important sources are:

- *Mediación intercultural*. Author: Raga, F. Published in 2003. This work provides an analysis of the compendium of the material and immaterial elements that make up culture, as well as an analysis of intercultural mediation.
- *Comunicación no verbal*. Authors: Rulicki, S. and Cherny, M. Published in 2012. This work provides very detailed information about nonverbal communication and the differences between ethno-cultural groups when carrying out a communicative interaction. It establishes a whole dimension formed by systems through which the speaker expresses themselves nonverbally.

- *Public Service Interpreting: The First Steps*. Author: Corsellis, A. Published in 2008. Corsellis explains the roles of the interpreter and the mediator in Public Services. She analyses the key factors for the professionalisation of the PSI at international level. She focuses on the situation of these professionals in the United Kingdom.
- *Panorama de la mediación intercultural*. Author: Sales, D. Published in 2005. Sales shows a summary of the status of the PSI and mediation in different countries at international and European level and, finally, she focuses on the situation in Spain. In addition, she analyses the role of the mediator and the need for this professional in Spanish Public Services.
- “Interpretación sanitaria y mediación cultural”. Gutiérrez, B.M., Navarro, F. (Eds.) Published in *Tonos digital: Revista de estudios filológicos*, 2003. Navaza carries out an analysis of the interpretation in the healthcare field and the role of cultural mediation in these situations. In addition, she provides a summary of the new modalities of interpretation that are currently emerging, such as telephone interpretation, and a summary of the interpretation services in the healthcare field that currently exist in a series of healthcare centres and hospitals in Spain.
- *Crossing Borders in Community Interpreting*. Valero-Garcés, C. and Martin, A. (Eds.) Published in 2008. This work offers a reflection on the importance of the interpreter or intercultural mediator in the healthcare field from a global point of view.
- SaludyCultura.com. Grupo CRIT. 2009-2019. Salud y Cultura is a web page with a wide linguistic and cultural content about the predominant ethno-linguistic groups in Spain. It is an extremely useful resource as an action guide for healthcare workers when working with migrant patients and also for PSI and intercultural mediators. This web page not only shows the most relevant characteristics of each ethno-linguistic group, but also provides a series of multilingual materials and resources to improve the health care of the individuals of these groups.
- *Tabú lingüístico y eufemístico*. Author: Seiciuc, L. Published in 2010. This work is a doctoral thesis of Stefan del Mare University in which the phenomenon of taboo is analysed from a linguistic and socio-cultural approach. In addition, the author presents a deep analysis of the mechanisms derived from taboo: euphemism, dysphemism and cacofemism. Finally, she shows a study of the different euphemisms and dysphemisms existing in different cultures exposing euphemistic expressions and terms that are used to make reference to universal taboos in different languages.
- “La función social y cognitiva del eufemismo y disfemismo”. Author: Chamizo, P.J. Published in *Revista de Medicina*, 2000. Chamizo exposes a series of key essential data to understand the phenomena derived from taboo: euphemism and dysphemism.

Then, the practical part of this investigation was developed. This section could be defined as a descriptive and synchronous or transversal investigation (Briones, 2002), because it is intended to analyse a social phenomenon within a collective in the present, that is, in a specific period of time. The elaboration of the practical part was carried out based on the results obtained through social surveys and interviews with professional interpreters.

3.1. Surveys

The surveys prepared to gather relevant information about the phenomenon of taboo and the importance of the PSI or mediator in these contexts could be classified as social surveys. According to Briones (2002: 51), the social survey, one of the most used types of quantitative social research, is a method of obtaining information through oral or written questions, laid out to a universe or sample of people who have the characteristics required by the research topic.

Within the category of social surveys, the surveys of this investigation are descriptive and their main objectives are 1) Describe the distribution of one or more variables in the group or the sample which is object of study; 2) perform the same operation in significant subgroups of this group or in the sample; 3) calculate measures of central tendency and dispersion of these variables in the total group or in the sample used and in the subgroups (Briones, 2002: 52).

Two types of surveys have been delivered: one aimed to the healthcare staff and the other to PSI or mediators who work in the Spanish healthcare system.

Regarding the questions of the survey, these surveys have been prepared through the combination of open questions and closed questions (Hale and Napier, 2014). The open questions are those in which the respondent is given space to write so that they can explain themselves, while the closed questions offer a series of inclusive or exclusive options among the respondent must choose the one they consider more appropriate.

Firstly, the surveys aimed to healthcare staff had nineteen questions:

- Questions 1-6: These questions were intended to collect demographic and factual information from the respondents such as age, training or language proficiency.
- Questions 7 and 8: The purpose of these questions was to know the most common profiles of migrant patients in the Spanish healthcare settings.
- Question 9: This question was formulated in order to know the magnitude and recurrence of communication problems between the patient and the healthcare staff.
- Questions 10-12: This series of questions and the following ones are the most important in this survey, because they focus on the main topic of this research and because they provide essential information to study the taboo and the role of the PSI or mediator. In these questions, respondents were asked for information about taboos that could have arisen in communicative acts in the healthcare centre where they work at and about the patient's reaction to this situation.
- Questions 13-15: This last series of questions was also essential, because it focuses on the role of the PSI or intercultural mediator in the healthcare setting. Through these questions, healthcare personnel were asked about the contact they might have with PSI or mediators and, in case they had counted on these professionals, if they consider it to be a good or bad experience.

The surveys aimed to professional PSI or mediators had nineteen questions as well:

- Questions 1-4: As in the healthcare personnel surveys, the purpose of these questions was to gather demographic and factual information.
- Questions 5-8: These questions differ from those made to healthcare personnel and are aimed at knowing the professional profile of the surveyed PSI or mediators.
- Question 9: The objective of this question was to know the nationalities with which these professionals work most frequently.
- Question 10: This closed question was aimed at knowing what are the main communication problems and the frequency of these from the point of view of a language professional, because their point of view could be different from the healthcare staff's.
- Questions 11-14.a: This series of questions are focused on the problem of taboo from the point of view of the PSI or mediator.
- Questions 15-17: The objective of this series of questions was to reflect on the solution provided by the interpreter to communication problems or conflicts caused by taboos.
- Question 18: Through this question the respondent was asked to give their opinion about the importance of their own work in the healthcare field.

The surveys were written after a previous documentation phase. Once drafted, they were corrected and formatted. In addition, the following clarification was included:

“Please answer the following questions to help me check the communication problems that occur with foreign population in Spanish hospitals and healthcare centres. This survey is

completely anonymous and there are no right or wrong answers, so you can answer honestly. Thank you for your collaboration."

The surveys were written and delivered through Google Forms.

Then, respondents had one month approximately to complete the survey. The delivery of the surveys began the 2nd of May of 2019 and they were available to healthcare workers and PSI or mediators until the 1st of June of 2019. After this period of time, 30 results were obtained in the survey for healthcare staff and another 17 in the survey for professional PSI or mediators. Once the surveys were closed, the data was analysed. The graphics automatically generated by Google Forms were used in order to analyse the results in a more visual way and then represent the percentages obtained in each closed question with Word graphics. Regarding the percentages, due to the difficulties to unify the responses of the respondents due to the different forms of writing they used, we decided to recalculate everything manually. Regarding the open questions, the answers were analysed and it was established which were the most generalised opinions and which one were more prevailing. Different categories and subgroups were established in order to organise and synthesise all the information. In addition, each of the results of the questions was compared with the relevant data that was presented in the theoretical framework. A reflection on the answers of the respondents was made as well. The results of those questions that had been asked in the same way or that were similar in both surveys were compared to contrast the opinion of healthcare personnel and PSI or mediators.

3.2. Interview

The interview that has been designed for this investigation consists of seventeen questions aimed at professional PSI or intercultural mediators in order to investigate about the social phenomenon of taboo in medical-patient communication and the importance of their work to manage this kind of potentially conflictive situations. Also, another of the objectives of the interview was to know first-hand experiences lived by professionals and the measures they had taken to solve communication problems caused by the presence of taboo issues. This way, we can collect significant data on the most important taboo topics and some practical solutions for this type of situations.

The questions of the interview were written following the recommendations of Briones (2002): general questions about the training and professional profile of the interviewee were written so that the interview has a logical and organised structure. In addition, three essential blocks were included: questions to know the profile of the interviewee; questions to gather demographic and factual information; and, finally, open questions concerning the main topic of our research. The questions of the interview could be classified into three blocks:

- Questions 1-4: This block of questions aims to gather information about the professional profile of the interviewee.
- Questions 5-14: This block is the core of the interview and, therefore, the most extensive block. Through these questions, the necessary information to know the magnitude of the taboo in the doctor-patient communication and the importance of the work of the PSI or mediator was gathered.
- Questions 15-17: This block of questions aims to gather demographic and factual information about the interviewee.

The process carried out with the interviews was the following one: firstly, a documentation phase took place in order to know which the most interesting points to deal with were and how the questions should be written. Next, the seventeen questions were written and we got in contact with the interviewee, with whom we fixed a specific date and time to do the interview by telephone. During the interview, we wrote down all the respondents' answers to analyse them afterwards.

Once the interview was finished, the answers were analysed one by one, in some cases paraphrasing the interviewee and in other cases adding quotes. The order of the questions in the analysis of the results was reversed in order to present the answers of the demographic questions first, and then focus on the most important questions. We tried to follow the same dynamics that we applied in the surveys for healthcare personnel and PSI or mediators and, after each response, the statements of the interviewee was exposed reaffirming the ideas that had been already exposed in the section of the surveys and contrasting these statements with the information of the theoretical framework.

5. Conclusions

This investigation project has been a research whose main purpose was to establish a series of hypotheses and, through a theoretical-practical approach, establish a series of particular objectives. Through the progressive fulfillment of the proposed objectives, the unknowns with which this research began were revealed. Finally, thanks to the information obtained, which satisfied the aforementioned objectives, we were able to deduce if we refuted or confirmed the hypotheses that we had raised at first.

Firstly, we consider essential to defend once again the need for research in the field of Translation and Interpretation in Public Services in Spain, since it is a relatively recent but vital field not only for the disciplines of Translation and Interpretation, but for the development of Spain as a multicultural society. In the present, it is inconceivable a society which receives thousands and thousands of migrants every year looking for a better place to live and that are more and more similar to large multicultural societies such as the United States, Mexico or Canada, without translators and interpreters of Public Services that guarantee the integration of these collectives in all public fields. Translators and interpreters are those professionals who can ensure that a migrant in a position of vulnerability, who does not understand the language or culture of the country of arrival, understands and is understood in settings as essential for the civil rights as public services. The social awareness of the need for these professionals is not yet a reality in countries like Spain. However, although there is still much to do in our country, we can see through numerous initiatives that in Spain there is increasing awareness about the need for linguistic and cultural professionals in these fields. Specifically, this awareness can be seen through the surveys distributed for this research: we have observed that workers in these fields are increasingly aware of the need for linguistic and cultural professionals. This is a huge step towards the development and professionalisation of Translation and Interpretation in Public Services.

Regarding the healthcare field, which is the context in which this research project is focused, we believe there is still much to improve at national level. That is why research in this area is so important: it helps us to understand the phenomenon of intercultural communication; it allows us to analyse the work of the PSI in the doctor-patient communication; it also provides us with basic notions to establish ethical, professional and acting principles for the interpreter; and, in addition, it reaffirms the idea that a bilingual person without training in interpretation or mediation is not qualified to perform the professional work of an PSI, so that their work performance will always be poorer compared to the work of a qualified professional. In addition, it will jeopardize interpretation's ethic code and the right of every migrant to high quality healthcare service. These are some of the reasons why we decided to choose this field of interpretation for this research.

In addition to the reasons we have listed, we consider that research on interpretation in the healthcare field started relatively soon and, therefore, the development of such research is vital. Since the first thing that comes to mind when mentioning these lines of research is the role of the professional PSI in patient-medical communication and the linguistic problems that may arise, we decided to focus on an extralinguistic aspect that seemed both interesting and

intriguing: the taboo. It is clear that the dimension of taboo is present in each and every culture that exists nowadays. However, before starting this research, we considered the idea of whether each culture manages linguistic interdiction in the same way; especially when we talk about individuals who are outside their comfort zone, who have to face a communicative situation in a vulnerable position and who do not know the language and culture of the other participant in the conversation. This mystery, together with the fact that taboos are very common issues in the healthcare field and can cause problematic situations even in communication between individuals of the same ethno-linguistic group, led us to the central hypothesis of this thesis : Taboos, despite being universal realities, cause serious problems in medical-patient intercultural communication in the healthcare field.

In addition to this first hypothesis, we consider necessary to elaborate a second one. Due to the low degree of professionalisation of PSI in Spain, numerous healthcare centres and hospitals do not hire professional interpreters to communicate with foreign populations. Instead, they choose to count on volunteer interpreters who do not usually have specialised training in intercultural interpretation or mediation; or they have the assistance of the companions of foreign patients or fellow professionals who have language skills in both languages, despite the fact that on many occasions these skills are very poor to perform an interpretation in such a specialised and delicate context as is the healthcare. Besides, the fact of not counting on professionals is a violation of the principles of the interpretation's ethical code, such as the principle of impartiality or confidentiality.

Therefore, it is necessary to reinforce the idea that the role of the professional PSI or intercultural mediator is vital not only for the efficient management of intercultural doctor-patient communication, but also to solve any conflict or misunderstanding that can occur throughout the interpretation session in a quick, ethical and efficient way and ensure a high quality healthcare service. Therefore, the second hypothesis we wanted to confirm or refute was the following: the role of the professional PSI or intercultural mediator is vital to effectively solve the misunderstandings or problematic situations that arise due to a taboo topic in the doctor-patient communication.

Like all research project, in order to confirm or refute the two hypotheses we had established, we decided to set a series of objectives. Thanks to the establishment of these objectives, we were able to organize all the data that we needed to collect in order to carry out our investigation and greatly facilitated the subsequent analysis of the information gathered in order to draw the conclusions. As we explained in the introduction of this investigation, the objectives of this thesis were the following:

- Check the magnitude of the taboo in intercultural communication in the healthcare field according to the healthcare staff and the PSI or mediators.
- Check which are the most frequent types of taboo in the doctor-patient communication.
- Analyse the behavioral patterns of patients or companions when dealing with these issues.
- Determine the need for the PSI or intercultural mediator in those situations in which misunderstandings or conflicts have arisen due to taboo issues.
- The solutions provided by these professionals to solve the communication problem.

In order to achieve these objectives, we first carried out extensive documentation work that was vital to understand intercultural communication, the status of the PSI in the healthcare field in Spain, the cultural features of the predominant ethno-linguistic groups in Spain, the phenomenon of taboo and its corresponding management mechanisms and, finally, the different cultural conceptions of taboo of each predominant migrant group in Spain. Thanks to this theoretical framework, we were able to expose all the necessary theoretical principles to understand topics as diverse but at the same time as related to each other such as intercultural communication, the work of the PSI at international and national level, the cultural elements

conditioning intercultural communication in the doctor-patient communication, the taboo and its "phemisms" and the taboos in the predominant migrant cultures in Spain. The elaboration of this theoretical framework would not have been possible without the complete, extensive and interesting bibliography that we consulted and through which we elaborated that section of our research.

Once the theory that makes up this work was developed, we proceeded to prepare the surveys for healthcare personnel and PSI or intercultural mediators, as well as the interview for a professional interpreter. These were the tools that allowed us to gather all the necessary answers to achieve the objectives set at the beginning of the investigation and to confirm or refute our hypotheses.

Next, we will carry out an analysis of each of the set objectives and their corresponding results and conclusions.

5.1. Magnitude of the taboo in intercultural communication in the healthcare field

We believe that this is the primary objective that we should achieve in this thesis in order to find out if we could confirm or refute our hypothesis that taboo issues had a negative impact on the intercultural doctor-patient communication despite being universal realities.

In order to achieve this objective, we have the results of surveys aimed to healthcare personnel and PSI or mediators. We found very interesting to ask similar questions about the taboo in healthcare setting to professionals who worked side by side in order to ensure the civil rights of foreign patients. Nonetheless, these professionals could have completely different conceptions of the extralinguistic factors that condition intercultural communication due to the different academic training and experience they have. This way, we obtained the results we needed in both surveys and, after analysing the data collected separately, we contrasted the information provided by the health care staff with the one provided by the PSI or intercultural mediators, to verify in which topics they agreed and disagreed. We also use the answers obtained in the professional PSI interview to delve into the negative repercussions of the taboo in healthcare setting.

Thanks to the results of the surveys, we were able to verify that both healthcare staff and PSI or mediators consider taboo problems to be an extralinguistic element that should be taken into account in intercultural communication. In the surveys aimed at health personnel we obtained a more unanimous vote in the 4th section. If we compare this result to the one obtained in the category "Language", we can observe that the majority of healthcare professionals consider language the most conditioning factor of intercultural communication, which is logical, since the linguistic barrier is the main factor that causes communication problems for them. However, thanks to these results we can conclude that taboo issues and euphemisms are also a common problem that these professionals have faced on many occasions. This conclusion was reaffirmed by the statements of the PSI interviewed, since she allowed us to know situations in which taboos generated tense or violent situations that hindered communication in healthcare setting.

On the other hand, according to the results obtained in the PSI survey, we can observe that the taboo and euphemism are also important in the intercultural doctor-patient communication. Although in the latter survey we have obtained more heterogeneous results, it can be observed that most of the surveyed PSI or mediators consider that the taboo has a negative impact on the communicative processes they manage.

Therefore, through all these results and their comparison, we have achieved the objective of checking whether the taboo has a negative impact on communication. Thanks to it, we can affirm that the taboo topics and their corresponding management mechanisms have a high magnitude in the intercultural doctor-patient communication, according to the healthcare staff and the PSI or intercultural mediators of this field.

5.2. Most frequent types of taboo in the doctor-patient communication

This objective was established in order to obtain more information about what types of taboo affect the doctor-patient communication. In all societies we can find several taboo topics related to sacred and impure realities. However, the fact that there is a large number of them and that each one makes reference to different areas of life and our reality as human beings implies that not all existing taboos are treated in the healthcare field. Therefore, we considered necessary to go deep into the taboos that arise in the healthcare field so as not to limit ourselves to establish whether the magnitude of the taboo in the doctor-patient communication is relevant or not; but also to provide the most common taboo topics in this context. We believe that it is not possible to analyse the taboo topic in the healthcare field without providing a classification of the most outstanding taboos when assisting foreign population.

To achieve this objective, we used the surveys of healthcare staff and professional PSI or intercultural mediators. Thanks to the results we obtained in each survey and the comparison we made between them, we were able to verify the different experiences of healthcare personnel and PSI or mediators and establish a percentage for each type of taboo.

According to the results obtained in the survey for healthcare staff, the most frequent taboos in communication with foreign population are religious and related to the conception of health and disease, which coincides with the fact that the migrant population the respondents work most frequently with is from the Maghreb and sub-Saharan Africa.

On the other hand, in the survey aimed at PSI or mediators we obtained different results: according to the respondents, the most recurrent taboos were those related to sexuality and, with a significantly lower percentage of votes, religious taboos.

That is why we achieved this goal thanks to the surveys and the contrast of information between them. In conclusion, we conclude that religious taboos, those related to the conception of health and disease and sexuality are those that arise most frequently in intercultural doctor-patient communication.

5.3. The behavioral patterns of patients or companions when dealing with taboos

This objective implied asking the respondents and the interviewee about the attitude adopted by the patients or their companions when a taboo topic arose in the conversation. This objective was vital to find out if the impact of the taboo on the doctor-patient communication was always negative or, otherwise, was unnoticed and did not alter the communication process in any way. This objective could be placed in an intermediate point between the first and the second established hypothesis, since it still focuses on the analysis of the taboo phenomenon and its consequences in intercultural communication; as well as in the role of the PSI or intercultural mediator in the resolution of conflicts in the doctor-patient communication.

Through the material available for the elaboration of the practical part of this thesis, we could see that all the attitudes and reactions described by the respondents and the interviewee were negative. Some of the respondents even described situations in which the patient adopted aggressive or disobedient attitudes, which makes intercultural communication difficult and even impossible in healthcare setting. In addition, a significant percentage of respondents stated that the taboo topic had a negative influence on the patient's attitude and it had greatly hindered communication. In fact, the professional interviewed PSI described situations in which communication was unfeasible without the help of an PSI that intervened and managed the process.

Therefore, we can conclude affirming we have achieved this objective and we have found out that the impact of taboo issues in the doctor-patient communication, in most cases, is

negative and can lead to serious communication problems causing negative attitudes in the migrant patient or companion.

5.4. The need for the PSI or intercultural mediator to manage communication problems caused by taboo topics

Through this objective, we intended to find out if the role of the ISP or intercultural mediator was vital for the resolution of this type of communication problems in the healthcare field and, therefore, to confirm or refute the second hypothesis of this thesis: The PSI or intercultural mediators are essential to manage and solve the problems that may arise in the communication process due to taboo issues.

To fulfill this objective, we focused on the information that the respondents and the interviewee gave us about the role that the PSI or mediators had played in these situations. Almost all respondents said they were satisfied with the PSI or mediators' work, in the case of the surveys for healthcare staff, or with their own work as a linguistic-cultural professional, in the case of the surveys for PSI or mediators. In addition, the interviewee explained that she was satisfied with her work as an interpreter and that she considered that her profession is vital for intercultural communication in the healthcare field.

Once all this information was analysed, we conclude that there is increasing awareness about the importance of PSI in healthcare both by healthcare staff and by PSI and intercultural mediators. Therefore, we consider that we have fulfilled this objective by gathering all this information provided by the respondents and the interviewee and through its subsequent analysis.

The conclusion we can draw from this objective is that the role of the PSI or intercultural mediator is definitely vital for the resolution of communication problems such as taboo. This conclusion is not only supported through theoretical ground and the opinion of professional interpreters, but also through the testimony of the healthcare staff surveyed. In addition, we also consider appropriate to affirm that the PSI or mediator plays an essential role in the management of medical-patient communication in general, regardless of whether conflicts arise or not.

5.5. Solutions provided by PSI or intercultural mediators to solve a communication problem caused by a taboo topic

This last objective was set to focus a part of the research on compiling a series of resources or solutions adopted by linguistic and cultural professionals to solve a communication problem caused by a taboo issue. This way, we could provide compelling reasons and real cases in which the PSI or mediator had been a key piece in the resolution of this type of conflicts. Thanks to the testimonies of the respondents and, in particular, the detailed information provided by the interviewee about her work of interpretation, we managed to compile a series of solutions applied to solve communication problems caused by a taboo topic.

Thanks to all the information collected, we conclude that we have achieved this objective and that in most cases the PSI or mediators tend to assume an interventionist attitude that would fit more into the advocacy model than in the impartiality model or, by default, in an intercultural mediation model. In addition, they try to follow the intervention protocol at all times, as long as circumstances allow it. We conclude from this objective that the theory can become unrealistic and in a real situation the PSI resort to fast and efficient solutions that solve the communication problem.

After analysing each objective fulfilled in this thesis and the most outstanding results, we consider we have gathered the relevant data and have carried out an analysis deep enough to

consider the confirmation or refutation of the two hypotheses formulated in the beginning of this research.

Therefore, based on the results of the former three proposed objectives, we consider that the taboo has a high impact on medical-patient intercultural communication in Spanish public healthcare. In most cases, this impact is negative to the extent to hinder and even prevent communication with migrant patients.

Regarding the second hypothesis, we consider through the third objective (whose purpose was to gather information to confirm or refute both hypotheses), as well as through the latter two, we have collected the necessary and relevant information to confirm that the PSI or intercultural mediator is an essential figure to solve such conflicts, misunderstandings or communication problems by applying techniques such as intervention in the communication process in order to explain, use euphemisms and even explain the problem of communication to both parties, although this implies lack of impartiality in certain circumstances.

As we have expressed at the beginning of this section, we consider research in this field of interpretation as vital for the development and professionalisation of PSI at national level.

At academic level, I consider this research project has helped me to understand the status of the PSI and the urgent need for professionalisation of PSI in Spain. This has also given me the opportunity to put theory into practice and be in touch with real work experiences not only of PSI or mediators, but of those health professionals who work with them in favour of integration and migrants' right. However, the most interesting part of this thesis has been the opportunity to interview an interpreter with so many years of experience and know firsthand what resources and measures she used to manage communication in real cases. I consider that I have an extensive academic training in PSI, but it is very important to also get in touch with professionals from the field who can provide stories, experiences, lessons that are not found in the books and only life itself teaches you. From a more general perspective, I consider that this thesis has given me documentation and research skills that would not have been possible to acquire otherwise and I believe that I have overcome several difficulties which have improved my ability to solve problems, as well as my written expression.

Regarding the usefulness of this research project, I consider it a very useful tool to understand a linguistic and social phenomenon which is present in all societies as is the taboo in intercultural communication and also to confirm that, as an extralinguistic element of the communication, influences negatively the doctor-patient communication. Finally, this thesis demonstrates once again the need for PSI or mediators in the healthcare field in Spain and provides compelling reasons to realise that the professionalisation of this field of interpretation is vital for the development of healthcare and multiculturalism at national level.

Finally, regarding possible future lines of research, it would be very interesting that future studies focus on specific ethno-linguistic groups and their respective interactions and behavioral patterns in doctor-patient communication. We also propose research in which comparisons are made between the resolution of this type of conflicts by PSI or volunteer mediators and professional PSI or mediators. This way, the dimension of taboo and euphemism in the PSI in Spanish healthcare could be more investigated and even action protocols for future professionals could be established.

9. Anexos

9.1. Modelo de encuesta para personal sanitario

Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarme a comprobar los problemas de comunicación que se dan con población extranjera en hospitales y centros de salud españoles. Esta encuesta es totalmente anónima y no hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que puede responder de forma sincera. Muchas gracias por su colaboración.

(*) Obligatorio

1. Sexo (*)

2. Edad (*)

3. País de origen (*)

4. Lengua materna (*)

5. Otros idiomas

6. ¿Cuál es su formación?, ¿en qué unidad trabaja? (*)

7. ¿Cuáles son las nacionalidades más frecuentes de los extranjeros a los que atiende? (*)

8. ¿Los pacientes de nacionalidad extranjera suelen venir acompañados de familiares o amigos? (*)

Sí

No

NS/NC

9. Enumere los siguientes problemas de comunicación del 1 al 5 dependiendo de la frecuencia con la que hayan surgido. (*)

- Idioma
- Falta de comprensión de aspectos culturales por parte del personal sanitario
- Falta de comprensión de aspectos culturales por parte del paciente
- Conflictos provocados por malentendidos
- Temas tabú y uso de eufemismos

10. En el caso de los temas tabú, ¿cómo cree que influyó en la comunicación con el paciente? (Puede señalar más de una)

- No tuvo mucha repercusión en la comunicación
- Generó cierta incomodidad en la comunicación
- Dificultó la comunicación en gran medida
- Influyó negativamente en la actitud del paciente/acompañante
- Generó algún tipo de conflicto con el paciente/acompañante

11. ¿Cuál era el origen del tabú? (Puede señalar más de una opción)

- Religioso
- Concepción de la salud y la enfermedad
- Sexual
- Embarazo/Aborto
- Muerte
- Alimentación

Otros:

12. ¿Podría explicar brevemente qué actitud adoptó el paciente/acompañante en la conversación?

13. ¿Ha contado con la labor de un intérprete o mediador intercultural a la hora de atender a estos pacientes? (*)

Sí

No

13. a. En caso de haber señalado Sí, ¿considera que le fue de ayuda para solventar los problemas de comunicación de la pregunta 9?

Sí

No

13. b. ¿Por qué?

13. c. En caso de haber señalado No, ¿cómo consiguió solucionar los problemas de comunicación con estos pacientes?

14. En caso de que haya trabajado con un intérprete o mediador intercultural, ¿se siente satisfecho/a con la labor desempeñada?

Sí

No

14. a. Si ha señalado No, ¿a qué se debe?

15. ¿Considera necesaria la labor de los intérpretes o mediadores interculturales en la sanidad pública española? (*)

Sí

No

9.2. Modelo de encuesta para ISP y mediadores interculturales

Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarme a comprobar los problemas de comunicación que se dan con población extranjera en hospitales y centros de salud españoles. Esta encuesta es totalmente anónima y no hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que puede responder de forma sincera. Muchas gracias por su colaboración.

(*) Obligatorio

1. Sexo (*)

2. Edad (*)

3. País de nacimiento (*)

4. Lengua materna (*)

5. Lenguas de trabajo (*)

6. Otros idiomas

7. Formación académica (*)

8. ¿En qué ámbito de trabajo está especializado? (sanitario, jurídico,...) (*)

9. ¿Cuáles son las nacionalidades más frecuentes de los extranjeros a los que interpreta? (*)

10. Enumere los siguientes problemas de comunicación del 1 al 5 dependiendo de la frecuencia con la que hayan surgido. (*)

- | | |
|--|--------------------------|
| Problemas lingüísticos | <input type="checkbox"/> |
| Falta de comprensión de aspectos culturales por parte del personal sanitario | <input type="checkbox"/> |
| Falta de comprensión de aspectos culturales por parte del paciente | <input type="checkbox"/> |
| Conflictos provocados por malentendidos | <input type="checkbox"/> |
| Temas tabú y uso de eufemismos | <input type="checkbox"/> |

11. En el caso de los temas tabú, ¿cómo cree que influyó en la comunicación con el paciente?
(Puede señalar más de una)

-
- | | |
|--|--------------------------|
| No tuvo mucha repercusión en la comunicación | <input type="checkbox"/> |
| Generó cierta incomodidad en la comunicación | <input type="checkbox"/> |
| Dificultó sobremanera la comunicación | <input type="checkbox"/> |
| Influyó negativamente en la actitud del paciente/acompañante | <input type="checkbox"/> |
| Generó algún tipo de conflicto con el paciente/acompañante | <input type="checkbox"/> |

12. ¿Cuál era el origen del tabú? (Puede señalar más de una opción)

- | | |
|--|--------------------------|
| Religioso | <input type="checkbox"/> |
| Concepción de la salud y la enfermedad | <input type="checkbox"/> |
| Sexual | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo/Aborto | <input type="checkbox"/> |
| Muerte | <input type="checkbox"/> |
| Alimentación | <input type="checkbox"/> |

Otros:

13. ¿Podría explicar brevemente qué actitud adoptó el paciente/acompañante en la conversación?

14. ¿Cómo percibió o detectó este problema de comunicación? (*)

Lenguaje verbal

Lenguaje no verbal

14. a. ¿Podría explicar qué fue lo que le llamó la atención en concreto?

15. ¿Cómo solucionó este problema de comunicación? (*)

16. ¿Considera que la solución que adoptó solventó el problema de comunicación o mejoró la comunicación médico-paciente? (*)

Sí

No

NS/NC

17. ¿Volvería a optar por esta solución? (*)

Sí

No

NS/NC

18. ¿Considera que este y otros problemas de comunicación podrían solventarse de forma eficiente sin su labor profesional? (*)

- Sí
 - No
 - NS/NC
-

9.3. Modelo de entrevista a ISP

1. ¿Tiene algún tipo de formación como ISP o mediador? ¿Podría decirme cual?
2. ¿Se dedica profesionalmente a la interpretación o a la mediación intercultural?, ¿desde cuándo?
3. ¿Cuáles son sus lenguas de trabajo?
4. ¿Cuáles son las nacionalidades con las que más trabaja?
5. Además de los problemas lingüísticos, ¿qué otros factores considera que influyen en la comunicación médico-paciente?
6. ¿Suele enfrentarse a problemas de índole cultural?
7. ¿Se ha tenido que enfrentar a situaciones en las que se ha generado algún tipo de malentendido o confrontación debido a que se ha tratado un tema tabú?
8. ¿Podría explicarme la situación?
9. ¿Intervino como ISP o mediador intercultural para solucionar el problema comunicativo?
Sí: ¿Cómo? No: ¿Por qué?
10. ¿Cree que su intervención/no intervencionismo solucionó el problema?
11. ¿Volvería a optar por esa opción?
12. ¿Considera que su formación le ha provisto de los recursos necesarios para solucionar este tipo de problemas de comunicación o cree que ha sido gracias a su experiencia como profesional?
13. ¿Considera importante su labor profesional?
14. ¿Cree que este tipo de problemas o malentendidos podrían solucionarse sin su labor como ISP o mediador?
15. Sexo
16. Profesión
17. País de origen