

La reproducción asistida en pacientes internacionales en España: análisis de la perspectiva de pacientes de Francia a través de la traducción e interpretación médicas

Assisted reproduction among international patients in Spain: analysing the perspectives of French patients through translation and interpreting

Laura López*

RESUMEN: La infertilidad es una realidad a la que muchas personas se han de enfrentar hoy día. Su incremento, ligado a las distintas legislaciones de los países, hace que muchas mujeres tengan que acudir al extranjero a someterse a los tratamientos de reproducción asistida para poder ser madres. Este artículo examina la experiencia de pacientes francesas que han accedido a tratamientos de reproducción asistida en centros sanitarios españoles, con especial atención al papel de la interpretación y la mediación lingüística en la comunicación entre paciente y personal sanitario. A través de un análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas, se identifican percepciones, dificultades y expectativas relacionadas con el uso de servicios de interpretación. El estudio plantea la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en interpretación en el ámbito de la salud y propone una categoría analítica para evaluar la experiencia del paciente desde la perspectiva de la mediación lingüística.

PALABRAS CLAVE: comunicación, interpretación, experiencia, legislación, reproducción asistida, pacientes.

ABSTRACT: *Infertility is a reality for growing numbers of modern-day individuals. Variations in national legislation prompt many women to travel abroad for assisted reproduction treatment. This article examines the experiences of French patients who have undergone assisted reproduction treatment in Spanish health care centres, with a particular focus on the role of interpretation and linguistic mediation in patient-health care provider communication. Through a qualitative analysis of semi-structured interviews, perceptions, difficulties, and expectations related to the use of interpretation services are identified. The study emphasises the need to improve training for interpreting professionals in health care settings and proposes an analytical category to evaluate the patient experience from the perspective of linguistic mediation.*

KEYWORDS: *assisted reproduction, communication, interpreting, experience, legislation, patient.*

Panace@ 2025; 26 (61): 67-78

Recibido: 20.XI.2024. Aceptado: 04.IV.2025.

1. Introducción

La reproducción asistida está cobrando cada día mayor importancia en la sociedad, y lo está haciendo de la mano de la plena incorporación de la mujer al mundo laboral, el aumento de responsabilidades dentro y fuera del hogar y una mayor necesidad de estabilidad económico-social en un contexto geopolítico marcado por polícrisis (económica, humanitaria, energética, agroalimentaria, tecnológica, etc.) e incertidumbre global (Martínez-Carrasco, 2024). Este cambio en la sociedad, ligado a la evolución natural de la fertilidad de la mujer, hace que estas tengan que acudir en mayor medida a clínicas de reproducción asistida por algún problema que les impide tener descendencia de forma natural. Estos tratamientos dan cabida, por igual, a parejas heterosexuales, mujeres solteras y parejas de mujeres que desean formar una familia y pueden, claro está, permitirse los tratamientos pertinentes. Estos tratamientos pueden realizarse a través del sistema público de salud, pero presentan ciertas limitaciones en el caso de Francia, de ahí que muchas pacientes deban desplazarse a España a clínicas privadas para la realización de dichos tratamientos.

El incremento en la demanda de técnicas de reproducción asistida (TRA) a la que hacemos referencia no es exclusivo de la población española. De hecho, el número de pacientes extranjeras que se traslada a España para realizar estos tratamientos ha aumentado considerablemente en los últimos años (Guerrero y Hernán, 2014). Para las pacientes francesas, cuya legislación restringe ciertos tratamientos (López, 2023), poder acceder a las TRA en España se ha convertido en una de las vías más rápidas y eficaces de ser madres. Este incremento de pacientes extranjeras se ha visto traducido, consecuentemente, en una mayor necesidad de comunicación clínica mediada por intérpretes profesionales, que navegan el vacío comunicativo entre el personal clínico y las pacientes, sorteando no solo los impedimentos lingüísticos y culturales que supone la comunicación interlingüística, sino también aquellos elementos propios del contexto sanitario donde la interacción tiene lugar (Montalt y Shuttleworth, 2012), la asimetría en cuanto a conocimientos especializados entre el personal clínico y las pacientes o la dimen-

* Universidad Pontificia de Comillas (España). Dirección para correspondencia: lauravlopez5@hotmail.com.

sión emocional y la vulnerabilidad que puede llegar a suponer el acto clínico y el proceso asistencial para ellas y su entorno (Muñoz Miquel, 2019).

Por ello, en este artículo nos proponemos caracterizar la experiencia y el perfil de la paciente extranjera que accede a TRA en España: sus motivaciones, el proceso asistencial, la atención recibida y, sobre todo, la dimensión comunicativa del proceso y el rol que desempeñan las intérpretes como garantía de éxito comunicativo y elemento clave en el tratamiento en tanto que figura de referencia para las pacientes. Hablaremos de *intérprete* en femenino a lo largo del artículo ya que, según el testimonio de las informantes, son intérpretes mujeres las que han estado en contacto con ellas durante todo el proceso. Así, el presente estudio se centra en las pacientes francesas que viajan a España para acceder a dichos tratamientos, analizando su experiencia desde la perspectiva de la comunicación intercultural y la traducción especializada en entornos clínicos. El objetivo principal es examinar el papel de la interpretación médica en la percepción de la calidad asistencial, proponiendo una clasificación de las estrategias discursivas empleadas.

2. La comunicación médico-paciente como exponente de la comunicación experto-lego

En España, la Ley General de Sanidad de 1986 incluye la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, que en el artículo 10 incorpora el derecho del paciente-usuario del sistema sanitario a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, en términos comprensibles, sobre su proceso. Así, la comunicación entre el personal médico y el paciente resulta uno de los factores fundamentales en el proceso de cualquier tratamiento. La comunicación médico-paciente ha sido abordada desde distintas disciplinas, como la médica, donde se refieren a ella como «un elemento básico del quehacer médico» (Flórez Lozano *et al.*, 2020: 113), también relacionada con las relaciones interpersonales (Ordóñez Vázquez y Monroy Nasr, 2021) y su poder terapéutico (Ramírez Villaseñor, 2022).

No es hasta el siglo XXI cuando se establece un nuevo paradigma, la medicina centrada en el paciente, en el que la misión central de la medicina es atender no solo la enfermedad, sino también los aspectos psicológicos del paciente a través de una comunicación eficaz (Fernández, 2019) que cree un ambiente de confianza, respeto y satisfacción para ambos (Beca, 2018). Hasta hace bien poco, la medicina se refugiaba en un modelo relacional, digamos, paternalista entre médico y paciente en el que el facultativo podía hacer valer su posición sin tener en cuenta las preferencias o las necesidades (informativas, etc.) del paciente (López Vélez *et al.*, 2020: 13). No obstante, este modelo ha evolucionado, como apuntamos, hasta reconocer y dar valor a la experiencia y necesidades del paciente sin por ello perder de vista su bien terapéutico.

En cuanto a la relación entre el personal médico y el paciente, uno de los primeros aspectos que debemos tomar en

consideración es la asimetría de conocimientos que se da entre ambos a lo largo del proceso comunicativo y asistencial. Partimos de la base de que el facultativo es especialista, quien tiene el conocimiento, las herramientas y los recursos relacionados con el tratamiento que se va a proponer al paciente. El paciente, por su parte, acude a consulta como persona lega en un proceso, además, de gran vulnerabilidad, resultado no solo de la asimetría entre ambos y la falta de conocimientos sobre medicina, sino también por la situación de dolencia en que se encuentra; de ahí la necesidad de establecer un terreno común basado en la información y la comunicación, fundamentales para establecer la confianza del paciente y ganar precisión diagnóstica por parte del personal médico (De la Victoria, 2021).

Como ciencia, la medicina exige un lenguaje riguroso, pleno de terminología derivada de los avances tecnológicos y científicos que suceden con tal rapidez que resulta inevitable la introducción constante de tecnicismos. Por lo tanto, el personal médico ha de ser capaz de desarrollar capacidades de comunicación para que esta sea efectiva y adaptar la información no solo al nivel y capacidad del paciente, sino también a sus necesidades informativas, que pueden variar a lo largo del proceso asistencial. Tal como expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), para que la atención esté verdaderamente centrada en el paciente, los profesionales deben contar con aptitudes de comunicación que les permitan obtener información, generar confianza en la confidencialidad de la relación y ajustarse al nivel de comprensión de cada uno de ellos (Venturelli, 2003).

Así, y en palabras de Kurtz (Moore *et al.*, 2010: 38), la comunicación efectiva en el ámbito clínico habría de cumplir los siguientes cinco objetivos:

1. Asegurar una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información. Hay aquí intercambio y *feedback* entre médico y paciente, es posible intercambiar preguntas y respuestas, aclaraciones, dudas.
2. Reducir la incertidumbre innecesaria, ya que la incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación con el personal médico. Esto permitirá al paciente saber cuándo y cómo se llevará a cabo la entrevista y, al médico, conocer las expectativas del paciente.
3. Requerir planificación basada en los resultados que se buscan. La efectividad en un tratamiento solo se puede determinar en el contexto de los resultados que tanto el paciente como el personal médico buscan.
4. Demostrar dinamismo, ya que el personal médico reacciona frente a la conducta del paciente, y se requiere la flexibilidad implícita por parte de ambos para adaptarse a cambios y diferentes modos de abordaje para un mismo problema.
5. Seguir un movimiento helicoidal más que lineal, porque llegar y hacer no es suficiente; para lograr una comprensión completa y precisa se tendrá que volver sobre la información, arribando cada vez a un modo de comprensión diferente.

La comunicación es la base sobre la que se construye la relación entre el personal médico y los pacientes en la medida en que una comunicación eficaz permite despejar incertidumbres de estos últimos, contribuyendo a una atención sanitaria más satisfactoria para ambos. Sin embargo, parece claro que las características intrínsecas del lenguaje de la medicina, así como el contexto en el que se suele producir la transferencia del mensaje entre personal médico y pacientes (y viceversa), oponen cierta resistencia a que el acto de comunicación se desarrolle con eficacia (Domínguez-Samanés *et al.*, 2022: 37). Esto es así debido a las diversas barreras que aparecen en la comunicación médico-paciente y que, por lo general, suelen estar relacionadas, como hemos apuntado ya, con el carácter asimétrico del intercambio comunicativo (Consuegra-Fernández *et al.*, 2019).

2.1. La comunicación clínica mediada por intérprete

Tal y como observamos, el número de pacientes internacionales ha incrementado considerablemente debido no solo a los movimientos migratorios actuales (Rodríguez Melchor, 2014), sino también a las necesidades específicas de tratamiento en el contexto de la reproducción asistida. Así, la presencia de estos pacientes internacionales hace necesaria la figura de la intérprete para que la comunicación entre médico y paciente se logre de manera exitosa.

El impacto de la comunicación en el ámbito médico ha sido ampliamente estudiado en los últimos años (Al Shamsi *et al.*, 2020; Meuter *et al.*, 2015) en un contexto donde el concepto de mediación intercultural ha ido cobrando mayor relevancia por poner el foco, precisamente, en todas aquellas barreras, además de la puramente lingüística, que caracterizan la interacción médico-paciente. Factores como las diferencias culturales en la percepción de la salud y la enfermedad, las condiciones socioeconómicas derivadas de la pertenencia a grupos minoritarios y las posibles implicaciones psicológicas de la migración pueden dificultar el proceso comunicativo (Rodríguez y Llevot, 2011). En el ámbito sanitario, la mediación intercultural se considera un recurso clave para alcanzar un diagnóstico preciso y aplicar un tratamiento adecuado (Verrept, 2019). Sin embargo, el lenguaje técnico y especializado de la medicina representa un desafío adicional, ya que dificulta la comprensión por parte de los pacientes y, en muchos casos, desincentiva la solicitud de aclaraciones, lo que puede afectar negativamente a la calidad asistencial (Watermeyer *et al.*, 2021).

A la complejidad que esbozábamos arriba, que muchas veces supone propiamente un acto de traducción intralingüística por parte del personal médico, habríamos de sumarle aquella que se produce cuando los participantes del acto comunicativo no comparten la misma lengua y, por lo tanto, han de recurrir a una tercera persona, la intérprete sanitaria, cuyo papel no es sino el de asegurar un derecho reconocido internacionalmente, como es el derecho al acceso a servicios de salud apropiados y equitativos (Valero-Garcés *et al.*, 2014). De hecho, cada vez son mucho más frecuentes, desde el ámbito de la salud, las menciones a la figura de la intérprete como una parte esencial en la

asistencia al paciente y, sobre todo, en la mejora de la calidad asistencial (Barranco Lafuente, 2017).

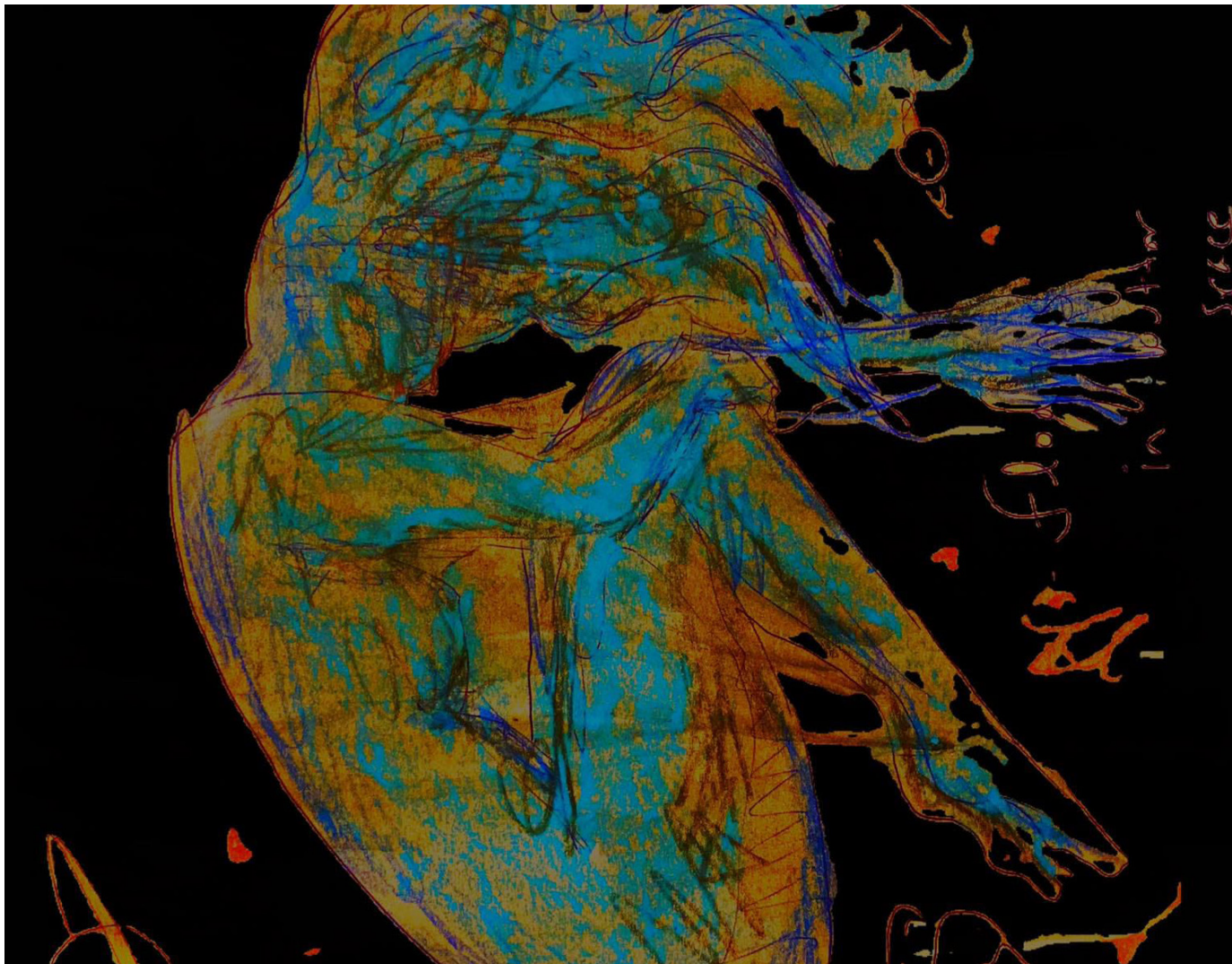
La presencia de intérpretes en contextos clínicos interlingüísticos hace que disminuyan los errores en la comunicación, así como las barreras culturales. Esto hace, a su vez, que la comprensión por parte de los pacientes sea mucho mayor, con lo que el acto comunicativo resulta más satisfactorio (Karlner *et al.*, 2007). De hecho, no solo son los pacientes quienes se ven beneficiados con la figura de la intérprete, sino también el equipo médico, ya que la intérprete permite al personal médico la oportunidad de entender de forma mucho más completa tanto el proceso de comunicación como la perspectiva del paciente (Biber *et al.*, 2018: 25).

A la intérprete en contextos sanitarios se le exige con frecuencia ser un «catalizador», un consultor cultural, lo que no está exento de debates deontológicos y socioprofesionales sobre los límites en la intervención de la intérprete y cómo, en contextos clínicos, estos pueden ser diferentes a aquellos que generalmente se aplican a otras modalidades de interpretación. Así, por un lado, a la intérprete se le pide dominar las mismas competencias que al resto de profesionales de la interpretación. Sin embargo, a ello ha de sumársele, las más de las veces, habilidades específicas relacionadas directamente con el conocimiento del contexto social, cultural e incluso a veces religioso del grupo al que pertenece el paciente (Valero Garcés, 2006), por no hablar de que el paciente, como hemos apuntado arriba, llega a la clínica en un contexto concreto de vulnerabilidad fruto de su dolencia, lo que también condiciona, en cierta medida, la labor de la intérprete.

2.2. Necesidades comunicativas de las pacientes en contextos de (in)fertilidad

En el caso concreto de la comunicación clínica en contextos de (in)fertilidad, objeto de este trabajo, el sexo de los pacientes se muestra como un elemento diferenciador. Si, como norma general, la forma en que mujeres y hombres buscan los servicios de atención sanitaria difiere debido a diferencias entre funciones, oportunidades y expectativas propias (Maroto Navarro *et al.*, 2009: 270), en el caso concreto de la infertilidad lo anterior se traduce, sobre todo, en una cierta concepción perpetuada y culturalmente arraigada sobre la mujer y su responsabilidad en la reproducción biológica y social de la especie. El binomio «mujer = madre» persiste en el imaginario social y puede llegar a convertirse en una forma de opresión y violencia simbólica hacia la mujer, con las connotaciones específicas para esta que dicha presión pueda tener en el proceso salud-enfermedad-atención (Alfonso Figueroa, 2023).

Así, la identificación de modelos explicativos para la infertilidad de hombres y mujeres y sus consecuentes valoraciones de la atención resulta necesaria para el presente estudio, lo que expresará diferencias y similitudes en las valoraciones que estos hacen, así como diferencias y similitudes de ambos grupos con respecto a los prestadores de salud. Como mencionábamos anteriormente, en este contexto se hace necesaria la formación



del mediador lingüístico en la comunicación médico-paciente. Los problemas comunicativos derivados del multilingüismo en el ámbito sanitario requieren adaptaciones estructurales que permitan ofrecer servicios médicos de manera eficaz. En ocasiones, incluso cuando el médico y el paciente comparten la misma lengua, las diferencias culturales y conceptuales pueden influir en la expresión de los síntomas y en la conceptualización de la salud y la enfermedad. Estos contrastes pueden generar «choques culturales» que derivan en malentendidos y afectan tanto a la calidad asistencial como a la relación médico-paciente (Mayordomo, 2023).

La infertilidad es algo que rara vez se espera, y esto hace que sea una cuestión de difícil afrontamiento y manejo tanto para las personas que la padecen —desde el momento en que se tiene la primera sospecha que los hace acudir a buscar ayuda médica— como para el propio personal médico (Díaz Bernal y García Jordá, 2011). Parte del matiz que aporta el género a la atención de la infertilidad radica en la responsabilidad asignada y asumida en cuanto al seguimiento de dicha atención por y para las mujeres (Martí Gual, 2011). Aun cuando en los protocolos de atención se alude a la necesidad de concurrencia al servicio en pareja (cuando se tenga), y no de uno u otro miembro por separado, es la mujer quien suele recibir, casi con total proba-

bilidad, las órdenes e instrucciones médicas, y quien posee historia clínica para el control por parte de la institución de salud. A ello han de sumársele las presiones sociales y familiares que gravitan sobre la mujer y que no inciden de igual manera sobre los hombres, para quienes siempre hay más tiempo para ser padres (González Estepa *et al.*, 2020).

A lo anterior se añade el hecho de que la mayoría de los afectados, mujeres y hombres, coinciden al considerar que las consultas de estudio y seguimiento que brindan los proveedores de salud son muy distantes y espaciadas en el tiempo, lo que hace más prolongada la espera para la obtención de resultados satisfactorios (Calero y Santana, 2006). Esto no hace sino aumentar los niveles de ansiedad de las pacientes, que perciben la demora como un elemento que atenta y refuerza el dolor que siente la pareja.

Las pacientes han de enfrentarse, en primer lugar, al hecho de tener que someterse a un tratamiento de fertilidad (el que corresponda de acuerdo con el pronóstico y el factor afectado) para poder tener descendencia. La primera etapa, que puede parecer obvia pero que incide en el estado anímico de la paciente, es la de aceptar que presentan algún obstáculo clínico que les impide formar una familia. De ahí que uno de los aspectos más importantes en este tipo de tratamientos sea que las pacientes se

sientan entendidas, comprendidas y acompañadas por parte del personal médico, con sus necesidades de información satisfechas y teniendo confianza en el equipo médico y la institución.

Por esa razón, cuando se pregunta a las pacientes de TRA, ponen de relieve, al mismo nivel, tanto el aspecto físico del proceso como, especialmente, el psicológico (Hernández Torres *et al.*, 2006). Por lo general, las pacientes que se someten a TRA son pacientes que llevan a sus espaldas cierto bagaje emocional, aunque sea la primera vez que acuden a una consulta médica para tratar el problema de la infertilidad. De ahí que sea de vital importancia ofrecer no solo la atención médica necesaria para lograr el tratamiento, sino el apoyo psicológico que, a modo de acompañamiento, suponga un apoyo más para las pacientes de este tipo de tratamientos (Ariza, 2022), un contexto donde las habilidades de comunicación son clave.

Por último, cabe destacar un aspecto más que distingue a las pacientes de TRA de otro tipo de tratamientos: la identificación con el personal médico o personal sanitario referente en los tratamientos (Palacios *et al.*, 2002: 20), en el sentido de crear una relación de respeto y confianza. Como ya mencionábamos, las pacientes son conscientes de que se trata, en ocasiones, de un camino arduo. Por ende, a las pacientes les resulta necesario establecer cierto vínculo de confianza con el personal sanitario que les va a atender a lo largo del tratamiento (Marcos *et al.*, 2021).

Así, en relación con este último aspecto y tal como hemos venido anunciando, las pacientes de TRA que acuden a España para realizar estos tratamientos ya no solo han de confiar en la figura del médico, sino también de las intérpretes que trasladarán la información entre el personal médico y ellas. En palabras de Angelelli (2014), las intérpretes en este contexto pasan de ser conductoras del lenguaje a formar parte esencial de la conversación transcultural o coconstructoras de la interacción. Poco tiene que ver su labor con los inicios de la interpretación, la cual se veía como un intercambio entre dos hablantes sin una lengua en común, en el que una intérprete invisible o fantasma hacía posible la comunicación sin interactuar con las partes.

El papel de las intérpretes o mediadoras culturales en el ámbito sanitario resulta vital cuando surgen dificultades comunicativas entre un usuario perteneciente a otra cultura y el profesional de la salud. Cabe subrayar que, según Trovato (2012: 33), el mediador tiene el privilegio de ser el único que puede entender los puntos de vista y las percepciones de ambos interlocutores en un contexto en el que están implicadas e interactúan dos culturas. Por ese motivo le corresponde a ella la labor de construir significados que vayan más allá de la mera traducción de palabras; al ser capaz de reconocer los referentes culturales, además de los lingüísticos, puede resolver con mayor facilidad situaciones conflictivas.

Una vez abordado, aunque de forma sucinta, el complejo entramado de relaciones que definen y constriñen la comunicación médico-paciente en el contexto de las TRA, así como la dimensión extra que supone en el acto comunicativo incorporar la figura externa de una intérprete, nos proponemos profundizar en la experiencia de un grupo de pacientes internacionales ($N = 5$) que optaron por someterse a TRA en España con el fin

de analizar la experiencia de la maternidad bajo un prisma comunicativo e intercultural que nos permita analizar qué factores culturales o lingüísticos pueden constreñir el tratamiento y hasta qué punto la comunicación mediada por intérprete en un contexto tan vulnerable como el de las TRA es efectiva según la experiencia de las pacientes.

3. Metodología

Optamos por la entrevista semiestructurada como herramienta de recogida de datos, por presentar, dado el carácter amplio y abierto de sus preguntas, un mayor abanico de posibilidades de investigación (Lopezosa, 2020: 90). Así, si bien se abordaron los mismos puntos y se cubrieron los mismos aspectos en todas las entrevistas, cada una se desarrolló de forma parcialmente diferente, lo que facilitó la introducción de nuevas líneas y categorías de análisis a partir de las experiencias, ideas y preferencias expresadas por las informantes. Además, el formato de la entrevista semiestructurada permitió a la investigadora (y a las entrevistadas) explorar discursos e ideas que surgieron, precisamente, de las experiencias, motivaciones y expectativas de las pacientes. Las entrevistas se organizaron en torno a las siguientes áreas temáticas:

1. Tratamientos de reproducción y percepción del sistema de reproducción asistida en el país de origen y el país de destino (naturaleza y características, limitaciones legales, coste, acceso a tratamientos, etc.).
2. Experiencia como paciente y maternidad (percepciones en cuanto a la maternidad y la reproducción asistida, roles de género y expectativas sociales, etc.).
3. Comunicación médico-paciente mediada por intérpretes (vulnerabilidad, comunicación asimétrica experto-lego, papel de la intérprete en el proceso).

Así, a través del análisis y la comparación de las respuestas de las informantes, surgieron diferentes categorías teóricas con el objeto de identificar su postura, vivencias y discursos. El objetivo principal era conocer su punto de vista en torno a la percepción de la comunicación médica con ellas a través de las traductoras e intérpretes. El proceso de interpretación de los datos comenzó con la revisión sistemática de las transcripciones de las entrevistas, a partir de las cuales se establecieron macrocategorías temáticas. Dentro de cada una de estas categorías, se contrastaron los datos haciendo hincapié en los puntos de unión, las divergencias y la relación interna entre las diferentes categorías de análisis.

En total se realizaron cinco entrevistas entre los meses de julio y septiembre de 2023 a pacientes cuya lengua materna es el francés. Las entrevistas se realizaron de forma síncrona mediante videoconferencia y tuvieron una duración media de 48 minutos. La lengua que se usó para las entrevistas fue el francés, por ser la lengua materna de las pacientes. El objeti-

vo era identificar distintos modelos de paciente en cuanto a realización del tratamiento (mujer soltera, parejas y pareja de mujeres).

Para la selección de participantes se estableció el contacto con una clínica de fertilidad de carácter privado con sede en Madrid, cuyo volumen de atención sanitaria a pacientes extranjeras es elevado y cuenta, en plantilla, con diversas traductoras e intérpretes. Tras un primer contacto inicial, y de cara a salvaguardar la privacidad de las pacientes, la clínica se encargó de hacer llegar la propuesta de participación en el estudio a las pacientes por correo electrónico. Estas fueron informadas de los objetivos de la investigación y de la anonimidad de su participación. De entre aquellas que mostraron voluntad de participar, se escogieron cinco perfiles en función del tipo de experiencia ante la maternidad: mujer soltera, pareja homosexual y pareja heterosexual, con la idea de maximizar los posibles resultados, así como los discursos y experiencias alrededor de la maternidad en el contexto de la reproducción asistida. El objetivo era obtener la perspectiva de cada una de las pacientes dependiendo de su situación personal y del tipo de tratamiento que había —o estaban realizando— para obtener mayor variedad de respuestas e información.

En concreto, se contó con una madre soltera (informante 1), una pareja homosexual (informante 2) y tres parejas heterosexuales (informantes 3, 4 y 5, respectivamente). La edad media de las informantes, que abarca pacientes de entre 35 y 49 años, fue de 40 años. En el caso de las parejas, se invitó a ambos progenitores a la entrevista. Solo en uno de los casos se contó con la presencia del segundo progenitor (pareja heterosexual). En el caso de la pareja homosexual, la progenitora que participó en el estudio fue la progenitora gestante.

4. Análisis de datos

En este apartado procedemos a analizar los resultados obtenidos a raíz de las entrevistas realizadas a las pacientes en función de los bloques de estudio indicados arriba. Presentamos, a modo de resumen, la siguiente tabla sobre las informantes, en la que se recoge el perfil de cada una:

Tabla 1. Perfiles de las informantes

	Edad	Modelo familiar	Tratamiento
Inf. 1	42	soltera	adopción de embrión
Inf. 2	39	pareja de mujeres	ROPA (recepción de ovocitos de la pareja)
Inf. 3	32	pareja heterosexual	FIV + PGT-A
Inf. 4	41	pareja heterosexual	ovodonación
Inf. 5	49	pareja heterosexual	ovodonación

4.1. Tratamientos de reproducción y percepción del sistema de reproducción asistida en el país de origen y el país de destino

En un primer bloque temático, se preguntó a las pacientes por su experiencia con los sistemas sanitarios involucrados (Francia y España) y cómo surgió la necesidad de buscar en España el acceso a TRA.

Un primer elemento de análisis que destaca por su frecuencia e intensidad es el testimonio unánime respecto a cómo la situación en su país de origen no parece ser demasiado favorable para la realización de tratamientos de fertilidad. En ese sentido, aparecen discursos ($n = 3$) sobre los elevados tiempos de espera como motor en la decisión de las pacientes a la hora de buscar clínicas de fertilidad en otro país.

La informante 2 y la informante 4 recalcan la importancia, antes de empezar cualquier tratamiento, de presentar un factor claro de infertilidad para que sean admitidas rápidamente en tratamientos de reproducción asistida, lo que juega en contra de la naturaleza reproductiva de la mujer, donde el tiempo (la edad) es un factor crítico para los posteriores tratamientos.

Así, junto al hecho de presentar un factor claro de infertilidad, las pacientes rápidamente aluden al principal impedimento, los tiempos de espera, para poder realizar el tratamiento que necesitan. Aquí nos encontramos con una de las diferencias más importantes entre las pacientes heterosexuales y las pacientes solteras o parejas de mujeres. Las parejas heterosexuales no tienen que esperar demasiado tiempo en Francia para poder acceder a las TRA, puesto que tienen prioridad para los tratamientos; mientras que las mujeres solteras y parejas de mujeres han de esperar más. Así, las pacientes nos confirman que queda mucho camino por recorrer y que las listas de espera siguen siendo muy largas para empezar con un primer tratamiento de reproducción asistida ($n = 3$).

Informante 2: «Tengo parejas de amigos heterosexuales que han hecho tratamiento porque tenían problemas de fertilidad y parece que va un pelín más rápido. [...] Siempre pensamos que como pareja de mujeres no somos prioritarias para tener acceso a la reproducción, los que tienen prioridad son los que presentan problemas de fertilidad [...] A nosotras en enero de 2022 nos decían que teníamos que esperar dos años».

Vemos, así pues, que los límites establecidos por la legislación francesa para la realización de tratamientos aparecen ligados a los tiempos de espera. En concreto, en el momento en que las pacientes deciden realizar un tratamiento porque «cuentan con una situación estable vital para poder formar una familia», la edad se ha convertido ya en un factor en contra del pronóstico del tratamiento (informantes 4 y 5), sobre todo porque la legislación les ofrece un límite de intentos (cinco) para poder llevar a cabo un tratamiento con sus propios gametos¹.

En el caso de la pareja homosexual y la madre soltera (informantes 1 y 2), dejan constancia de que no han tenido problema alguno en asumir el hecho de tener que pasar por un tratamien-

to de fertilidad. Aun así, confirman que los tiempos de espera han sido un factor determinante para venir a España a realizar el tratamiento.

Otra categoría que emerge de las entrevistas es que España, a ojos de las informantes, es un país de referencia en cuanto a las TRA. De hecho, las informantes 2 y 3 afirman haber tomado la decisión de someterse al tratamiento en España precisamente por ese motivo.

En el caso de la informante 3, el abanico de tratamientos que permiten ambas legislaciones es el motivo principal de su elección. Así, la elección de acudir a una clínica de reproducción asistida parte de la voluntad de la pareja de no transmitir un factor genético a su descendencia. Sin embargo, la legislación francesa solo contempla el tratamiento cuando ambos progenitores sean portadores de la mutación genética, con lo que la pareja quedaba fuera del sistema.

En cuanto a la donación de gametos, si bien está permitida en Francia, las informantes vuelven a aludir a las listas de espera como elemento disuasorio («mínimo, dos años para poder realizar el tratamiento con semen de donante», apunta la informante 2); aunque algunas informantes (informantes 1 y 5) apuntan a la posibilidad de «traer» a su propio donante para la realización del tratamiento, de manera que esto acortaría los tiempos de espera para poder realizar dichos tratamientos.

En cuanto al donante, la informante 2 comparte su inquietud respecto a que, según la legislación francesa y a diferencia de España, los hijos nacidos de una donación (ya sea de óvulos o de espermia) puedan tener acceso a los datos personales del o de la donante cuando sean mayores de edad. De hecho, fue por esa razón por la que la pareja de mujeres, si bien en un principio pudo pensar que podría ser positivo para su descendencia poder acceder a la información, acabó decantándose por el modelo español.

Informante 2: «Pero cuando el niño cumple 18 años [...] puede tener respuestas sobre el donante, si quiere. Acceder al fichero [...] viéndolo ahora en perspectiva, no me gustaría que mi hija tuviera esa información».

En relación con la donación, surge un factor común en todas las entrevistas: la percepción social de la donación en Francia y, por ende, de la reproducción asistida. Las entrevistadas están de acuerdo en que la reproducción asistida en Francia sigue viéndose como un tema tabú del que la gente no quiere hablar demasiado (informantes 1, 2 y 3). Nos confirman que, cuando se trata de una pareja que presenta problemas de fertilidad, se asume socialmente que las parejas tendrán que acudir a TRA, pero, en cuanto se trata de parejas de mujeres, mujeres solteras o parejas que tienen que pasar por técnicas de ovodonación, la opinión pública no es tan clara, tanto es así que ni siquiera se habla sobre ello, dando a entender que todavía no está aceptado hablar abiertamente sobre ese tipo de tratamiento.

La sociedad, o así lo manifiestan las informantes, está haciendo que la legislación francesa evolucione progresivamente. Sin embargo, las informantes reiteran que, a pesar de la ley, el camino que queda por recorrer sigue siendo muy largo. De he-

cho, las pacientes que han pasado por la ovodonación (informantes 4 y 5) confirman que no es un tema del que se pueda hablar con total libertad porque la sociedad sigue criticando estos tratamientos.

En cuanto a los testimonios de la realización del tratamiento en España, las pacientes reflejan la importancia del acompañamiento por parte del personal de las clínicas (ya sea médico o asistencial) a lo largo del proceso, puesto que para todas ellas la dimensión psicológica del tratamiento ha supuesto un mayor desgaste emocional que la dimensión física. Una de las pacientes (informante 2) refleja incluso que para ella fue mucho más sencillo, a la hora de abordar el tratamiento, confiar plenamente en su doctora y no haber leído nada sobre el tratamiento o sus implicaciones².

Uno de los principales problemas que recalcan las informantes es la diferencia en cuanto a los avances técnicos y pruebas en España, así como los problemas a los que se enfrentan a la hora de solicitar una prueba o un medicamento en la farmacia. La informante 3 nos confirma que la técnica del análisis genético de los embriones que necesitaba no está permitida como norma general en Francia y, en los únicos casos en los que lo está, no tiene tanto éxito como los estudios de las clínicas españolas. Puesto que podía transmitir una enfermedad genética a su descendencia, la informante no dudó en plantearse alternativas en el extranjero.

El avance técnico y el acceso a pruebas puede observarse también en la informante 5, que refiere la imposibilidad de realizarse analíticas para el estudio de la coagulación, de vital importancia en los casos de abortos de repetición y fallos de implantación. Se trata también de un elemento central para la informante 1, que refleja su desesperación cuando, al acudir a la farmacia a comprar medicamentos necesarios para el tratamiento, la farmacia se negaba a dispensárselos debido a su edad.

4.2. Experiencia como paciente y experiencia de la maternidad

Seguidamente, preguntamos a las pacientes por su experiencia con el tratamiento y su visión de la maternidad (roles, expectativas propias, expectativas sociales, etc.). Ya hemos visto que la reproducción asistida se aprecia como tabú social en los discursos de la informante 4 y la informante 1. Así, una paciente refiere que la reproducción asistida no es un tema del que se hable en las noticias, en la televisión ni sobre el que se publiquen estudios, y llega a confirmar que, en casos de personajes públicos que anuncian su embarazo a una edad muy avanzada, los medios obvian cómo se ha logrado el embarazo, lo que hace que el tabú social aumente:

Informante 4: «Hemos visto a famosas que con 47 años se han quedado embarazadas y claramente sabemos [las que hemos pasado por TRA] que ha sido por ovodonación y no lo dicen. Ayudaría mucho que visualizaran estos tratamientos, para que la sociedad fuera avanzando un

poco más en este aspecto. [...] En la ley está todo aprobado. Pero en la sociedad, todavía se está abriendo camino».

En cuanto a los tratamientos propiamente dichos, las informantes recalcan las diferencias en su salud entre haberse enfrentado a un tratamiento de fecundación *in vitro* (más exigente físicamente) frente al de ovodonación (más duro psicológicamente). De hecho, las que han tenido que pasar de un tratamiento a otro reflejan en las entrevistas la necesidad de pasar por el duelo genético que supone no utilizar sus propios gametos (informantes 4 y 5). En el caso de las parejas heterosexuales, las informantes confirman que dicho duelo hace mayor mella en la mujer que en el hombre, puesto que, en cualquier caso, ellos siguen manteniendo su gameto en el tratamiento.

Informante 5: «Fue duro psicológica e incluso físicamente. Porque, en cierto modo, es aceptar un embrión que es mitad de mi marido. De mi mitad no hay nada. Creo que, por supuesto, él hubiera preferido que fueran sus embriones y los míos, pero creo que quizás fue menos difícil para él en el sentido de que fue su esperma el que se utilizó».

En el caso de la informante 3, y pese a que la entrevista estaba centrada en la experiencia de la paciente, el acompañante intervino en la conversación para poner de relieve la importancia de apoyar a su pareja durante el tratamiento. En sus palabras, era ella «la que ha *sufrido* el tratamiento, la que ha tenido que pincharse todos los días, tomar la medicación y demás». Sin ser objeto directo de la investigación, el acompañante subraya la dimensión física del proceso, en contraste con las informantes, que tienden a poner de relieve sobre todo la dimensión emocional.

A la informante 1, la única que se embarca en el tratamiento de forma individual, sin un acompañamiento directo, no parece importarle haberse enfrentado al tratamiento sola. De hecho, hace hincapié en que prefiere haber estado sola en los momentos en los que ha tenido efectos secundarios (como las náuseas). Aun así, confirma haber tenido el acompañamiento indirecto e intermitente por parte de su familia y amigos.

Las parejas heterosexuales, por su parte, subrayan la diferencia entre que el problema de fertilidad lo presenten las mujeres o los hombres. Se suele dar por sentado que, cuando se acude a una consulta de fertilidad, se hace por un problema en la mujer. Ahora bien, sabemos que ambos factores (masculino y femenino) desempeñan un papel fundamental en la reproducción humana. Si bien cabe esperar que el factor femenino sea el que cobre más importancia en el campo de la fertilidad (la fertilidad de la mujer va disminuyendo a lo largo de su vida, mientras que la fertilidad del hombre se mantiene casi intacta hasta los 50 años), hemos podido comprobar (a través del testimonio de las informantes 3 y 5) cómo cambia la perspectiva en la pareja dependiendo de cuál es el factor que impide la concepción, sobre todo en lo que se refiere al duelo genético. Este duelo implica para ellos aceptar que uno o los dos gametos van a ser de donantes, y no los suyos propios.

De la misma forma, la informante 1 nos confirma que la sociedad sigue criticando a las madres que deciden ser madres solteras. Las consideran, a su juicio, egoístas, alegando que están privando al hijo de una figura paterna. La informante confirma haber recibido críticas por no haberse quedado embarazada de forma natural. De hecho, esas voces críticas han llegado a afirmar que su hijo «tendrá problemas a lo largo de la vida por no tener un referente paterno y tendrá problemas de conducta». Después, relata que ha escuchado en numerosas ocasiones que el hecho de ser madre soltera es sinónimo de criar a un delincuente. Estos comentarios, a su juicio recurrentes en la sociedad francesa, se resumen en que una mujer no va a ser capaz de criar a un hijo sola, que no le va a poder prestar ninguna atención y que más tarde o más temprano aparecerán problemas, entre otros, de conducta. La informante recalca, además, que gran parte de estos comentarios suelen provenir, en su gran mayoría, de otras mujeres.

Informante 1: «Hoy en día, ser madre soltera con tratamiento de fertilidad o no en Francia es un poco como convertirse en un miserable o un paria social. O vamos a tener problemas económicos o vamos a tener problemas para criarlos o se va a convertir en una delincuente o no va a poder hacerse respetar. Se está hablando mucho de eso en la televisión últimamente a consecuencia de los problemas que hay en las ciudades con el tráfico de drogas y demás [...]. También tienen mucho que decir si una madre soltera quiere tener más de un hijo [...]. En fin, es toda una historia».

4.3. Comunicación médico-paciente mediada por intérpretes

Por último, el tercer bloque de entrevistas se centró en el aspecto comunicativo (interlingüístico e intercultural) en los tratamientos de reproducción asistida en España y cómo este factor ha afectado a su perspectiva y experiencia en el campo de las TRA, así como a su experiencia de la maternidad.

En cuanto a la dimensión comunicativa y la barrera lingüística que supone someterse a un tratamiento de estas características en otro país, las entrevistadas coinciden de forma unánime ($n = 5$) en haber recibido una excelente ayuda y no haber experimentado ningún tipo de dificultad añadida, ya sea lingüística o cultural. Toda la información, la documentación y las explicaciones médicas les fueron facilitadas a través de una traductora e intérprete de francés sin incidencia alguna. De hecho, para la informante 5, la cercanía lingüística y cultural entre ambos países, sin conocer ella el idioma, fue otro de los elementos que la condujo a escoger una clínica en España.

La informante 1 menciona el ejercicio de «confianza ciega» que supone comunicarse a través de una intérprete para acceder, de forma precisa, a la información de la ginecóloga y someterse a los diferentes estadios del proceso. Al fin y al cabo, la labor de la intérprete es doble: por una parte, traducir del español al francés. Por otra, traducir una información

especializada, médica, a alguien que no dispone de esos conocimientos.

Informante 1: «Tienes que confiar en ellos. A veces me preguntaba si mi médica estaba recibiendo toda la información que le quería trasladar. Pero tienes que confiar en la organización porque, si no, no va a funcionar. [...]. Cuando me agobiaba por todo [...] tenía que decirme a mí misma: “Ya está, siempre ha habido confianza, no puedes dejar que eso cambie”».

En ese sentido, la intérprete se posiciona en el discurso de la paciente como una figura intermedia que, si bien pertenece a la plantilla de la clínica (junto a su ginecóloga, personal de quirófano, enfermeras, anestelistas, etc.), actúa también, en parte, como elemento de acompañamiento (y apoyo) a la propia paciente. En esta línea, la informante 2 afirma que, cuando tenían alguna duda puntual, «no tenía que esperar a tener una consulta con la ginecóloga, sino que la misma intérprete realizaba la consulta al especialista y le daba la respuesta directamente».

Esto, que podría entenderse como una transgresión de la labor tradicional de la intérprete (la de comunicar un mensaje en otro idioma sin implicarse personal o profesionalmente en la situación comunicativa que interpreta), puede ser un rasgo diferenciador de las intérpretes que trabajan en contextos donde existe una dimensión emocional profundamente marcada, como pueda ser un contexto médico.

Las informantes 1 y 2 recalcan, asimismo, el hecho de que tanto la ginecóloga como la intérprete, que eran las personas que más veían durante el tratamiento, fueran mujeres.

Informante 2: «La verdad es que nos sentíamos muy a gusto con el hecho de estar acompañadas todo el rato por mujeres, tanto la ginecóloga como la traductora. Al fin y al cabo, pueden llegar a entender por lo que estás pasando por el hecho de ser mujeres como nosotras».

Muchas de las pacientes reconocen que, independientemente de la dimensión técnica y profesional, eligieron España para la realización del tratamiento por «la cercanía en cuanto al carácter de los españoles» (informante 5). La comunicación de los pacientes con todo el personal de la clínica de fertilidad, mediada por una intérprete, parece ser del todo satisfactoria, y hemos podido comprobar que esto es así desde que las pacientes tienen una primera consulta con el especialista hasta que acuden de forma presencial a someterse a un tratamiento.

Se refleja también que las intérpretes, además de la comunicación interlingüística, realizan una labor asistencial que excede sus funciones y que, en el testimonio de las informantes, se vuelve indispensable en la realización de los tratamientos y el acompañamiento a las pacientes.

Informante 1: «La intérprete me traducía todas las consultas con el médico, cuando iba a Madrid, y me enviaba toda la información en francés, incluidos los correos electrónicos... Estaba ahí para todo lo que necesitara. De

hecho, a una de las traductoras le envié un montón de correos electrónicos para asegurarme de todo. Y ella, cuando me respondía, se aseguraba siempre de tranquilizarme y confirmármelo todo mil veces».

Esa labor tranquilizadora que permite a las pacientes poder expresarse en su propio idioma mientras están a la espera de indicaciones o resultados es un factor que resalta en concreto la informante 1. Al fin y al cabo, si bien el personal médico suele hablar algo de inglés, raramente habla francés.

5. Conclusiones

A través del testimonio de las informantes, hemos podido vislumbrar ciertos aspectos relevantes respecto a los tratamientos de reproducción asistida y la percepción de las TRA tanto en España como en Francia, así como la experiencia de la maternidad, la percepción de la reproducción asistida y los roles de género y la comunicación médico-paciente mediada por intérpretes.

En primer lugar, hemos observado que las limitaciones de la legislación francesa siguen siendo una realidad. Esto se convierte, sin lugar a dudas, en el principal factor que mueve a las pacientes a acudir a España para poder avanzar con los tratamientos de reproducción asistida antes de que la edad sea un impedimento para ellas.

En segundo lugar, las pacientes revelan que la reproducción asistida continúa siendo un tema tabú en la sociedad. Quizá por el hecho de que, a medida que las mujeres van cumpliendo años, su calidad ovocitaria va disminuyendo, la sociedad sigue «culpando» casi exclusivamente a la mujer sin asumir que, debido a los modelos de vida que llevamos actualmente, la calidad del gameto masculino está mucho más deteriorada que antaño (Mendoza y Maya, 2022).

Hemos podido recoger cómo las mujeres siguen siendo, a ojos de la sociedad, el elemento débil en la ecuación de la reproducción asistida, primero por el motivo biológico, pero también porque a veces se las juzga por querer formar una familia cuando, según la opinión social imperante, no deberían (por ser mujeres solteras, por ejemplo, tal y como explica la informante 1). Hemos podido comprobar cómo la ovodonación sigue siendo un tratamiento del que no se habla de forma abierta y hemos observado cómo el duelo genético, en caso de ovodonación, es mucho mayor en mujeres, ya que para los hombres no supone la pérdida del gameto.

En tercer lugar, hemos analizado el papel de las traductoras/intérpretes en las clínicas de reproducción asistida. Vemos cómo las intérpretes (así nos lo ilustran las informantes) desempeñan un papel fundamental a lo largo del recorrido de las pacientes durante todo el proceso. Asimismo, hemos podido comprobar que la figura de las intérpretes resulta fundamental para que se pueda desarrollar el tratamiento de las pacientes con éxito. El idioma resulta ser uno de los aspectos que limitan

la fluidez del desarrollo del tratamiento médico. Así, los intérpretes se convierten en un elemento más de la comunicación para poder facilitar la consecución de los tratamientos de las pacientes internacionales. Desde que realizan el primer contacto con las clínicas, las pacientes «dependen» de los intérpretes para todos los procesos hasta que llegan a España para la consecución de su tratamiento. Así, el papel de los intérpretes se extiende de alguna forma a la de una mediadora/acompañante de las pacientes a lo largo de todo el proceso.

Sin embargo, valdría preguntarse por el papel que ha de desempeñar el intérprete en el ámbito de la reproducción asistida. Por los testimonios de las pacientes, podemos entrever que su papel podría asemejarse más en alguna cuestión al de una mediadora que al de una intérprete propiamente dicha. Al fin y al cabo, la labor de los intérpretes en las clínicas de fertilidad parece exigir un acercamiento a las pacientes más personal y

empático y un manejo no solo de las técnicas de interpretación, sino también de técnicas de mediación para poder afrontar las situaciones que se pueden dar en un tratamiento de fertilidad. Asimismo, las pacientes nos confirman, a través de su testimonio, que sus intérpretes no solo les trasladaban la información del personal médico y viceversa, sino que estaban a su entera disposición por si tenían dudas y preguntas sobre el proceso. El hecho de que la mayor parte del personal médico fueran mujeres surge también como una de las grandes ventajas que apuntan las informantes, ligado a una mayor percepción de sentirse comprendidas y acompañadas a lo largo del proceso.

La fertilidad es un ámbito del conocimiento científico que no solo atañe a contextos médicos, sino también sociales, psicológicos y asistenciales. Si bien la legislación actual francesa, a juicio de las informantes, va progresivamente reflejando los cambios y conquistas sociales, todavía existe un nutrido grupo



de factores que rodean a la mujer en su experiencia durante las TRA que hacen que esta sea una experiencia muy concreta, mediada por la cuestión del género y sujeta a grandes presiones sociales. En contextos transnacionales, muy habituales en el ámbito de las TRA, la figura de las intérpretes es imprescindible para garantizar la comunicación y que el tratamiento llegue a buen puerto. Dicho papel, como hemos visto, se materializa en tres dimensiones comunicativas fundamentales: la dimensión interlingüística, propia de la comunicación en dos idiomas diferentes, la dimensión intralingüística, cuyo objetivo es trasladar un discurso especializado a un público lego, y la dimensión asistencial, de acompañamiento y de figura de referencia, poco habitual en otros contextos donde se da la interpretación.

En conclusión, la dimensión comunicativa en la interpretación en clínicas de fertilidad con pacientes internacionales emerge como un factor crítico para el éxito y la satisfacción tanto de las pacientes como del personal médico. La capacidad de comprender y transmitir información precisa en un contexto altamente sensible y multicultural es esencial para garantizar una atención óptima y empática. Reconocer y abordar estas complejidades comunicativas puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención y fortalecer las relaciones médico-paciente en el ámbito de la reproducción asistida.

NOTAS

1. La informante 5, de hecho, no decide recurrir a la reproducción asistida en España hasta presentar una patología de abortos de repetición y «consumir» los intentos de reproducción asistida en su país de origen.
2. Las necesidades de información a lo largo de cualquier proceso asistencial varían de paciente a paciente. La legislación española en materia de consentimiento informado, sin ir más lejos, respeta la voluntad del paciente «a no saber y/o trazar la línea de lo que se conoce como “verdad soportable”, es decir, la cantidad de información que el paciente está dispuesto a asumir en cada etapa del proceso asistencial» (Martínez-Carrasco y Ordóñez-López, 2023: 102).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al Shamsi, H.; A. G. Almutairi, S. Al Mashrafi y T. Al Kalbani (2020): «Implications of language barriers for healthcare: a systematic review», *Oman Medical Journal*, 35 (2): 122.

Alfonso-Figueroa, L.; L. Figueroa y L. García-Breto (2023): «Infertilidad, una mirada desde la psicología y la sexología», *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 27.

Angelelli, Claudia V. (2014): «Interpreting in the Healthcare Setting: Access in Cross-Linguistic Communication», en Silvia Chou Wen-Ying y Heidi E. Hamilton (eds.): *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Londres: Routledge, pp. 573-584.

Ariza, L. (2022): «El fundamento no patologizante de la ley nacional de acceso a la reproducción asistida en Argentina:

la situación en el ámbito de la salud pública a dos años de su implementación», *Inter disciplina*, 10 (28): 203-231.

Barranco Lafuente, B. (2017): *La gestión del estrés emocional en interpretación. Aplicación a la formación del intérprete en los servicios públicos* [trabajo de fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Beca-Infante, J. P. (2018): «La relación médico-paciente en el siglo XXI», *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 34 (4): 209-211.

Biber, J.; D. Ose, J. Reese, A. Gardiner, J. Facelli, J. Spuhl [...] y H. Weeks (2018): «Patient-reported outcomes - experiences with implementation in a University Health Care setting», *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2 (1): 1-7.

Calero, J. L. y F. Santana (2006): «La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles», *Revista Cubana de Endocrinología*, 17 (1).

Collazos Sánchez, F. (2021): *Pertinencia de la adaptación socio-cultural en la práctica clínica en salud mental* [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Consuegra-Fernández, M.; E. Girbal, J. Escarrabill y M. Sitges (2019): «Análisis de la comunicación médico-paciente en el Hospital Clínic: diferencias autoperceptuales entre médicos y pacientes», *XPA Health Communication*, 3: 1-13.

Cruz, J. E. (2017): «Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias», *Medicina Interna de México*, 33 (3): 299-302.

de la Victoria Rosales, M. (2021): «Comunicación en la relación médico-paciente», *Vida y Ética*, 22 (2): 9-26.

Díaz Bernal, Z. y D. García Jordá (2011): «La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad», *Revista Cubana de Salud Pública*, 37: 106-109.

Domínguez-Samamés, R.; Z. Romero-Albino y M. S. Cuba-Fuentes (2022): «Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú», *Revista Médica Herediana*, 33 (1): 35-40.

Fernández, M. A. F.; M. E. T. Pisco, J. G. C. Reyes y M. C. C. Martínez (2019): «La complejidad en la relación médico-paciente: una mirada actual», *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3 (1): 90-107.

González Estepa, L.; R. Royo Prieto y M. S. Cabrera (2020): «Voces de mujeres jóvenes feministas ante la maternidad: deconstruyendo el imaginario social», *Investigaciones feministas*, 11 (1).

Guerrero, C. L. y B. T. Hernán (2014): «Interpretación médica y mediación intercultural», *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 15 (40): 258-263.

Guix Oliver, J.; L. Balaña Fort, J. M. Carbonell Riera, R. Simón Pérez, R. M. Surroca Macià y L. Nualart Berbel (1999): «Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña», *Revista Española de Salud Pública*, 73: 669-675.

Hernández-Torres, I.; M. A. Fernández-Ortega, A. Irigoyen-Coria y M. A. Hernández-Hernández (2006): «Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina

- familiar», *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (2): 137-144.
- Karliner, L. S.; E. A. Jacobs, A. H. Chen y S. Mutha (2007): «Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature», *Health Services Research*, 42 (2): 727-754.
- López, L. (2023): «Los derechos reproductivos a la luz del derecho comparado: el caso español y francés», *Educación Multidisciplinaria para la Igualdad de Género*, 5: 69-88.
- López Vélez, L. E. y G. L. Zuleta Salas (2020): «El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas», *Franciscanum. Revista de las Ciencias del Espíritu*, 62 (174): 7-7.
- Lopezosa, C. (2020): «Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz», en C. Lopezosa, J. Díaz-Noci, L. Codina (eds): *Methodos. Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, pp. 88-97.
- Lozano, J. A. F.; P. C. M. Suárez y C. V. Sánchez (2000): «Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente», *Medicina integral: medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud*, 36 (3): 113-119.
- Marcos, J. F.; D. Cerdio, E. D. Campo, R. E. Gutiérrez, L. A. Castro y A. C. Cedillo (2021): «Relación médico-paciente e inteligencia emocional, un reto en la educación médica», *Medicina y ética*, 32 (3): 635-664.
- Maroto Navarro, G.; E. Castaño López, M. D. M. García Calvente, N. Hidalgo Ruzzante e I. Mateo Rodríguez (2009): «Paternidad y servicios de salud: estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas», *Revista española de salud pública*, 83: 267-278.
- Martí Gual, A. (2011): *Maternidad y técnicas de reproducción asistida. Un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias* [tesis doctoral]. Universitat Jaume I.
- Martínez-Carrasco, R. (2024): «¿Qué empleabilidad? Análisis curricular de los grados de Traducción e Interpretación en España», *Mutatis Mutandis. Revista Latinoamericana de Traducción*, 17 (1): 5-27. <<https://doi.org/10.17533/udea.mut.v17n1a01>>.
- Mayordomo, M. F. D. C. (2023): «Aproximaciones a un decálogo para la mediación lingüístico-cultural», *FITISPos International Journal*, 10 (1): 9-21.
- Mendoza, L. C. y W. C. Maya (2022): «Evaluación de la fertilidad masculina en casa», *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 49 (2).
- Meuter, R. F.; C. Gallois, N. S. Segalowitz, A. G. Ryder y J. Hocking (2015): «Overcoming language barriers in health-care: a protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language», *BMC Health Service Research*, 15, 1-5.
- Montalt-Resurrecció, V. y M. Shuttleworth (2012): «Research in translation and knowledge mediation in medical and healthcare settings», *Linguística Antverpiensia, New Series-Themes in Translation Studies*, 11.
- Moore, P.; G. Gómez, S. Kurtz y A. Vargas (2010): «La comunicación médico paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas?», *Revista Médica de Chile*, 138 (8): 1047-1054.
- Muñoz-Miquel, A. (2019): «Empathy, emotions and patient-centredness: a case study on communication strategies», *HERMES - Journal of Language and Communication in Business*, 59 (1): 71-89.
- Ordóñez Vázquez, N. A. y Z. Monroy Nasr (2021): «Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares», *Revista Latinoamericana de Bioética*, 21 (2): 11-24.
- Palacios, E.; E. Jadresic, F. Palacios, C. Miranda y R. Domínguez (2002): «Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento», *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67 (1): 19-24.
- Ramírez-Villaseñor, I. (2022): «La enseñanza de la relación médico-paciente con poder terapéutico: enfocado con la teoría fundamentada constructivista», *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9 (1): 20-30.
- Rodríguez Melchor, M. D. (2014): «El triángulo comunicativo en la consulta médica: la interpretación en el ámbito sanitario en España», en *Traducción e interpretación: lectura y comprensión de textos especializados en ciencias de la salud*. Madrid: Biblioteca Comillas, pp. 187-198.
- Trovato, G. (2012): «La mediación cultural en el ámbito sanitario: algunas reflexiones relativas a las problemáticas culturales y al papel del mediador», *Redit*, 8: 29-41.
- Valero Garcés, C. (2006): «El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos: un factor a tener en cuenta», *Quaderns: Revista de Traducció*, 141-154.
- Valero Garcés, C.; B. Navaza y L. Wahl-Kleiser (2014): «Introspectiva y retrospectiva: rumbos de la traducción e interpretación médica», *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 15 (40): 165-167.
- Vázquez, N. A. O. y Z. M. Nasr (2021): «La relación médico-paciente vista desde la experiencia de los familiares de enfermos de cáncer en etapa terminal», *Apuntes de Bioética*, 4 (2): 107-123.
- Venturelli, J. (2003): *Educación médica. Nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Verrept, H. (2019): *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550145>>.
- Watermeyer J.; Z. Thwala y J. Beukes (2021): «Medical terminology in intercultural health interactions», *Health Communication*, 36 (9): 1115-1124. <<https://doi.org/10.1080/10410236.2020.173570083>>.