



EL ROL DEL INTÉRPRETE EN EL ÁMBITO SANITARIO

ESTUDIO DE CASO: CIRUGÍA EN TURKANA

Autora: María Domínguez Pérez

Directora: Prof. Dra. Elena Aguirre Fernández-Bravo

27 de abril de 2018

UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS (MADRID)

TRABAJO FIN DE GRADO – TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

El rol del intérprete es muy importante. Sus palabras también pueden curar.

– Anónimo, 2018 –

Testimonio de un médico en Turkana

Una anécdota de la cultura Turkana: Confían en nosotros más allá de lo que les podemos dar.

Los turkanos son un pueblo serio. Tienen pocos motivos para sonreír. Hablamos con ellos a través de un colaborador o del personal del hospital que traduce del inglés a su lengua. Son muchos los pacientes que llegan a la consulta y tenemos la difícil tarea de elegir a cuáles podemos operar y a cuáles no. El criterio es lógico: niños o adultos con patología sencilla que una operación simple y eficaz solucione y que devuelva al individuo a una actividad normal en su comunidad. Cuando un paciente tiene una patología que no se puede intervenir en ese medio por los riesgos que conllevaría, es muy difícil explicarle que no le podemos operar.

En 2014, le expliqué a un adolescente y a su familia, a través del traductor, que no teníamos posibilidades de operar un tumor benigno enorme que tenía en la cara. Después de una hora hablando, me cogió la mano y me dijo algo que me tradujeron como: «Si usted vuelve el año que viene, traiga lo necesario para operarme, que yo le espero». Yo negué con la cabeza y nos despedimos. Un año después, en febrero de 2015, allí estaba. Habló otra media hora muy serio y la traducción fueron dos palabras: «tengo paciencia». Cada año, vuelve a la consulta y pregunta, me mira a los ojos y yo no sé qué cara poner. Quizá el intérprete no se atrevió a decirle que su caso no es operable en África y puede que tampoco con garantías en nuestro medio. O quizá yo no le insistí al intérprete para que tradujera la información con la crudeza necesaria. Lo más difícil es transmitir malas noticias, lo que al médico le cuesta decir y lo que el paciente no desea escuchar.

José María Mugüerza Huguet, 2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quería agradecer a todos los participantes del proyecto de Cirugía en Turkana que han accedido a formar parte de esta investigación. Aprecio enormemente vuestro tiempo y dedicación a la hora de contestar la encuesta. Sabed que, sin vosotros, este trabajo no habría sido posible.

En segundo lugar, quería agradecer a María Jesús, José María, Carmen, Ignacio Cristóbal, Juan Gabriel, Patricia, Jana y Aida, por haber respondido a las preguntas de la entrevista con tanto rigor y por haber compartido sus experiencias y vivencias con tanto detalle.

Además, me gustaría aprovechar la ocasión para hacer una mención especial a dos personas que han sido mi punto de conexión con el proyecto y que me han ayudado a difundir la encuesta y recopilar las entrevistas. Primero, la coordinadora del proyecto, Carmen Hernández, por estar siempre disponible y dispuesta a facilitarme toda la información que solicitaba acerca del proyecto. Gracias por haberme dado la oportunidad de sentirme parte de Cirugía en Turkana, a pesar de no ser médico, y gracias por todo el apoyo que me has dado, incluso cuando este trabajo no era más que una idea para un posible trabajo optativo. Segundo, a mi madre y participante del proyecto, por su constancia y dedicación para hacer que sus compañeros contestaran a la encuesta y preguntas de la entrevista. Gracias por haberme dado la idea de hacer un trabajo sobre Cirugía en Turkana y por todos los ánimos que me has dado desde que empecé a trabajar en este proyecto.

Por otro lado, me gustaría agradecer a mi tutora y profesora Elena Aguirre por su paciencia y dedicación durante todo el proceso de elaboración de este trabajo. Gracias por haberme guiado en la creación de las preguntas de la encuesta y por haberme ayudado a ver todo el potencial que tenía este trabajo.

Por último, a Jesús Méndez, por estar siempre dispuesto a escuchar mis ideas y reflexiones y por haberme ayudado a coger soltura con el programa de Excel durante estos últimos años. Gracias por haberme hecho ver que, con un poco de esfuerzo e ilusión, todo sale mejor de lo esperado.

Resumen

La búsqueda de una definición para el rol del intérprete ha sido una cuestión que lleva suscitando interés entre los investigadores desde hace décadas. Por eso, numerosos académicos han abordado el rol del intérprete desde distintas perspectivas, tanto desde el punto de vista teórico como práctico (si bien es cierto que la literatura bajo este último enfoque es más reducida y arbitraria). Algunos académicos, como Roberts (1997), Wadensjö (1998), Bolden (2000) o Diriker (2004), entre otros, han hecho uso del lenguaje metafórico para definir el rol del intérprete. En cambio, otros como Beltran Avery (2001), Brisset et al. (2013), Pöchhacker (2015) o Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015) han optado por definirlo a partir de realidades opuestas.

Ante la dificultad de definir dicho rol, este trabajo parte de la propuesta desarrollada por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015) para investigar sobre el rol del intérprete sanitario a través de un estudio de caso: Cirugía en Turkana. Se ha podido realizar un estudio a partir de una muestra de médicos que han participado en el proyecto para conocer su percepción acerca del rol del intérprete ante distintas situaciones interpretativas planteadas en una encuesta creada para este fin. Los resultados de la investigación sugieren que, a los ojos de los médicos participantes del proyecto, el intérprete sanitario se percibe como un mediador intercultural. Gracias a la recopilación de datos, este trabajo pretende crear nuevas líneas de investigación, en un intento de dotar a la interpretación sanitaria de mayor relevancia dentro de la disciplina de Interpretación.

Palabras clave: rol del intérprete; intérprete mediador; interpretación sanitaria; mediación intercultural; continuo de mediación; Cirugía en Turkana

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. FINALIDAD Y MOTIVOS	5
1.2. OBJETO DE ESTUDIO Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
1.3. ESTRUCTURA	8
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	9
2.1. EVOLUCIÓN DE LA INTERPRETACIÓN COMUNITARIA	9
2.2. PERSPECTIVAS SOBRE EL ROL DEL INTÉRPRETE	10
2.2.a. <i>Perspectivas sobre el rol del intérprete en el ámbito sanitario</i>	12
3. MARCO TEÓRICO	15
4. METODOLOGÍA	18
4.1. DESCRIPCIÓN DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	21
4.1.a. <i>Concepción de la comunicación</i>	22
4.1.b. <i>Dimensión social del papel del intérprete</i>	22
4.1.c. <i>Distancia identificativa</i>	23
4.1.d. <i>Coordinación de la comunicación</i>	24
4.1.e. <i>Esquema de comunicación de Jakobson</i>	25
4.1.f. <i>Concepción de la fidelidad</i>	26
4.1.g. <i>Gestión de la multiculturalidad</i>	26
4.1.h. <i>Visibilidad del intérprete</i>	27
4.1.i. <i>Gestión de las relaciones de poder</i>	28
4.1.j. <i>Preguntas de segmentación</i>	28
5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	29
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	29
5.2. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	30
5.2.a. <i>Análisis de resultados total</i>	30
5.2.b. <i>Análisis de resultados por parámetro</i>	33

6. CONCLUSIONES.....	43
6.1. LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA	45
6.2. ÚLTIMAS REFLEXIONES.....	46
7. REFERENCIAS	49
8. ANEXOS.....	56
ANEXO I. ENCUESTA.....	V
1. <i>Transcripción de la encuesta</i>	v
2. <i>Correspondencia de las situaciones a cada escala</i>	xiv
ANEXO II. TABLAS DE CONTENIDO	XV
ANEXO III. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE RESULTADOS POR PARÁMETROS	XXII
1. <i>Rol del intérprete en el esquema de Jakobson</i>	xxii
2. <i>Concepción de la comunicación</i>	xxiv
3. <i>Gestión de la multiculturalidad</i>	xxvi
4. <i>Gestión de las relaciones de poder</i>	xxviii
5. <i>Visibilidad del intérprete</i>	xxx
6. <i>Dimensión social del papel del intérprete</i>	xxxii
7. <i>Coordinación de la comunicación</i>	xxxiv
8. <i>Concepción de la fidelidad</i>	xxxvi
9. <i>Distancia identificativa</i>	xxxviii
ANEXO IV. ENTREVISTAS.....	XL
<i>Entrevista 1</i>	xl
<i>Entrevista 2</i>	xli
<i>Entrevista 3</i>	xliii
<i>Entrevista 4</i>	xlvi
<i>Entrevista 5</i>	xlvi
<i>Entrevista 6</i>	xlvii
<i>Entrevista 7</i>	xliv
<i>Entrevista 8</i>	l
<i>Entrevista 9</i>	lii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación de la percepción de los médicos sobre el rol del intérprete (muestra total)	31
Figura 2. Representación de los parámetros según su promedio correspondiente	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Parámetros definitorios del grado de mediación del intérprete	15
Tabla 2. Representación del promedio, desviación típica, coeficiente de variación y frecuencia de respuesta de cada rol (%) según la muestra total	32
Tabla 3. Representación del promedio, desviación típica, coeficiente de variación y frecuencia de respuesta de cada rol (%) según cada parámetro (muestra total).....	34
Tabla 4. Representación de resultados en función de cada parámetro, sexo, edad y especialidad	35
Tabla 5. Utilidad del trabajo	47

1. INTRODUCCIÓN

En el estudio y aprendizaje de la disciplina de Interpretación, suelen surgir las siguientes preguntas: ¿hasta qué punto puede el intérprete modificar el mensaje para facilitar su comprensión? ¿Es adecuado que se posicione a favor de una de las partes? En las últimas décadas, han surgido numerosos estudios e investigaciones que intentan aportar una respuesta a estas y muchas otras preguntas relacionadas con el comportamiento del intérprete. Ya sea desde un enfoque más teórico o práctico, muchas investigaciones suelen coincidir en que la definición del rol del intérprete es difícil de establecer. Esto es debido a la infinidad de situaciones interpretativas que existen y la cantidad de factores presentes en el acto comunicativo que pueden llegar a incidir en la forma de actuar tanto del intérprete como de los interlocutores. Independientemente de la finalidad individual que persiguiera cada investigación, parece que el interés por establecer una definición para el rol del intérprete nace de una preocupación por determinar hasta qué punto se considera la intervención de un intérprete éticamente correcta o incorrecta.

Si bien es cierto que, con la normalización del comportamiento del intérprete a través del establecimiento de códigos deontológicos y estándares de conducta profesional, el rol del intérprete quedó enmarcado como un canal del idioma y de la cultura (Pöchhacker, 2015), no fue hasta las últimas décadas de siglo XX cuando se produjo un mayor interés por la definición del intérprete como mediador cultural. Con el desarrollo de otras disciplinas, como la interpretación comunitaria, las investigaciones realizadas en este ámbito parecían indicar que la definición del rol del intérprete desde un enfoque teórico no era posible. Por eso, a partir de ese momento, los académicos empezaron a investigar sobre la definición del rol del intérprete a través de una concepción más dinámica que pudiera enmarcar cada situación interpretativa dentro de un mismo continuo. Entre las aportaciones más relevantes se puede citar a Angelelli (2004b), quien estableció un continuo en relación a la visibilidad del intérprete («*the visibility / invisibility continuum*»); Pöchhacker (2015) quien estableció un continuo en cuyos extremos se encontraban el «*non-involvement*» o no intervención y el «*active agency*» o agente activo; o Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015), quienes establecieron un continuo entre «intérprete canal» e «intérprete defensor».

A pesar de los esfuerzos por crear dichos continuos, la aplicación de los mismos en situaciones concretas no ha sido siempre fácil de realizar, dada la dificultad de acceder a fuentes primarias de información que permitieran dar a conocer su opinión acerca del rol del intérprete. Sin embargo, en este trabajo, gracias a los vínculos personales establecidos con la organización sin ánimo de lucro Cirugía en Turkana, se ha podido llevar a cabo un estudio acerca del rol de intérprete sanitario desde un punto de vista práctico para determinar cómo los médicos ven el papel del intérprete a raíz de su experiencia en el proyecto. Dada la complejidad lingüística del lugar y los limitados recursos de los que disponen, todos los médicos han podido trabajar junto con Steven Marin, un trabajador del dispensario de Nariokotome¹ que, una vez al año, dados sus conocimientos de inglés, se convierte en intérprete para facilitar la comunicación entre médicos españoles y pacientes turkana.

Gracias a esta colaboración, se ha intentado llevar a la práctica un enfoque puramente teórico, el continuo de mediación elaborado por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urgorri (2015), en un intento de materializar una de las propuestas que planteaban en su trabajo: «podría servir como herramienta metodológica para desarrollar estudios cuantitativos basados en la recogida de datos estadísticos con el objetivo de explorar este aspecto» (p.31). Así pues, aunque no se puedan extraer conclusiones firmes debido a los limitados recursos de los que dispone, este trabajo pretende aportar una pequeña contribución a la investigación en el ámbito de la interpretación comunitaria, en un intento de que sirva de base para otras investigaciones en el futuro.

1.1. Finalidad y motivos

Dada la limitada información acerca de la interpretación en países con gran diversidad lingüística, como Kenia, y la dificultad de acceder a fuentes primarias en la investigación sobre la percepción del rol del intérprete, el presente trabajo pretende aportar su grano de arena al estudio de la interpretación sanitaria, a través de un estudio

¹ El dispensario en el que trabaja este intérprete *ad hoc* ha surgido gracias a la misión de la Fundación Emalaikat. Se trata de una organización sin ánimo de lucro que colabora con la Comunidad Misionera de San Pablo Apóstol y María Madre de la Iglesia (MCSPA) para fomentar el desarrollo de las comunidades más desfavorecidas en Kenia, Malawi y Etiopía (Fundación Emalaikat, 2016).

de caso: Cirugía en Turkana. Así pues, este trabajo pretende determinar la opinión de los médicos participantes del proyecto acerca del rol del intérprete a partir de su experiencia.

Además, pretende dar un mayor reconocimiento a la interpretación comunitaria dentro del estudio de la disciplina de Interpretación. Tal como defienden algunos autores (Roberts, 1997; Valero Garcés y Gauthier Blasi, 2010), la interpretación comunitaria no llega a recibir la aceptación institucional y el reconocimiento que debería, dada la limitada presencia de investigaciones acerca del rol del intérprete. Tal como defiende Roberts (1997), es a través de una mayor comprensión de su rol como el intérprete comunitario puede llegar a recibir un mayor reconocimiento. Así pues, este trabajo se sumaría a las investigaciones realizadas de manera arbitraria en el ámbito de la interpretación médica que, desde un punto de vista práctico, pretenden analizar el rol del intérprete a través de distintos objetos de estudio.

Por otro lado, este trabajo pretende llevar a la práctica el continuo de mediación desarrollado por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urgorri (2015) que permite orientar a los intérpretes en proceso de formación acerca de su rol ante distintas situaciones interpretativas. Con ello, se pretende asentar las bases para futuras investigaciones que puedan hacer uso de otros recursos para llegar a resultados más concluyentes.

La elección de este tema surge a raíz de una pasión latente por el mundo de la medicina y la posibilidad de acceder a fuentes primarias de información para la realización de dicho trabajo. Se debe mencionar también, la satisfacción personal de poder sentirse parte del proyecto de Cirugía en Turkana, a pesar de no ser médico. Mediante la elaboración de esta investigación, se podría decir que se ha creado un vínculo entre el ámbito de la medicina y la disciplina de interpretación que se puede aprovechar para futuras investigaciones. El beneficio sería doble ya que, por un lado, permitiría dar una mayor visibilidad al proyecto, lo que ayudaría en la recaudación de fondos, y, por otro lado, permitiría el acceso a fuentes primarias de información para la elaboración de nuevos estudios. Además, el presente trabajo pretende retomar una investigación realizada para un trabajo voluntario en la asignatura de Interpretación II: Técnicas de mediación intercultural. En él, se hacía una aproximación al estudio del rol del intérprete como mediador cultural a través de una comparativa entre las diferencias culturales entre España y Kenia, según el paradigma de las dimensiones de Geert Hofstede. Este trabajo

incluía una entrevista al intérprete del proyecto Cirugía en Turkana en la que se podía ver la percepción del intérprete acerca de su propio rol. Dada su relevancia para este trabajo, se ha creído pertinente utilizar dicha entrevista como fuente documental. No obstante, por cuestiones de espacio, solo se podrá analizar en líneas generales².

1.2. Objeto de estudio y preguntas de investigación

El presente trabajo parte de la noción de que, en el ámbito de la interpretación médica, el intérprete se suele percibir como un mediador intercultural. Del mismo modo, se considera que puede haber situaciones que lleven al intérprete a realizar un mayor grado de mediación, con el fin de poder fomentar la transmisión de información de manera efectiva. Así pues, además de intentar aportar evidencias empíricas que muestren al intérprete como mediador, este trabajo pretende identificar también el prototipo de situaciones interpretativas que conllevan al intérprete a actuar de esta manera. Esto permitiría extraer patrones que podrían ser de utilidad para los docentes de Interpretación. Entre otras preguntas que se pueden plantear antes del desarrollo de la investigación se incluyen:

- ¿Cómo perciben los médicos el rol del intérprete?
- ¿Consideran su figura esencial para poder comunicarse con la población local?
- ¿Existen diferencias entre las percepciones de los médicos de distinta especialidad, género, edad y experiencia previa con intérpretes?
- ¿Cómo se podrían abordar el continuo de mediación desde un punto de vista práctico?
- ¿Se podría aplicar este método a otras situaciones interpretativas?

Teniendo en cuenta las preguntas de investigación que guían el desarrollo de este trabajo, se puede decir que su objeto de estudio es el rol del intérprete sanitario, analizado desde la perspectiva de los usuarios de la interpretación médica. Mediante este estudio se pretende dar forma a las cuestiones planteadas inicialmente, en un intento de que contribuyan no solo a la disciplina de la Interpretación en general, sino también en la formación de futuros intérpretes.

² La transcripción de la entrevista se puede encontrar en Anexo IV, Entrevista 9.

Del mismo modo, tal como indican Gentile, Ozolins y Vasilakakos (1996), el estudio sobre el rol del intérprete se ha realizado de manera descoordinada y aleatoria. Así pues, se espera que este trabajo contribuya a dar paso hacia un estudio más homogeneizado en la disciplina de interpretación sanitaria.

Con el fin de poder proporcionar resultados concluyentes y representativos, se ha limitado el estudio a los participantes del proyecto Cirugía en Turkana, una organización sin ánimo de lucro que, cada año lleva a unos 10 médicos procedentes de distintos hospitales de la Comunidad de Madrid para que participen en su proyecto quirúrgico en el Hospital Gubernamental de Lodwar (en la región de Turkana, al norte de Kenia). La duración suele ser de dos semanas y, en ese tiempo, los médicos pasan consulta y realizan intervenciones quirúrgicas a la población más necesitada. Fue en 2004 cuando surgió este proyecto, gracias a varios cirujanos generales del Hospital Ramón y Cajal, al frente de los cuales estaba la Dra. Elena Mendía. Con el paso de los años, se han unido a la iniciativa otros hospitales de la Comunidad de Madrid, como el Hospital de Alcalá o el Hospital Clínico (Cirugía en Turkana, 2016). Actualmente, la encargada del proyecto es la Dra. Carmen Hernández, cirujano general del Hospital Clínico.

Dadas los limitados recursos a disposición del proyecto, se toma como intérprete de referencia a Steven Marin, un trabajador del dispensario de Nariokotome que, por sus conocimientos de inglés, una vez al año actúa como intérprete *ad hoc* del proyecto. Algunos podrían comentar que la presencia de un intérprete *ad hoc* se podría considerar como intrusismo laboral, pues el intérprete no ha recibido ningún tipo de formación para serlo. No obstante, hay que comentar que Steven lleva más de 10 años desempeñando dicho papel, por lo que lleva una trayectoria en su formación como intérprete. Aunque sería interesante analizar las implicaciones de utilizar un intérprete profesional frente a un intérprete *ad hoc*, a efectos de este trabajo, se considerará que el intérprete está bien formado en el ámbito de la interpretación. No obstante, no se descarta la posibilidad de realizar una futura investigación en este ámbito.

1.3. Estructura

Este trabajo se divide en cinco partes, correspondientes a la estructura propia de un Trabajo Fin de Grado. Primero, se realizará una breve introducción al trabajo, en la que se expondrán las líneas generales que guiarán este trabajo, así como la definición de

los objetivos y del objeto de estudio. Del mismo modo, se definirá la estructura para aportar una mayor cohesión al trabajo y ayudar en su comprensión. Segundo, se establecerá un estado de la cuestión que recogerá los estudios más relevantes en relación con el objeto de estudio a tratar, es decir, el rol del intérprete. Se incluirá también un apartado que aborde este tema desde la perspectiva sanitaria. Tercero, se definirá el marco teórico como base para el desarrollo del análisis. En este caso, se utilizará la propuesta elaborada por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urgorri (2015). Cuarto, se describirá la metodología de este trabajo, con un apartado destinado a la explicación de las preguntas de la encuesta para reflejar la finalidad que perseguía cada una de ellas. Quinto, se realizará un análisis estadístico de los resultados de la investigación mediante el uso de los gráficos y tablas elaborados para este propósito. Del mismo modo, se comentarán algunos de los contenidos más relevantes de las entrevistas realizadas para profundizar sobre el rol del intérprete. Por último, se establecerán las conclusiones de la investigación y se comentará la relevancia que tiene para los médicos, intérpretes sanitarios, formadores de intérpretes y estudiantes de Interpretación e investigadores. Del mismo modo, se enumerarán las limitaciones encontradas y se sugerirán propuestas de mejora que fomenten la realización de futuras investigaciones en este ámbito.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1. Evolución de la interpretación comunitaria

Baker y Saldanha (2009) definen la interpretación comunitaria como la interpretación que tiene lugar en los Servicios Públicos para facilitar la comunicación entre los funcionarios y la gente común. Entre otras instituciones, se pueden mencionar: el departamento de policía o inmigración, los centros de bienestar social y los hospitales o centros de salud mental. Por su parte, Hale (2015) define la interpretación comunitaria como un tipo de interpretación que tiene lugar entre las personas que viven en una misma comunidad, sociedad o país, pero que no comparten el mismo idioma.

Al contrario que otras modalidades, la interpretación comunitaria se considera la más antigua del mundo (Roberts, 1997). Desde los años 70, algunos autores (Delisle, 1977; Roberts, 1997) empezaron a publicar artículos sobre los primeros encuentros

documentados con intérpretes. Por ejemplo, en 1534, tras su llegada a Canadá, el explorador Cartier decidió llevarse de vuelta a Francia a dos indígenas para enseñarles francés y así poder comunicarse con los iroqueses³ (Delisle, 1977). Entre 1740 y 1770, había más de 100 intérpretes, tanto hombres como mujeres, procedentes de distintas profesiones y etnias en las colonias británicas del norte de Virginia (Hagedorn, 1988).

Con el paso del tiempo, ya por los años 90, la investigación acerca de interpretación comunitaria se empezó a centrar, principalmente, en países como Australia, Suecia, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos y, en menor medida, Israel (Gentile, 1997). Es destacable el caso de Australia dado que fue uno de los países donde, desde los años 70, ya se habían producido varias investigaciones acerca de la interpretación comunitaria (Chesher, 1997). Entre ellas, se pueden nombrar las realizadas por Gentile (1985), Jones (1985) o Blewett (1988), entre otras.

A partir de ese momento, surgió una proliferación arbitraria de investigaciones en materia de interpretación comunitaria que, años más tarde, encontraron un punto de convergencia en las conferencias *The Critical Link*. Fue en 1995 cuando tuvo lugar la primera de ellas, en el Geneva Park Conference Centre de Orillia, Ontario. Participaron un total de 250 personas, entre las que se encontraban intérpretes, preparadores de intérpretes, usuarios de interpretación y representantes de distintas asociaciones y agencias de interpretación. Este encuentro permitió debatir sobre los temas de mayor relevancia para la interpretación comunitaria de ese momento; entre ellos, el rol del intérprete.

2.2. Perspectivas sobre el rol del intérprete

En paralelo con la evolución de la interpretación comunitaria, el interés por determinar el rol que ocupaba el intérprete dentro del acto comunicativo también fue incrementando con el paso del tiempo. Ya en los años 80, autores como Hagedorn (1988) comenzaron a analizar el rol del intérprete como mediador cultural. Esta noción ha dado lugar a sucesivas investigaciones. Por ejemplo, Angelelli (2003) estableció el *Interpreter's Interpersonal Role Inventory* para evaluar la opinión de los intérpretes acerca de su visibilidad dentro de una situación interpretativa. Con esta herramienta, la

³ Se trata de un término para referirse a los nativos de América del Norte que habitaban en la región de los Grandes Lagos, entre EE. UU y Canadá.

autora parece defender la presencia de una escala de visibilidad en la que, dependiendo de la modalidad de la interpretación, el intérprete se sitúa en un punto u otro («*visibility*» frente a «*invisibility*»). Con su estudio, Angelelli concluyó que, en interpretación comunitaria, los intérpretes se podían considerar como más visibles. También comentó que el rol del intérprete estaba delimitado por su procedencia, género y nivel socioeconómico, entre otros factores.

No obstante, Angelelli no es la única autora en intentar definir el rol del intérprete a partir de realidades opuestas. Otros autores que lo abordan de esta manera son: Beltran Avery (2001), quien considera que el rol del intérprete se enmarca entre el polo del «*conduit*» y del «*embeddedness*»; Brisset, Leanza y Laforest (2013), quienes establecen los polos «*agent of the System*» y «*agent of the Lifeworld*»⁴; Pöchhacker (2015) quien defiende los extremos de «*non-involvement*» y «*active agency*»; y Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015) quienes definen los polos del «*intérprete canal*» y del «*intérprete defensor*». En el siguiente apartado, se realizará una definición más exhaustiva de su propuesta, ya que se utilizará como marco teórico para la elaboración de este trabajo.

Como se puede observar, hay cierta dificultad a la hora de abordar y definir el rol del intérprete. Por este motivo, algunos académicos han optado por hacer uso de metáforas y descripciones metafóricas para denominar dicho rol (Roy, 2002). Por este motivo, en la literatura, se puede ver cómo algunos autores introducen distintos términos para representar el rol del intérprete. En estos casos, no aparecen continuos definidos por dos opuestos, sino que se otorga un nombre específico en función de cómo el académico percibe el rol del intérprete. Por ejemplo, entre los que consideran que el intérprete comunitario tiende a la mediación intercultural, se puede nombrar a Roberts (1997), Wadensjö (1998) o Diriker (2004). Algunos de los términos más empleados para definir este rol son: «*agent*», «*advocate*» o «*conciliator*» (Roberts, 1997); «*middleman*» (Wadensjö, 1998); «*gate-keeper*» (Wadensjö, 1998; Bolden, 2000); «*broker*» (Wadensjö,

⁴ Este continuo parte de la teoría de la acción comunicativa desarrollada por Habermas (1991), en la que se diferencia a «*the System*», caracterizado por su acción estratégica en busca de la eficiencia y el éxito, y «*the Lifeworld*», caracterizado por la búsqueda del entendimiento colectivo. En el marco propuesto por Brisset et al. (2013), se podría deducir que el intérprete del sistema es aquel que opta por la literalidad y la transmisión efectiva de la información, mientras que el intérprete de la «*humanidad*» es aquel que busca, además, el consenso de las partes involucradas a través de la mediación.

1998; Verrept, 2008); «*cultural mediator*» (Katan, 1999); «*cross-cultural 'facilitator'*» (Diriker, 2004); o «*active agent*» (Diriker, 2004).

No obstante, hay otros autores (Abbe, Simon, Angiolillo, Ruccione & Kodish, 2006; Fatahi, Hellstrom, Skott & Mattsson, 2008, entre otros) que, en sus investigaciones, sugieren que la función del intérprete tiende más hacia la literalidad. En estos casos, menos frecuentes en la literatura, el término que se suele utilizar para definir dicho rol es el de «*conduit*» (Abbe et al., 2006; Fatahi et al., 2008). En este sentido, Bolden (2000) añade que las metáforas «*voice box*» o «*translating machine*» también se utilizan con frecuencia.

Ante la situación descrita en los dos párrafos anteriores, se debe hacer mención a la opinión de Swabey y Mikkelson (2008), quienes consideran que el rol del intérprete comunitario es complicado de definir porque tiene que ver con la interacción humana y esta suele ser impredecible.

2.2.a. Perspectivas sobre el rol del intérprete en el ámbito sanitario

The California Healthcare Interpreters Association (2002) ofrece una definición para la interpretación en el ámbito sanitario:

[it is the] interpreting that takes place between a patient (or the patient and one or more family members) and a healthcare provider (doctor, nurse, lab technician) in settings across the healthcare continuum, including, but not limited to, doctor's offices, clinics, hospitals, home health visits, mental health clinics, and public health presentations (p.69)

Desde los años 90, la interpretación médica surgió como una disciplina por sí misma (Baker & Saldanha, 2009). A partir de ese momento, se empezaron a llevar a cabo investigaciones que abordaban el rol del intérprete, tanto desde la perspectiva de los intérpretes como desde la de los médicos.

The California Healthcare Interpreters Association publicó un informe en el que señalaba distintos tipos de roles para el intérprete sanitario. Primero, el «*message converter*», en el que el intérprete escuchaba, observaba el lenguaje corporal y convertía la totalidad del mensaje sin realizar ningún tipo de cambio; segundo, el «*message*

clarifier», en el que el intérprete identificaba las palabras que pudieran ocasionar malentendidos e intentaba ayudar a solucionar estos problemas en caso de que surgieran; tercero, el «*cultural clarifier*», en el que el intérprete iba más allá de la aclaración lingüística del mensaje para advertir de aquellas palabras que, culturalmente, tuvieran un sentido diferente para cada interlocutor y ayudar a las partes a entender algunas ideas que pudieran ser específicas de una sola cultura; por último, el «*patient advocate*», en el que el intérprete defendía que se podían realizar cambios con respecto a las intervenciones originales si se realizaban en beneficio del paciente. Del mismo modo, se consideraba que los intérpretes necesitaban una justificación clara para hacerlo y, por eso, la asociación sugería el uso de procesos de toma de decisiones éticas para facilitar dicha decisión.

También es importante mencionar la contribución realizada por Sleptsova, Hofer, Morina y Langewitz (2014), quienes llevaron a cabo una investigación bibliográfica de los artículos que trataban sobre el rol del intérprete, con el fin de identificar los términos más recurrentes, empleados por los académicos. Acotaron la búsqueda de aquellos artículos que presentaran evidencias empíricas a la hora de definir dicho rol. De esta manera, identificaron 34 publicaciones de un total de 1121. A partir de esta búsqueda, se identificaron como términos más frecuentes: «*manager or clarifier*», «*cultural broker*», «*patient advocate*» o «*mediator*».

Otras investigaciones realizadas en materia de interpretación sanitaria que abordan el rol del intérprete son: primero, el estudio realizado por Meyer, Apfelbaum, Pöchhacker y Bischoff (2003) en el que se establecía que el resultado de la intervención médica era mayor cuanto más «*cultural broker*» fuera el intérprete; segundo, el realizado por Diriker (2004) en el que el autor concluyó que el intérprete era un «*cross-cultural facilitator*» y que, al contrario que otras modalidades de interpretación (como la de conferencias), el rol del intérprete era de carácter interactivo; tercero, el elaborado por Leanza (2005) quien analizó el rol del intérprete en el ámbito sanitario desde el punto de vista de intérpretes, investigadores y médicos. Esto le permitió establecer cuatro tipos de rol en función de cómo se aborda el tema cultural, a saber, «*system agent*», «*community agent*», «*interrogation agent*» y «*linguistic agent*». También se puede mencionar el estudio de Tryuk (2007), quien concluyó que el intérprete debía adoptar el rol de mediador para fomentar la comprensión mutua entre ambas partes. De hecho, defendía

que el intérprete invisible e imparcial en el entorno de la interpretación comunitaria era muy difícil de conseguir. Asimismo, el autor consideraba que debería haber normas generales que pudieran aplicarse a todos los ámbitos de la interpretación comunitaria, ya que esto fomentaría la normalización de los estudios acerca del rol del intérprete y permitiría a los intérpretes en proceso de formación tener unas pautas generales para saber cómo actuar en determinados momentos. Por último, se puede hablar del estudio elaborado por Cortés (2009) en el que se establecía que:

el rol de mediador cultural, durante el proceso de interpretación, tiene como objetivo proveer explicaciones y marcos de referencia culturales necesarios para poder comprender la totalidad del mensaje expresado. En otras palabras, el rol de mediador cultural requiere que el intérprete explore el papel que juegan las creencias y contextos culturales (y religiosos) en la comunicación entre paciente y médico (p.240).

A pesar de que una gran mayoría de estudios defienden el carácter mediador del intérprete, hay algunos autores (Fatahi, Mattsson, Hasanpoor y Skott, 2005; Ngo-Metzger et al., 2007; Fatahi et al., 2008, entre otros) que, en la actualidad, siguen considerando que no parece haber consenso entre los académicos, intérpretes y usuarios. Esta percepción se puede ver fundamentada a través de la postura adoptada por algunos académicos. Por un lado, autores como Sleptsova et al. (2014) defienden la visión del intérprete como un mediador intercultural: «*professional interpreters should function as brokers of patients' interest, as mediators between health care professionals and patients, and in helping professionals and patients understand cultural differences*» (p.168). Por otro lado, académicos como Fatahi et al. (2005), Hale (2007), Fatahi et al. (2008) o Rowland (2008) que reconocen la razón de ser del mérito del intérprete canal en este ámbito y consideran que actúa de manera neutral e invisible. Para el presente trabajo, esta diferencia de opinión entre los académicos resulta muy interesante ya que, tal como se verá en los resultados obtenidos a raíz de la investigación, en algunas ocasiones, los encuestados también presentaron opiniones muy diferentes ante las distintas situaciones interpretativas.

A pesar de los estudios realizados en este ámbito, algunos académicos, como Dysart-Gale (2005), consideran que se deberían realizar más investigaciones que

combinaran las contrinuciones de intérpretes, médicos, pacientes, expertos en comunicación, y otros profesionales, con el fin de mejorar los códigos deontológicos del intérprete sanitario y reforzar los pilares teóricos sobre los que se establecen estos códigos.

3. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo partirá de la propuesta elaborada por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urgorri (2015) con relación al continuo de mediación de la interpretación para llevar a cabo la investigación. Dada la dificultad de dar con una definición del rol del intérprete que pueda ser utilizada en la práctica, las dos autoras proponen establecer un continuo de mediación en el que se puedan enmarcar todas las situaciones interpretativas posibles. De esta manera, a través de la definición de los dos polos extremos, se puede determinar la posición relativa del intérprete dentro del continuo según el comportamiento del intérprete. Para facilitar esta tarea, las autoras proponen nueve parámetros de mediación que hacen referencia a los factores que pueden incidir en el acto interpretativo. A partir de dichos parámetros, las autoras establecen 9 subescalas que, mediante la definición de los dos extremos correspondientes a cada una de ellas, permiten definir la posición que ocupa el intérprete dentro del continuo general de mediación y, por consiguiente, establecer su rol dentro de esa situación interpretativa en concreto.

Tabla 1. Parámetros definitorios del grado de mediación del intérprete

< mediación		> mediación
Intérprete canal	Parámetro de mediación	Intérprete defensor
No persona	Rol del intérprete en el esquema de la comunicación de Jakobson (1960)	Participante
Monológica	Concepción de la comunicación	Dialógica
Monoculturalidad	Gestión de la multiculturalidad	Multiculturalidad
Guardián de la puerta	Gestión de las relaciones de poder	Llave de la puerta
Invisible	Visibilidad del intérprete	Visible
Individuo	Dimensión social del papel del intérprete	Miembro del grupo

Traductor	Coordinación de la comunicación	Traductor y coordinador
Fidelidad lexicográfica	Concepción de la fidelidad	Fidelidad funcional
Primera persona	Distancia identificativa	Tercera persona

Fuente. Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015)

La tabla representada anteriormente refleja la propuesta de Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015) en función de los nueve parámetros que determinan el continuo de mediación y las subescalas derivadas de ellos. A continuación, se presenta una breve descripción de cada uno:

- **Rol del intérprete en función del esquema de Jakobson:** en el extremo del canal puro, el intérprete se presenta como un transmisor del mensaje. En otras palabras, es «la personificación del canal de la comunicación» (Aguirre Fernández-Bravo & Roca Ugorri, 2015, p. 25). De esta manera, el intérprete se muestra como un instrumento necesario para la comunicación, pero no incide en ella en ningún momento. En cambio, en el extremo del defensor puro, el intérprete se presenta como un participante activo del acto comunicativo, al igual que los otros interlocutores. Así pues, se convierte en un intermediario entre el emisor y receptor del mensaje, lo que le permite transmitir la información más allá de la perspectiva lingüística.
- **Concepción de la comunicación:** en el extremo del canal puro, el intérprete se centra en que la información fluya en un sentido (concepción monológica), es decir, del emisor al receptor. Así pues, el receptor se muestra como pasivo en el acto comunicativo y el intérprete no considera necesario incidir en este proceso. En cambio, en el extremo del defensor puro, el intérprete concibe la transmisión de información como un acto dinámico (concepción dialógica) en el que emisor y receptor cambian de función según el sentido en el que fluya la información. Así pues, el intérprete actúa como un participante más y todos ellos tienen una presencia activa en el acto comunicativo.
- **Gestión de la multiculturalidad:** desde la perspectiva del intérprete canal puro, se concibe el acto comunicativo como una realidad en la que solo está presente una cultura. Por este motivo, el intérprete canal no media en el acto comunicativo ni aporta ninguna aclaración al receptor de lo que dice el emisor porque no lo considera necesario. En cambio, desde el punto de vista del intérprete defensor, el acto comunicativo se concibe como una realidad en la que convergen distintas

culturas. Por eso, suelen aparecer obstáculos que el intérprete debe superar con el fin de crear un espacio en el que ambos interlocutores se entiendan.

- **Gestión de las relaciones de poder:** en el extremo del intérprete canal, el intérprete considera que las relaciones entre los interlocutores no dependen de él y, por tanto, se mantiene en una posición neutra entre ambos. No obstante, al no intervenir, el intérprete acaba posicionándose a favor de la parte más poderosa que es quien establece las formas de comunicación. En cambio, el intérprete defensor considera que, en acto comunicativo, existe siempre una diferencia de poder que tiene que gestionar, con el fin de equilibrar a ambas partes y llegar a establecer buenas relaciones. De esta manera, el intérprete actúa como la herramienta que permite a la parte más débil acercarse a la más poderosa. Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urganri (2015) parten de la propuesta de Davison (2000) para explicar este parámetro a modo de analogía. Así pues, el intérprete es el «*gatekeeper*» o «guardián de la puerta», mientras que el intérprete defensor es «la llave de la puerta».
- **Visibilidad del intérprete:** En este caso, Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urganri (2015) parten de la propuesta de Venuti (1995) para explicar este parámetro a modo de analogía. Así pues, el intérprete canal se muestra como «invisible» en el acto comunicativo, ya que debe intentar evitar cualquier acción que incida en el desarrollo del acto. En cambio, el intérprete defensor se muestra como «visible» en el acto comunicativo, ya que no tiene reparo en proporcionar aclaraciones y observaciones para facilitar la comunicación.
- **Dimensión social del papel del intérprete:** desde la perspectiva del intérprete canal, el intérprete se muestra como «individuo» y, por tanto, no se considera parte del grupo presente en el acto comunicativo. Así pues, se muestra ajeno a las intervenciones realizadas por el emisor y receptor y confía en que las partes resuelvan cualquier conflicto que pueda surgir. En cambio, desde la perspectiva del intérprete defensor, el intérprete se considera un miembro más presente en el acto comunicativo. De esta manera, colabora para que las partes tengan los mismos objetivos y logra crear un espacio positivo para el intercambio de información o una «armonía interpersonal» tal como lo expresan Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urganri (2015).

- **Coordinación de la comunicación:** en el extremo del intérprete canal, el intérprete aparece como un mero traductor de la información y su intervención se limita a replicar, si ayudar a que la información fluya de forma coordinada. Esto se debe a que no se considera que las partes son las que deberían coordinarse a sí mismas. Por su parte, en el extremo del intérprete defensor, el intérprete se considera responsable de esta coordinación por lo que se encarga de facilitar la comunicación entre las partes gestionando, entre otras cosas, los turnos de palabra. De esta manera, el intérprete defensor es tanto traductor como coordinador.
- **Concepción de la fidelidad:** desde la perspectiva del intérprete canal, se considera que la transmisión de la información debe respetar el mismo contenido semántico del original. Dicho intérprete aspira a la literalidad, por lo que debe mantener la «fidelidad lexicográfica». De esta manera, el intérprete evita modificar el mensaje original mediante cualquier tipo de aclaración o explicación adicional. En cambio, desde la perspectiva del intérprete defensor, se entiende que la transmisión de la información debe realizarse atendiéndose a la funcionalidad, ya que está definida por la intención que persigan las partes. De esta manera, el intérprete defensor es capaz de modificar el mensaje siempre y cuando refleje la misma intención perseguida por el original.
- **Distancia identificativa:** desde la perspectiva del intérprete canal, el intérprete emplea la primera persona para incidir lo mínimo posible en el acto comunicativo. Así pues, se limita a transmitir la información como si se tratara del mismo emisor. En cambio, desde la perspectiva del intérprete defensor, el intérprete emplea la tercera persona para distinguir su intervención de las otras partes. Al hacerlo, el intérprete es capaz de añadir valoraciones personales y aclaraciones de manera más sencilla.

4. METODOLOGÍA

Tal como se ha explicado anteriormente, el objetivo de este trabajo es investigar acerca de la percepción que tienen los médicos sobre el rol del intérprete a través de un estudio de caso: Cirugía en Turkana. Para ello, se elaboró una encuesta de tipo test que reflejaba nueve casos típicos que se podían dar el proyecto, generalmente entre uno o

varios pacientes, un médico y un intérprete. Cada caso correspondía a uno de los parámetros definitorios del continuo de mediación establecido por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urgorri (2015), en un intento de llevar a la práctica un modelo puramente teórico (ver Marco Teórico, apartado 3 de este trabajo). En cada uno de ellos, se mostraban cuatro situaciones interpretativas que representaban el rol del intérprete en un punto específico de la subescala derivada de cada parámetro: canal puro, canal – mediador, mediador – defensor y defensor puro. Así pues, se invitaba a los encuestados a seleccionar la situación interpretativa que consideraran más adecuada para cada caso, lo que permitiría determinar la percepción que tenían sobre el rol del intérprete. Se esperaba que esto permitiera determinar cómo veían los médicos al intérprete, con el fin de poder presentar datos que sustentaran las reflexiones iniciales del trabajo. En otras palabras, se esperaba que los resultados mostraran una preferencia por las situaciones interpretativas que reflejaran un mayor grado de mediación intercultural. De lograr cumplir este objetivo, se podría evaluar el potencial de este método como herramienta de análisis para sucesivas investigaciones que tuvieran como objetivo el estudio del rol del intérprete desde el punto de vista de sus propias disciplinas.

El programa utilizado para la elaboración de la encuesta fue SurveyMonkey, dado que era uno de los pocos programas que permitía incorporar un gran número de caracteres en cada opción. Esto permitió introducir en cada pregunta cuatro posibles situaciones interpretativas. Al tratarse de una versión de prueba, la encuesta se tenía que limitar a 10 preguntas, razón por la que todas las preguntas de segmentación tuvieron que aparecer bajo una misma entrada. A pesar de que el programa mostraba las gráficas de los resultados, se creyó conveniente elaborar gráficas independientes para poder reflejar mejor los resultados de la investigación.

Así pues, se puede decir que la metodología del este estudio es puramente cuantitativa, pues se basa en la recopilación de datos a raíz de una encuesta destinada a los participantes del proyecto de Cirugía en Turkana. Se tomó esta decisión para poder acotar el estudio a un ámbito en concreto, lo que permitiría obtener unos resultados más fiables. El medio de distribución para la difusión de la encuesta fue el correo electrónico. En este sentido, cabe destacar la gran ayuda proporcionada por Carmen Hernández, coordinadora y responsable del proyecto, así como María Jesús Pérez, participante del mismo. Gracias a ellas, se consiguió enviar la encuesta a 35 participantes del proyecto,

todos ellos médicos cirujanos procedentes de distintos hospitales de la Comunidad de Madrid. Una descripción más detallada de la muestra se realizará en el apartado 5.1 de este trabajo. Es necesario comentar que, de poder acceder a más recursos, esta encuesta se podría difundir entre todos los médicos que hubieran estado en contacto con un intérprete para poder extraer conclusiones más representativas.

Por otro lado, para poder proporcionar una visión más completa de la percepción que tienen los médicos acerca de rol del intérprete, también se presentó a los encuestados un documento con 5 preguntas abiertas que giraban en torno al rol del intérprete como mediador cultural:

- ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de la información?
- ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a transquizarles de alguna manera?
- ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?
- ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)
- ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

Con estas preguntas, se pretendía conocer de manera más detallada la opinión de los participantes a partir de su experiencia en el proyecto. De los 19 encuestados, 8 respondieron a este documento. Una recopilación de los testimonios de los 8 sujetos se puede encontrar en el Anexo IV. Por cuestiones de espacio, en este trabajo, solo se comentarán aquellas intervenciones que puedan guardar relación con alguno de los parámetros analizados o que aporten información relevante sobre el rol del intérprete. Así pues, en los casos en los que proceda, se añadirá un párrafo de análisis cualitativo para comentar los resultados de la encuesta, que es de carácter cuantitativo. Hay que decir que se trata de reflexiones muy detalladas y muy interesantes, realizadas por los propios usuarios de interpretación. Dichas entrevistas podrían generar nuevas líneas de discusión, por lo que tienen una gran valía como posibles fuentes documentales para futuras investigaciones de carácter cualitativo.

Tal como apunta Berk-Seligson (2002),

those with whom an interpreter interacts in the course of a day have conflicting notions of what [the interpreter's] role should be. It is recognised that this conflict has unwanted consequences for both the interpreter and for the parties involved (p.219).

Con el fin de poder determinar si, en el ámbito en el que se desarrolla la presente investigación, se llegaba a producir este conflicto del que hablaba Berk-Seligson (2002), se creyó conveniente rescatar de un trabajo anterior una encuesta dirigida al intérprete del proyecto. Esta fue elaborada con motivo de un trabajo voluntario para la asignatura de Interpretación II: Técnicas de mediación cultural. La comparativa entre las entrevistas realizadas por los médicos y el intérprete permitiría contrastar las opiniones entre usuarios y proveedores, lo que ayudaría a tener una visión más completa de cuál debería ser el rol del intérprete en el contexto de Cirugía en Turkana. De nuevo, por cuestiones de espacio, solo se podrán comentar los aspectos más significativos de esta entrevista y, por consiguiente, la comparativa entre la opinión de usuarios y el intérprete será de carácter general. No obstante, quedan a disposición de los investigadores con la esperanza de que puedan ser de interés para futuras investigaciones.

4.1. Descripción de las preguntas de la encuesta

En el siguiente apartado, se realizará un análisis descriptivo de las preguntas de la encuesta, con el fin de dar a conocer la finalidad que perseguía cada una de las situaciones presentadas, en un intento de que sirvan de referencia para futuros estudios. Esta descripción se realizará en el mismo orden en el que aparecían en la encuesta. Las 9 primeras preguntas corresponden a uno de los parámetros que definen el continuo de mediación establecido por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015), mientras que la última pregunta recopila una serie de preguntas de segmentación, así como una pregunta abierta que permite conocer la opinión de cada sujeto en relación al rol del intérprete. La *Tabla 1.* del Anexo I muestra la relación entre las situaciones y los parámetros de las 9 primeras preguntas, mientras que la *Tabla 5.* del Anexo II recopila las respuestas de la última pregunta.

4.1.a. Concepción de la comunicación.

Para analizar la percepción de los encuestados en función del parámetro de la concepción de la comunicación, se presenta el caso de un paciente que llega a la consulta con un enterocele, condición provocada por una debilitación de los músculos del intestino delgado que provoca su introducción en la vagina. En este caso, las cuatro situaciones interpretativas giran en torno a la forma en la que el intérprete concibe el acto comunicativo. Así pues, la situación que represente al intérprete mediador debe mostrar cómo este tiende a considerar al receptor como un participante activo del acto comunicativo. Por eso, añade información al mensaje para que el receptor lo entienda correctamente. En cambio, el intérprete canal, al considerar al receptor como pasivo en el acto comunicativo, se limita a transmitir el mensaje del emisor de manera literal sin preocuparse por la manera en la que será recibido.

En la situación interpretativa que representa al canal puro (situación 1), el intérprete se limita a interpretar literalmente la intervención del emisor sin tener en cuenta al receptor. Por este motivo, solo aporta una explicación de la condición que padece el paciente cuando este pregunta al médico. En la situación del intérprete canal – mediador (situación 3), el intérprete, consciente de que el receptor no va a entender el mensaje, introduce una explicación aclarativa del término médico e introduce al paciente de manera indirecta en el acto comunicativo al preguntarle si ha entendido el mensaje. Al no ser así, informa al médico para que sea él quien aporte las aclaraciones que solicita el paciente. En la situación del mediador – defensor (situación 4), el intérprete trata al paciente como activo en el acto comunicativo, al decirle al médico que va a añadir una explicación aclarativa en el mensaje porque entiende que el paciente no lo va a entender. A continuación, se dirige directamente al paciente para transmitir la información. En la situación del intérprete defensor puro (situación 2), se ve de nuevo cómo el intérprete hace partícipe al receptor, al dirigirse directamente a él con una explicación aclarativa del mensaje, pero no le da ningún tipo de explicación al emisor.

4.1.b. Dimensión social del papel del intérprete.

Con el fin de llevar este parámetro a la práctica, se presenta el caso de un padre, un niño de 10 años y su abuela de unos 75 años. Los dos últimos tienen que recibir una intervención quirúrgica, pero el médico considera mejor tratar antes a la mujer, dado que

está más grave. En este caso, las situaciones interpretativas, giran en torno a cómo el padre malinterpreta la situación a causa de una diferencia cultural. En Kenia, dados los limitados recursos de los que disponen, una mujer de avanzada edad con una enfermedad grave no suele ser tratada. En cambio, en España, se trata a todos los pacientes y aquellos que están más graves se atienden antes. Por este motivo, al indicar el médico que va a tratar antes a la mujer, el padre considera que es porque su hijo ha fallecido. Ante esta situación, la manera que tiene el intérprete de lidiar con esta diferencia cultural es lo que le hace tener un mayor o menor grado de mediación.

Así pues, en la situación que representa al canal puro (situación 2), el intérprete no proporciona ningún tipo de aclaración a la hora de informar a la familia del paciente, lo que hace que este considere que su hijo ha fallecido. En la situación de canal – mediador (situación 1), el intérprete identifica el foco del malentendido, una vez que interpreta la reacción del padre. No obstante, no hace nada para evitar esta confusión, al no proporcionar ninguna aclaración a la hora de informar a la familia. En la situación que representa al intérprete mediador – defensor (situación 3), el intérprete evita el malentendido, al explicar al padre que, en España, se suele tratar primero al paciente de mayor gravedad. Esto indica un mayor grado de mediación. Por último, en la situación de defensor puro (situación 4), antes de llevar a cabo cualquier intervención, el intérprete informa al médico de la diferencia cultural y, a continuación, procede con la transmisión del mensaje, incluyendo una explicación para que el familiar también esté informado. En este caso, habría mayor mediación, ya que se informa a las dos partes de las diferencias que hay en ambos países.

4.1.c. Distancia identificativa.

Para llevar este parámetro a la práctica, se presenta el caso de un paciente que insulta al médico, al haberle hecho daño en la obtención de una muestra de sangre. El término elegido para representar el insulto es *mzungu* que, en suajili y turkana es una palabra despectiva para referirse a los descendientes de los europeos. Las situaciones interpretativas que reflejan cada uno de los posibles roles del intérprete giran en torno a la forma que tiene el intérprete de transmitir al médico este insulto.

En la situación que representa al intérprete canal puro (situación 3), el intérprete realiza una intervención literal, palabra por palabra, lo que puede llevar al médico a pensar

que es el propio intérprete quien le llama *mzungu*. En la situación del canal – mediador (situación 4), el intérprete interviene de manera literal, pero añade «dice el paciente» al final para marcar algo de distancia e indicar que es el paciente quien se ha expresado de esa manera. En la situación de mediador – defensor (situación 2), el intérprete hace uso de la tercera persona para distanciarse aún más. Por último, en la situación de defensor puro (situación 1), el intérprete hace uso de la tercera persona y el discurso indirecto para que no quepa duda alguna de que el intérprete no es más que un transmisor de la información y que no es él quien realiza ese comentario despectivo. Así pues, en la definición de estas situaciones, hay que tener cuidado porque, al contrario de lo que pueda parecer, una mayor mediación supone actuar más como un canal. Esto se consigue distanciándose de los interlocutores y dejando claro que quien realiza el comentario despectivo es el paciente y no el intérprete.

4.1.d. Coordinación de la comunicación.

Para trasladar este parámetro a la práctica, se presenta el caso de una niña con una enfermedad de transmisión sexual que llega a la consulta acompañada de su madre. En un momento determinado, las dos empiezan a hablar entre ellas. Las cuatro situaciones interpretativas giran en torno a la forma que tiene el intérprete de lidiar con esta situación, ya sea al final de la intervención, facilitando al médico un resumen de la intervención, o interrumpiendo el diálogo para informar de lo que sucede a medida que las dos interlocutoras hablan entre sí.

En la situación que representa al intérprete canal puro (situación 2), el intérprete realiza una intervención cada vez que habla uno de los participantes, sin llegar a especificar quién dice cada cosa. En la situación del canal – mediador (situación 4), el intérprete deja a las dos interlocutoras hablar entre sí y luego él proporciona al médico una única explicación de las intervenciones. En la situación del mediador – defensor (situación 2), el intérprete interrumpe a la madre para solicitar un momento de pausa y así poder informar al médico de lo que han comentado hasta ese momento. Por último, en la situación de defensor puro (situación 1), el intérprete se dirige al médico mediante la técnica de *chuchotage* para explicar, de forma simultánea, lo que está ocurriendo. Así pues, se puede observar cómo, a excepción de la situación del intérprete canal puro en la que no realiza ningún tipo de coordinación, en las otras tres situaciones restantes, el

intérprete lleva a cabo distintas técnicas de coordinación de los participantes para poder transmitir la información de manera efectiva y ordenada.

4.1.e. Esquema de comunicación de Jakobson.

Para analizar la percepción de los encuestados en función del parámetro del esquema de comunicación de Jakobson, se presenta el caso de un paciente con un fuerte dolor en el pecho. El médico necesita informarle de que le van a hacer una intervención quirúrgica. Con el fin de poder trasladar este parámetro a cuatro situaciones interpretativas que representen un punto específico del continuo de mediación, es necesario encontrar una expresión ambigua en la lengua meta, causada por tener un significado tanto figurado como literal, que, además, tenga un equivalente en la lengua origen con las mismas características. Es decir, una expresión que también tenga un significado figurado y otro literal. De esta manera, en función de la elección que tome el intérprete para trasladar la expresión de una lengua a otra, se puede observar un mayor o menor grado de mediación por su parte.

En este caso, la elección de dicha expresión no ha sido fácil de encontrar debido a todas las condiciones que debía cumplir. Tras una exhaustiva labor de documentación, se ha encontrado una que, aunque no comúnmente utilizada por los médicos, reúne los requisitos necesarios: «partir el pecho». Se trata de una expresión de la jerga médica que quiere decir «realizar una intervención quirúrgica». Así pues, la expresión puede significar dos cosas distintas, según se tome de forma literal o figurada. Por otro lado, se trata de una expresión que, en sentido figurado, tiene un equivalente funcional en la lengua meta que además puede llegar a ser ambiguo si se toma de manera literal: *to put under the knife*.

La situación interpretativa correspondiente al intérprete canal (situación 1) muestra una interpretación totalmente literal. De esta manera, el intérprete se queda al margen del acto comunicativo y no provoca ninguna alteración del mensaje en la transmisión de este entre el emisor y el receptor. La situación del intérprete canal – mediador (situación 2) muestra cómo el intérprete traslada la ambigüedad del mensaje en la lengua original a la lengua meta, a través de una expresión que tiene un significado figurado y otro literal. De nuevo, el intérprete se queda al margen del acto comunicativo. La situación del intérprete mediador – defensor (situación 4) muestra a un

intérprete, consciente de la ambigüedad del mensaje. Por eso, decide dirigirse al receptor para hacerle consciente de dicha ambigüedad y que sea él quien interprete el sentido del mensaje. En este caso, el intérprete participa de manera indirecta en el acto comunicativo. La situación del intérprete defensor puro (situación 3) refleja cómo el intérprete se convierte en un actor más del acto comunicativo al preguntar directamente al emisor sobre el sentido de la frase para evitar la ambigüedad. Una vez aclarado, el intérprete modifica la expresión para que receptor obtenga un mensaje en lengua meta con el mismo significado funcional que perseguía el emisor.

4.1.f. Concepción de la fidelidad.

Con el fin de llevar a la práctica este parámetro, se presenta el caso de un paciente que tiene un micetoma, una enfermedad infecciosa producida por hongos o bacterias que afecta a la piel y los huesos del pie. En Kenia, se conoce comúnmente como *Madura Foot*. Las cuatro situaciones interpretativas giran en torno a la forma que tiene el intérprete de transmitir este tecnicismo para que el paciente entienda de qué enfermedad se trata.

De esta manera, en la situación que representa al canal puro (situación 4), el intérprete mantiene la fidelidad lexicográfica, al traducir el término literalmente a la lengua de origen. En la situación del canal – mediador (situación 3), el intérprete traduce el término de forma literal, pero introduce el término que se suele utilizar en el país de origen del paciente (*Madura Foot*) a modo de aclaración. En la situación de mediador – defensor (situación 2), el intérprete considera que no es necesario trasladar el tecnicismo, por lo que solo introduce la denominación más coloquial de la enfermedad. Por último, en la de defensor puro (situación 1), el intérprete explica directamente los síntomas de la enfermedad para que el paciente entienda perfectamente lo que le sucede, independientemente de cómo se denomine la enfermedad. De esta manera, opta por no dar nombres específicos para asegurarse de que el mensaje queda claro.

4.1.g. Gestión de la multiculturalidad.

En este caso, se presenta a un paciente de avanzada edad, procedente de un poblado aislado de la zona, que, en su intervención, utiliza muchas frases hechas propias de la zona. Las cuatro situaciones interpretativas giran en torno a la forma en la que el

intérprete gestiona estas frases hechas para que el médico entienda lo que el paciente quería decir. Se debe reconocer que, en la elaboración de las situaciones interpretativas para esta pregunta, la localización de frases hechas que pudieran ilustrar esta situación no fue posible. Por este motivo, no se pudieron crear situaciones con diálogo. En su lugar, se introdujeron cuatro enunciados descriptivos en los que se explicaba verbalmente lo que el intérprete debería hacer para gestionar esta situación. Asimismo, hay que señalar que no se incorporó a la descripción el número de situación a la que correspondía, lo que dificultó la recogida de datos.

De esta manera, la situación del canal puro (situación 3) describe cómo el intérprete interpreta palabra por palabra todo lo que el paciente ha dicho, incluidas las frases hechas, sin preocuparse por que el receptor entienda el mensaje. En la del canal – mediador (situación 2), el intérprete realiza una intervención introduciendo todo lo que el paciente ha dicho, incluidas las frases hechas, pero quiere saber si el médico ha entendido la situación. Por eso, al final, añade una pregunta. En la de mediador - defensor (situación 1), el intérprete interpreta literalmente las frases hechas y añade una explicación de las mismas para facilitar la comprensión del médico. Por último, en la situación de defensor puro (situación 4), el intérprete parafrasea directamente el mensaje para adaptar las frases hechas al castellano, sin darle al médico mayores explicaciones.

4.1.h. Visibilidad del intérprete.

Para trasladar este parámetro a la práctica, se presenta a un paciente que había recibido atención médica hace un año. El médico debe saber si se ha tomado la medicación todas las mañanas, tal como se le había indicado. En su contestación el paciente empieza a contar una historia y no contesta realmente la pregunta del médico. En este caso, las cuatro situaciones interpretativas giran en torno a cómo el intérprete reconduce al paciente en su discurso para que el médico reciba su respuesta.

En la situación de canal puro (situación 4), el intérprete deja al paciente contar su relato y, a continuación, realiza una intervención literal de todo su contenido. En la del canal – mediador (situación 1), el intérprete interrumpe al paciente para preguntarle de nuevo lo que solicitaba el médico, pero, en su respuesta, se limita a aportar una intervención literal. En la situación de mediador – defensor (situación 3), el intérprete explica al médico que había interrumpido al paciente para reconducirle en su respuesta y

parafrasea, a modo de resumen, la intervención del paciente. Por último, en la situación de defensor puro (situación 2), el intérprete también interrumpe al paciente para reconducir en su discurso, pero, en este caso, identifica la información relevante dentro de la intervención del paciente y solo transmite al médico lo que él solicitaba en un principio. Además, le explica la situación para que esté al corriente de lo que ha pasado.

4.1.i. Gestión de las relaciones de poder.

Con el fin de llevar este parámetro a la práctica, se presenta a una mujer de avanzada edad con un ganglión en la mano que no había estado antes en una consulta. Por eso, en sus intervenciones, es ambigua, titubea y se repite. Las cuatro situaciones interpretativas giran en torno a la forma que tiene el intérprete de relacionarse con la mujer, con el fin de reducir la ansiedad que padece ante esta nueva situación. Así pues, cuanto más se acerque el intérprete a la parte más vulnerable (en este caso la mujer) para tranquilizarla, mayor mediación estará llevando a cabo.

En la situación de canal puro (situación 2), el intérprete no reacciona ante el comportamiento de la mujer y se limita a realizar una intervención literal, replicando sus pausas y repeticiones. En la de canal – mediador (situación 3), el intérprete sí reacciona ante esta situación y se dirige a ella con una frase tranquilizadora explicándole que el médico está ahí para ayudar. En la de mediador – defensor (situación 4), el intérprete no introduce ninguna frase, pero se acerca a ella físicamente para dar apoyo y transmitir tranquilidad. Por último, en la de defensor puro (situación 1) realiza la misma acción, pero, además, añade a su intervención que tanto él como el médico están ahí para ayudar y que, por eso, no se debe preocupar.

4.1.j. Preguntas de segmentación

Dada la restricción impuesta por parte del programa utilizado para elaborar la encuesta (se debían limitar las preguntas a un máximo de 10), las preguntas de segmentación se tuvieron que agrupar bajo una misma pregunta. Por eso, se dejó un espacio en blanco para que cada sujeto lo rellenara en función de sus características personales. Así pues, la última pregunta de la encuesta solicitaba el sexo, edad, años ejerciendo como médico, especialidad médica y número de días con intérprete. Además, se preguntaba directamente si consideraban importante el rol del intérprete y en qué

sentido. Hay que decir que esta pregunta se introdujo en el último momento para asegurarse de que todos los encuestados la respondieran. No obstante, también se introdujo en las preguntas abiertas destinadas para las entrevistas.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra

En lo referente a la encuesta de tipo test, se ha obtenido un total de 19 respuestas. A pesar de la reducida muestra, hay que tener en cuenta que, cada año, van unos 12 médicos al proyecto de Cirugía en Turkana. Por eso, se puede hablar de una muestra relativamente significativa, a pesar del limitado número de participantes. Por otro lado, hay que destacar que, al ser una iniciativa lanzada desde la unidad de Cirugía general del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, no es sorprendente que una gran mayoría sea de esta especialidad (14 de los 19 encuestados). Tan solo hay 5 encuestados que no son cirujanos generales: dos traumatólogos, dos ginecólogos y un cirujano maxilofacial. Con el fin de obtener resultados concluyentes, en el estudio por segmentos, se han agrupado estas especialidades bajo un único subgrupo que se ha denominado ‘otras especialidades’. Del mismo modo, hay que señalar que hay una gran mayoría de respuestas realizadas por mujeres (14 de los 19 encuestados). Por este motivo, se ha hecho un estudio separando las mujeres cirujano generales del resto para ver si este grupo llegaba a alterar los resultados, tal como se puede ver reflejado en la *Tabla 2.* del cuerpo de este trabajo. Por último, en cuanto a la edad de los participantes, hay 3 participantes de 30 años o menos, 9 de entre 31 y 40 años y 7 de 40 años o más. El encuestado más joven tiene 28 años y el más mayor 64.

En cuanto a las entrevistas, 8 de los 19 participantes de la encuesta respondieron a las preguntas abiertas: 5 eran mujeres y 3 eran hombres (ver Anexo IV). En lo referente al primer grupo, todas ellas eran cirujanos generales del Hospital Clínico San Carlos. En lo referente al segundo grupo, 2 eran cirujanos generales, uno del Hospital Clínico y el otro del Hospital de Alcalá de Henares, y el restante era ginecólogo del Hospital de la Zarzuela.

5.2. Resultados de la encuesta

En este apartado, se procederá a analizar los resultados. Se han realizado dos análisis diferentes para tener una visión más completa de la percepción de los médicos sobre el rol del intérprete. En el primero, se tratarán los resultados en su conjunto, sin distinguir entre parámetros. En el segundo, se analizarán los resultados en función de cada parámetro para analizar cada una de las preguntas de la encuesta por separado. Asimismo, con el fin de complementar el análisis estadístico, se han introducido también algunas reflexiones a partir del contenido de las entrevistas.

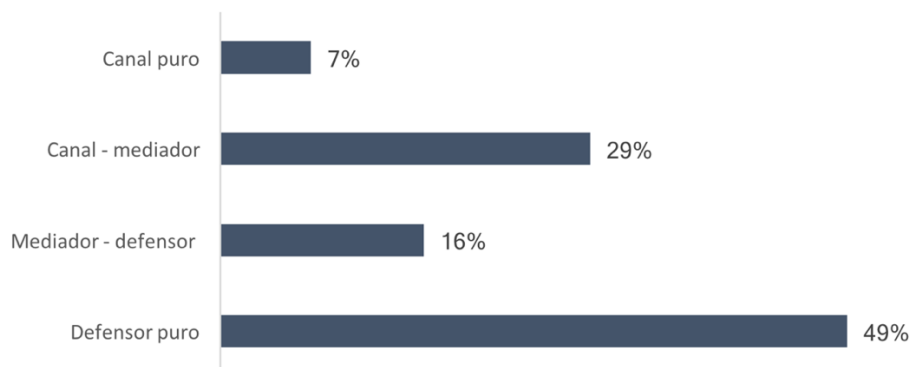
Como cada parámetro analiza los mismos roles del intérprete dentro del continuo de la mediación, al tratar los resultados en su conjunto se pueden crear un total de 171 respuestas (19 sujetos \times 9 preguntas que corresponden a cada uno de los parámetros). Al ser una muestra mucho más grande, se pueden obtener unos resultados más fiables y representativos. No obstante, este trabajo pretende determinar también la percepción de los médicos sobre el rol de intérprete en función de cada parámetro, razón por la que se creó en la encuesta una pregunta por cada uno de ellos. Así pues, tras el análisis general, se procederá a analizar los resultados de forma individual.

Para ambos análisis, se ha realizado una segmentación en función del sexo, edad y especialidad médica para observar si había diferencias notables entre cada subgrupo. Del mismo modo, se ha calculado el promedio, desviación típica, coeficiente de variación y la frecuencia de respuestas para tener una visión más completa de los resultados (ver Anexo III). Por cuestiones de espacio, no se han introducido los gráficos que reflejan la información de la *Tabla 2.* y *Tabla 3.* Estos se encuentran recogidos en el Anexo II.

5.2.a. Análisis de resultados total

A continuación, se muestra una gráfica que representa los porcentajes de los resultados de la encuesta en su totalidad, es decir, sin diferenciar entre parámetros ni sujetos.

Figura 1. Representación de la percepción de los médicos sobre el rol del intérprete (muestra total)



Fuente. Elaboración propia.

Tal como se puede observar, la opción de defensor puro fue la respuesta más repetida en toda la encuesta, en un 49 %. Esto quiere decir que, de las 171 respuestas posibles, 83 de ellas fueron defensor puro. A continuación, la opción de canal – mediador, en un 29 %, seguida de mediador – defensor, en un 16 %. Por último, estaba la opción de canal puro que representó un 7 % de las respuestas totales.

De esta manera, se puede decir que la mayoría de los médicos participantes del proyecto de Cirugía en Turkana consideran que el intérprete debería tender a adoptar un papel de mayor mediación. Esto significaría que, dentro del continuo de mediación establecido por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urgorri (2015), el intérprete debería tender hacia el polo de intérprete defensor. Así pues, se podría considerar que los resultados de esta investigación reflejan las reflexiones iniciales de este trabajo, entre las que se consideraba que, dentro de la modalidad de interpretación sanitaria, el rol del intérprete debería ser más de mediador que de canal.

Esta postura también se puede ver reflejada en las aportaciones de los médicos en las entrevistas. Los 8 participantes que contestaron a las preguntas coincidieron en que el papel del intérprete va más allá de la transmisión de la información: aporta a los médicos un mayor conocimiento de la cultura y las costumbres turkana (Cristóbal García, 2018; Dziakova, 2018; Hernández Pérez, 2018; Mugüerza Huguet, 2018; Pérez Contín, 2018; Pérez Jiménez, 2018), ayuda a tranquilizar a los pacientes (Hernández Pérez, 2018; Sáez Carlin, 2018; Tejerina, 2018) o ayuda a los médicos a tomar mejores decisiones médicas (Pérez Contín, 2018), entre otras funciones. Asimismo, ante la pregunta de si

consideraban al intérprete como mediador entre ambas culturas, todos contestaron positivamente, aunque con distintos grados de convicción: «sin duda» (Mugüerza Huguet, 2018), «totalmente» (Hernández Pérez, 2018; Pérez, Jiménez, 2018) o «sí» (Cristóbal García, 2018; Dziakova, 2018; Pérez Contín, 2018; Sáenz Carlin, 2018; Tejerina, 2018). Del mismo modo, es interesante señalar que el intérprete también compartía la misma opinión ante esta pregunta. Marin (2017) consideraba que su función era de mediador intercultural para asegurarse de que los pacientes entendieran correctamente lo que iba a suceder.

En un principio, se temía que los resultados estuvieran sesgados, dada la presencia de un mayor número de mujeres (14 de los 19 encuestados) y especialistas en Cirugía general (14 de los 19 encuestados). Para comprobar si los resultados tendían a estos segmentos, se realizó un análisis en función del sexo, edad y especialidad, así como de mujeres cirujano general, que representaba a 12 de los 19 encuestados. Esto se puede ver representado en la tabla a continuación.

Tabla 2. Representación del promedio, desviación típica, coeficiente de variación y frecuencia de respuesta de cada rol (%) según la muestra total

Segmentación	Promedio	σ	C _v	N.º de sujetos	Frecuencia (% respuestas)			
					CP	C - M	M - D	DP
Muestra total	3,06	1,03	33,6 %	19	7 %	29 %	16 %	49 %
Mujeres	3,07	1,02	33,2 %	14	6 %	29 %	15 %	49 %
Hombres	3,02	1,06	34,9 %	5	9 %	27 %	18 %	47 %
30 años o menos	3,04	1,13	37,1%	3	11 %	26 %	11 %	52 %
De 31 a 40 años	3,05	0,99	32,3 %	9	5 %	31 %	19 %	46 %
41 años o más	3,08	1,05	34,2 %	7	8 %	27 %	14 %	51 %
Cirugía general	3,02	1,03	34,1 %	14	7 %	30 %	16 %	47 %
Otras especialidades	3,16	1,02	32,4 %	5	7 %	24 %	16 %	53 %
Mujer cirujano general	3,03	1,04	34,2 %	12	7 %	30 %	16 %	47 %
Resto	3,11	1,02	32,7 %	7	6 %	27 %	16 %	51 %

Fuente. Elaboración propia.

Nota. Las abreviaturas de la tabla corresponden a: σ = desviación típica / C_v = coeficiente de variación / CP = canal puro / C - M = canal - mediador / M - D = mediador - defensor / DP = defensor puro.

Al igual que en la *Figura 1.*, que indicaba que los roles más repetidos en las respuestas por orden descendente eran defensor puro, canal – mediador, mediador – defensor y canal puro, los porcentajes de frecuencia de respuesta según cada segmento, mantienen esta misma secuencia en todos los casos analizados: primero, el intérprete defensor puro, que oscila entre un 47 % y un 53 %; segundo, intérprete canal – mediador, que varía entre un 24 % y un 31 %; tercero, el intérprete mediador – defensor, que fluctúa entre el 11 % y 18 %; y, en última posición, el intérprete canal, que oscila entre el 5 % y 11 %. Es interesante señalar cómo, en todos los casos, la dispersión entre el porcentaje más alto y más bajo de cada segmento siempre se sitúa entre los 6 y 7 puntos porcentuales.

Por otro lado, para poder calcular el promedio y desviación típica de los resultados obtenidos, se asignó un valor numérico a cada rol: 1 = canal puro, 2 = canal – mediador, 3 = mediador – defensor y 4 = defensor puro. De esta manera, se pudo determinar que el promedio total de todas las respuestas obtenidas es de 3,06. Esto quiere decir que la media de las respuestas estaba ligeramente por encima de la posición de mediador – defensor. No obstante, hay que recalcar que esto no quiere decir que sea la opción más repetida. De hecho, la *Figura 1.* muestra cómo, en realidad, esta opción es la tercera más frecuente. El motivo por el cual el promedio se sitúa en este valor es debido al gran número de respuestas que tienden al 4 (defensor puro) y al 2 (canal – mediador). Esta idea queda reflejada en el hecho de que la desviación típica es de 1,05, lo que representa un 34,2 en términos porcentuales.

Asimismo, es curioso señalar cómo todos los segmentos están posicionados muy cerca del promedio total, independientemente del número de sujetos que haya por grupo. Esto sugiere que los resultados de la encuesta no están sesgados a favor de los grupos con más sujetos, tal como se temía en un principio. De hecho, el subgrupo de mujeres cirujano general tiene un promedio del 3,03, mientras que para el resto es de 3,11. Al ser este número relativamente cercano a la media total, en principio, se podría decir que la influencia de este posible sesgo es escasa.

5.2.b. Análisis de resultados por parámetro

A continuación, se presenta una tabla que recopila los resultados totales de la muestra (19 encuestados) en función de cada pregunta de la encuesta en el orden que

fueron presentadas. Para ver a qué parámetro corresponde cada número de pregunta, se puede acudir a la *Tabla 1*. del Anexo I o a la *Tabla 4*. del cuerpo de este trabajo. Asimismo, en el Anexo III, se muestra la representación gráfica de los resultados de la encuesta.

Tabla 3. Representación del promedio, desviación típica, coeficiente de variación y frecuencia de respuesta de cada rol (%) según cada parámetro (muestra total)

	N.º de pregunta								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Promedio por pregunta	1,7	3,9	3,7	3,1	3,9	2,4	3,4	3,0	2,5
σ por pregunta	0,7	0,3	0,7	1,0	0,5	0,8	0,8	1,1	0,8
Cv (%)	40 %	8 %	20 %	32 %	12 %	35 %	23 %	35 %	31 %
CP (%)	42 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	0 %	16 %	0 %
C – M (%)	47 %	0 %	16 %	42 %	5 %	63 %	16 %	5 %	63 %
M – D (%)	11 %	11 %	0 %	11 %	0 %	16 %	32 %	42 %	21 %
DP (%)	0 %	89 %	84 %	47 %	95 %	16 %	53 %	37 %	16 %

Fuente. Elaboración propia.

Nota. Las abreviaturas de la tabla corresponden a: σ = desviación típica / Cv = coeficiente de variación / CP = canal puro / C – M = canal – mediador / M – D = mediador – defensor / DP = defensor puro.

Se han identificado tres posibles agrupaciones de preguntas, en base a la selección del rol del intérprete en cada situación planteada. Las respuestas a las preguntas 1, 6 y 9, que corresponden a los parámetros de concepción de la comunicación, concepción de la fidelidad y gestión de las relaciones de poder, tienden al polo del intérprete canal, con un promedio de 1,7, 2,4 y 2,5, respectivamente. En cambio, las respuestas a las preguntas 2, 3 y 5, que corresponden a dimensión social del papel del intérprete, distancia identificativa y rol del intérprete en función del esquema de Jakobson, tienden a polo de intérprete defensor, con un promedio de 3,9, 3,7 y 3,9, respectivamente. Por su parte, las respuestas a las preguntas 4, 7 y 8 que corresponden a coordinación de la comunicación, gestión de la multiculturalidad y visibilidad del intérprete se quedan más cerca del promedio total de la encuesta (3,06). Cada una tiene un promedio de 3,1, 3,4 y 3,0, respectivamente.

Una vez analizados los resultados de la muestra general, se comentarán en función de la segmentación de la muestra por sexo, edad y especialidad, de acuerdo con cada uno

de los parámetros, tal como queda recogido en la *Tabla 4*. La representación gráfica de los resultados se puede obtener del Anexo III.

Tabla 4. Representación de resultados en función de cada parámetro, sexo, edad y especialidad

Parámetros definitorios	Rol	M. Total	Segmentación						
			Por sexo		Por edad			Especialidad	
			M	H	≤ 30	31-40	≥ 41	CG	Otras
Concepción de la comunicación (P.1)	CP	42 %	36 %	60 %	67 %	33 %	43 %	43 %	40 %
	C - M	47 %	50 %	40 %	33 %	56 %	43 %	43 %	60 %
	M - D	11 %	14 %	0 %	0 %	11 %	14 %	14 %	0 %
	DP	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Dimensión social del papel del intérprete (P.2)	CP	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	C - M	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	M - D	11 %	7 %	20 %	0 %	11 %	14 %	14 %	0 %
	DP	89 %	93 %	80 %	100 %	89 %	86 %	86 %	100 %
Distancia identificativa (P.3)	CP	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	C - M	16 %	21 %	0 %	0 %	22 %	14 %	21 %	0 %
	M - D	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	DP	84 %	79 %	100 %	100 %	78 %	86 %	79 %	100 %
Coordinación de la comunicación (P.4)	CP	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	C - M	42 %	50 %	20 %	33 %	56 %	29 %	50 %	20 %
	M - D	11 %	7 %	20 %	0 %	11 %	14 %	7 %	20 %
	DP	47 %	43 %	60 %	67 %	33 %	57 %	43 %	60 %
Esquema de comunicación de Jakobson (P.5)	CP	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	C - M	5 %	7 %	0 %	0 %	0 %	14 %	7 %	0 %
	M - D	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	DP	95 %	93 %	100 %	100 %	100 %	86 %	93 %	100 %
Concepción de la fidelidad (P.6)	CP	5 %	7 %	0 %	33 %	0 %	0 %	7 %	0 %
	C - M	63 %	57 %	80 %	67 %	56 %	71 %	57 %	80 %
	M - D	16 %	14 %	20 %	0 %	33 %	0 %	14 %	20 %
	DP	16 %	21 %	0 %	0 %	11 %	29 %	21 %	0 %
Gestión de la multicultura- lidad (P.7)	CP	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	C - M	16 %	14 %	20 %	0 %	11 %	29 %	21 %	0 %
	M - D	32 %	21 %	60 %	33 %	44 %	14 %	29 %	40 %
	DP	53 %	64 %	20 %	67 %	44 %	57 %	50 %	60 %
	CP	16 %	14 %	20 %	0 %	11 %	29 %	14 %	20 %

Visibilidad de intérprete (P.8)	C - M	5 %	7 %	0 %	33 %	0 %	0 %	7 %	0 %
	M - D	42 %	43 %	40 %	33 %	56 %	29 %	43 %	40 %
	DP	37 %	36 %	40 %	33 %	33 %	43 %	36 %	40 %
Gestión de las relaciones de poder (P.9)	CP	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	C - M	63 %	57 %	80 %	67 %	78 %	43 %	64 %	60 %
	M - D	21 %	29 %	0 %	33 %	0 %	43 %	21 %	20 %
	DP	16 %	14 %	20 %	0 %	22 %	14 %	14 %	20 %

Fuente. Elaboración propia.

Nota. Las abreviaturas de la tabla corresponden a: P. = número de pregunta de la encuesta / M. Total = muestra total / CP = canal puro / C - M = canal - mediador / M - D = mediador - defensor / DP = defensor puro.

Para realizar un análisis más exhaustivo de los resultados, se comentarán los parámetros según tiendan al polo del intérprete canal, al polo del intérprete defensor o al promedio de la encuesta total (3,06), siendo estos últimos los que mantienen una posición más neutra dentro del continuo de mediación, pero más orientada al polo defensor que canal. Además, se analizarán las posibles diferencias entre los segmentos en función de la edad, sexo y especialidad. A continuación, se intentará proporcionar una reflexión crítica de las situaciones que representan a cada parámetro para intentar explicar por qué unas tienden al extremo de intérprete canal y otras al de intérprete defensor.

En lo referente a los parámetros que tienden hacia el polo del intérprete canal, hay que comentar que en ninguno de los casos la opción más votada es la de canal puro. Esto sugiere que, incluso en aquellas situaciones en las que se percibe al intérprete más canal, sigue habiendo algo de mediación. Esto se puede ver reflejado en el hecho de que, en los parámetros de concepción de la comunicación, concepción de la fidelidad y gestión de las relaciones de poder, el rol que predomina es el de canal - mediador en un 47 %, 63 % y 43 %, respectivamente. Así pues, la situación que representa el parámetro de concepción de la fidelidad es en la que el intérprete se más se percibe como canal dentro de las 9 situaciones planteadas. En función de la segmentación por sexo, edad y especialidad, es curioso observar cómo en dos de los tres parámetros (concepción de la fidelidad y gestión de las relaciones de poder), se mantenía la misma secuencia que en los resultados de la muestra total de la encuesta, con el rol de canal - mediador como opción preferida. No obstante, en el parámetro de concepción de la comunicación se pueden observar dos excepciones. En el caso de hombres y en el de 30 años o menos, los sujetos consideraron que el canal puro era el rol más importante, con un 60 % y un 67 %

de los votos, respectivamente, seguidos del canal – mediador, con un 40 % y 33 %, respectivamente.

Como se ha mencionado anteriormente, el parámetro de concepción de la fidelidad es el que más tiende al polo del intérprete canal. Una posible explicación se puede encontrar en el hecho de que, para muchos médicos, la precisión léxica es muy importante, ya que es necesaria para poder diagnosticar correctamente a un paciente. Siguiendo este razonamiento, no es de extrañar que la situación interpretativa más votada fuera aquella en la que el intérprete traducía literalmente la enfermedad («*mycetoma*»), junto con el término conocido por el paciente («*Madura Foot*»).

Sin embargo, los testimonios de los médicos entrevistados no parecen indicar la misma idea. De entre las intervenciones realizadas, se identificaron comentarios que podrían relacionarse con el rol del intérprete en función de la concepción de la fidelidad, por ejemplo, la de Dziakova (2018) o Hernández Pérez (2018). En ambos casos, sus comentarios sugieren que, para ellas, el rol del intérprete es más mediador, ya que explican cómo este adaptaba el lenguaje para que el paciente entendiera el mensaje correctamente. De hecho, tal como comentaba Hernández Pérez (2018):

si queremos decirle [al paciente] ‘tómese este fármaco cada ocho horas’, el intérprete traducirá: ‘tómese el fármaco a la salida del sol, cuando el sol este en lo alto y cuando el sol se ponga’. Lo mismo ocurre con otras preguntas como ‘¿cuántos años tiene?’ y nuestro traductor preguntará ‘¿qué edad tiene el hijo de tu hijo mayor’ para hacer una estimación de la edad que tiene el paciente.

Esta explicación sugiere que el intérprete optaba por la fidelidad funcional en lugar de lexicográfica, lo que indicaría una preferencia por el intérprete mediador en lugar de canal. Así pues, se deberían analizar con mayor profundidad los resultados obtenidos en función de este parámetro para ver si se podría resolver dicha discrepancia.

Por otro lado, el parámetro de concepción de la comunicación puede encontrar su razonamiento en la configuración de la propia pregunta más que en la percepción de los médicos en sí. Al incorporar la pregunta «*do you understand what I mean?*», en la situación interpretativa n.º 3 (que representaba al intérprete canal – mediador), los

encuestados podrían haber interpretado esta situación como aquella en la que había un mayor grado de mediación, razón por la que obtuvo un mayor número de votos. Si bien es cierto que el hacer una pregunta directa al paciente podría parecer que se le consideraba como activo dentro del acto comunicativo, la situación seguía representando una comunicación más monológica que dialógica. A su vez, hay que comentar que, en la situación n.º 2 (correspondiente al defensor puro) no quedaba claro si, finalmente, el paciente había entendido el mensaje, a pesar de que el intérprete lo había simplificado para facilitar su comprensión. Como el médico no tenía la certeza de que el paciente estuviera bien informado, esta situación interpretativa no fue considerada por ninguno de los encuestados. De hecho, es la única pregunta de toda la encuesta en la que se presenta esta situación. Por este motivo, se podría decir que este fallo en la presentación de la situación correspondiente al defensor puro es lo que podría haber llevado a los sujetos a elegir una opción que representara un menor grado de mediación por parte del intérprete.

En cuanto al parámetro de gestión de las relaciones de poder, una posible explicación para la elección de la situación de canal – mediador radica en el hecho de que los encuestados no asociaran el comportamiento del intérprete (coger al paciente de la mano y mirarle a los ojos) como algo que implicara una mayor mediación. Hay que señalar que los gestos son algo más difíciles de percibir y, en algunos casos, pueden ser objeto de malinterpretaciones. Por eso, ante una cultura tan diferente como puede ser la turkana, los médicos habrían podido considerar suficiente mediación la transmisión de tranquilidad a través de las palabras, como en la situación n.º 3 con «*the doctor is here to help you*» más que con los gestos, como en la situación n.º 1 y n.º 4, a pesar de que representaran una situación de menor mediación.

Sin embargo, las aportaciones realizadas por los médicos en las entrevistas sugieren que el intérprete es capaz de tranquilizar a los pacientes a través de su actuación (Cristóbal García, 2018; Dziakova, 2018; Hernández Pérez, 2018; Tejerina, 2018). En este sentido, se puede hacer referencia al testimonio realizado por Dziakova (2018):

Creo que el paciente, cuando acude al médico, no busca solo la solución de su problema físico, sino también quiere ser escuchado, poder hablar de problemas y situaciones, las que a veces le producen vergüenza y no le resulta fácil hablar de ellos, ni con sus seres más queridos.

A pesar de que no se explicita, dichas intervenciones podrían sugerir que el intérprete se posiciona a favor del paciente para conseguir que «confíen en nosotros [médico e intérprete] y no tengan miedo» (Hernández Pérez, 2018). Se podría deducir, por tanto, que el intérprete se posiciona, en cierta medida, a favor del paciente con el fin de reducir las diferencias de poder que existen entre paciente y médico, lo que indicaría un mayor grado de mediación. De hecho, tal como comenta Mugierza Huget (2018) «solo si el paciente percibe que el intérprete comprende al 100 % su situación, la comunicación será eficaz». Así pues, al igual que en el parámetro de concepción de la fidelidad, se debería realizar un análisis más exhaustivo con el fin de determinar cuál de las dos percepciones es la que se adapta mejor a la realidad.

En lo referente a los parámetros que tienden hacia el polo del intérprete defensor, hay que comentar que el promedio de cada pregunta se encuentra muy próximo del máximo. Esto sugiere que la gran mayoría de los encuestados han elegido al defensor puro como rol más adecuado para las situaciones planteadas. Así pues, en la situación que representa a la dimensión social del papel del intérprete, con un promedio de respuesta del 3,9, un 89 % de los encuestados considera que el defensor puro es el rol más adecuado, frente al 11% que considera que es el de mediador – defensor. En la situación que representa la distancia identificativa, con un promedio de 3,7, el 84% opta por el defensor puro, frente al 16% que prefiere el de canal – mediador. En la situación del rol del intérprete en función del esquema de Jakobson, con un promedio de 3,9, un 95% de los encuestados consideraron que el rol más adecuado es el de defensor puro, frente al 5% que consideraba que era el de canal – mediador. Así pues, la situación que representa el parámetro de rol del intérprete en función del esquema de Jakobson es en la que el intérprete se percibe más como defensor dentro de las 9 situaciones planteadas. En función de la segmentación por sexo, edad y especialidad, es curioso observar cómo en los tres parámetros, la totalidad de los encuestados de 30 años o menos y de otras especialidades consideraron como más adecuado el rol del intérprete defensor. En el caso de la situación que representaba la distancia identificativa y rol del intérprete en función del esquema de Jakobson, el 100 % de los hombres también consideraba como rol preferente el de defensor puro.

Como se ha mencionado en el párrafo anterior, en la situación que representa el parámetro del rol del intérprete en función del esquema de Jakobson hay casi unanimidad

entre los encuestados en la identificación del rol del intérprete como defensor puro, a excepción de un sujeto que consideró mejor la opción de canal – mediador. El motivo por el cual parece haber tanta certeza puede radicar en el hecho de que, en medicina, uno de los criterios más importantes es que el paciente entienda bien el mensaje del médico: Tal como comenta Hernández (2018) «el papel del traductor es vital para que entiendan [los pacientes] lo que les vamos a hacer». Por eso, no es de extrañar que la situación interpretativa preferida por los sujetos fuera aquella en la que el intérprete, a fin de evitar trasladar la ambigüedad del mensaje al paciente, pregunta al médico lo que había querido decir con la frase que había utilizado.

Por otro lado, un posible argumento para explicar por qué, en el parámetro de dimensión social, hay una gran mayoría de respuestas en defensor puro puede ser el hecho de que, en la situación interpretativa correspondiente, el intérprete proporciona una explicación de lo que hace tanto al médico como al paciente, en un intento de reducir cualquier posibilidad de malentendidos entre ambos. Asimismo, se podría decir que, al hacerlo, el intérprete estaría orientando a ambas partes hacia un objetivo común, lo que sugeriría su papel como «miembro del grupo» (Aguirre Fernández-Bravo & Roca Ugorri, 2015).

En este sentido, se debe mencionar cómo los resultados de esta pregunta coinciden con las intervenciones de los médicos realizadas en las entrevistas. De hecho, Dziakova (2018) explica que el intérprete «realiza una conexión social entre el paciente y profesional sanitario». Esto podría sugerir que, para ella, el intérprete se ve como un «miembro del grupo» (Aguirre Fernández-Bravo & Roca Ugorri, 2015), característica propia del intérprete mediador.

En relación con el último parámetro de este grupo, se puede decir que un posible motivo por el que, en función de la distancia identificativa, el intérprete se ve más como defensor puro es el hecho de que, en las otras tres situaciones interpretativas, el uso de la primera persona o, en su caso, el discurso directo hace que situación parezca mucho más agresiva. Dado que el tacto y cercanía son elementos que tienen que estar presentes (tal como indica Mugüerza Huguet, 2018, «sin duda un intérprete calmado [...] es fundamental»), no es de extrañar que la situación interpretativa preferida sea aquella en la que el intérprete utiliza el discurso indirecto para transmitir la información. De esta

manera, consigue reducir la tensión de la situación y se mantiene al margen del acto comunicativo.

En lo referente a los parámetros que se mantienen más próximos al promedio total de la encuesta, es decir, más tendientes al polo del intérprete defensor, pero en menor medida que los del segundo grupo analizado, se puede decir que hay una mayor diversidad de opinión entre los encuestados en función al rol que debería tener el intérprete ante las situaciones planteadas. De hecho, es curioso cómo en la que representa a la gestión de la multiculturalidad y visibilidad del intérprete se contemplan todos los roles. En lo referente al primero, el más elegido era el de defensor puro, que representa un 53 % de los encuestados, seguido del de mediador – defensor en un 32 %, del canal mediador en un 16 % y del canal puro en un 5 %. En lo referente al segundo, el más frecuente era el de mediador – defensor en un 42 %, seguido del de defensor puro, en un 37 %, del de canal puro en un 16 % y del de canal – mediador en un 5 %. En cambio, la situación que representaba la coordinación de la comunicación no presentó ningún resultado para canal puro, registrando un 47 % de los votos en defensor puro, un 42 % en canal mediador y un 11% en mediador – defensor. Esta diversidad de respuestas es lo que ha causado que el promedio de cada una de las preguntas se situó más cerca de promedio total de la muestra, con un promedio de 3,1 en el caso de coordinación de la comunicación, un 3,4 en el caso de gestión de la multiculturalidad y un 3,0 en el caso de visibilidad del intérprete. En función de la segmentación por sexo, edad y especialidad, es curioso observar cómo solo en tres ocasiones las preferencias se han dado entre dos roles. El resto se distribuyen entre 3 y 4. En el segmento de 30 años o menos, en la pregunta de gestión de la multiculturalidad un 67 % optó por el defensor puro y un 33 % por mediador – defensor. Del mismo modo, este subgrupo también identificó solo dos roles en la pregunta de coordinación de la comunicación con un 67 % a defensor puro y un 33 % a canal – mediador. Dicho esto, en función de la segmentación, los resultados se mantenían uniformes con respecto a la muestra total, lo que indica la coherencia de los resultados y la dedicación de los encuestados en hacer la encuesta de manera razonada, según su experiencia en el proyecto.

Se podría decir que un posible motivo por el cual el parámetro de gestión de la multiculturalidad posee una gran variedad de respuestas es el hecho de que era la única pregunta de la encuesta que estaba enfocada desde un punto de vista más teórico, es decir,

no se crearon distintas situaciones interpretativas con diálogo. Esto podría haber evitado el sesgo que ha estado presente en otras preguntas, a raíz de una mala configuración de las mismas, por lo que, al final, se presentaron opiniones distintas. Sería conveniente analizar este punto con más detalle para valorar si el combinar preguntas más teóricas con otras prácticas ayudaría a los encuestados a responder a las preguntas o si sería más complicado de entender.

No obstante, a partir de los testimonios de los médicos en las entrevistas, se podría decir que el rol del intérprete como mediador es fundamental a la hora de lidiar con las diferencias culturales entre médicos y pacientes (Cristóbal García, 2018; Dziakova, 2018; Hernández Pérez, 2018; Mugüerza Huguet, 2018; Pérez Contín, 2018; Pérez Jiménez, 2018; Sáez Carlin, 2018; Tejerina, 2018). De hecho, algunos médicos (Cristóbal García, 2018; Hernández Pérez, 2018; Mugüerza Huguet, 2018; Sáez Carlin, 2018) comentan que los hábitos dietéticos, las supersticiones, la falta de recursos y las diferencias culturales, entre otros, eran los elementos que más dificultan la comunicación entre médico y paciente. Tal como apuntaba Cristóbal García (2018) «lo más difícil es llegar a entender las diferentes formas de pensar [y] adaptarse a las diferentes costumbres». Entre estas diferencias se podía encontrar el hecho de que los turkana no supieran su edad exacta (Hernández Pérez, 2018), medir el tiempo en función de las horas porque no tienen relojes (Hernández Pérez, 2018; Pérez Jiménez, 2018), «cómo usar la manivela de la puerta» o «subir a la camilla de explorar» (Dziakova, 2018). En este sentido, Sáez Carlin (2018) presentaba un suceso muy curioso que reflejaba estas diferencias culturales entre los médicos españoles y los turkana:

En un viaje de cooperación internacional en Turkana, Kenia, donde se realizaron varias intervenciones quirúrgicas, uno de los pacientes interpretó que las grapas de sutura de piel eran un adorno. Tras una revisión meses después, no se las había retirado porque le gustaban como decoración.

En cuanto a la visibilidad de intérprete, es curioso observar la gran disparidad de respuestas a pesar de ser uno de los parámetros más fáciles de conceptualizar. El hecho de que la respuesta más frecuente fuera la del intérprete mediador – defensor, sugiere que, más que el saber la respuesta a su pregunta, el médico prefería estar al corriente de toda la situación interpretativa. Por este motivo, la opción preferida era la del intérprete que

explicaba al médico que había interrumpido al paciente para reorientarle en su discurso y para que contestara a la pregunta.

Por último, la coordinación de comunicación puede encontrar la justificación de tanta diversidad de opinión en el hecho de que se presenta una situación de interpretación susurrada, que puede no ser vista como un buen recurso. Algunos sujetos podrían haber pensado que este comportamiento del intérprete haría que este no se enterara bien de la conversación entre madre e hija. Por eso, podrían haber considerado mejor opción la del intérprete que retenía toda la información y luego explicaba quién había realizado cada intervención de forma seguida. En este caso, al ser una intervención corta, los encuestados podrían no haber visto los problemas de utilizar recurso (por ejemplo, las posibles omisiones de contenido por parte del intérprete al retener tanta información en la cabeza), razón por la que muchos consideraron que era mejor opción. Por eso, se podría considerar la creación de una situación más compleja para hacer evidentes estos problemas y que el sujeto valorara así cuál de todas las situaciones sería la más adecuada.

6. CONCLUSIONES

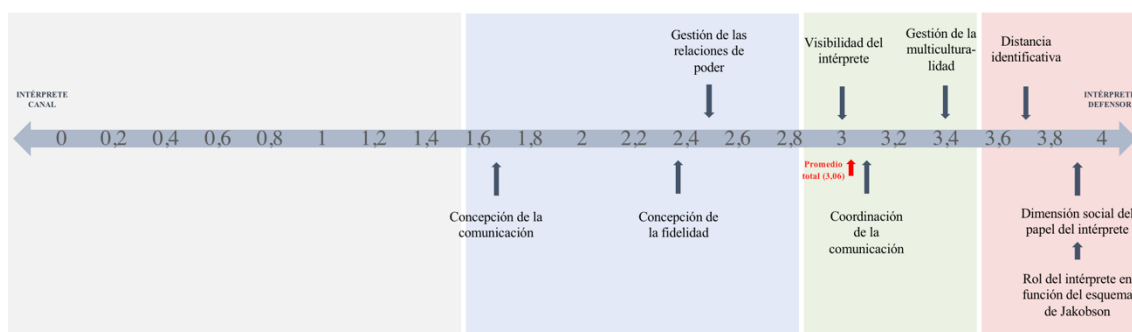
En líneas generales, se puede decir que la investigación ha sido exitosa en tanto en cuanto ha permitido obtener unos resultados que van acorde con las premisas iniciales de las que partía este trabajo: a los ojos de los médicos participantes del proyecto Cirugía en Turkana, el intérprete sanitario se percibe como un mediador intercultural.

En lo referente al análisis de la muestra en general, los resultados indicaron que, independientemente de su sexo, edad o especialidad, todos los encuestados parecían tener la misma percepción del rol del intérprete. Esto podría sugerir que la experiencia de trabajar junto con un único intérprete ha ayudado a los médicos a desarrollar un criterio común para enmarcar al intérprete en una de las cuatro categorías presentadas: canal puro, canal – mediador, mediador – defensor y defensor puro. En este sentido, sería interesante ver si esta percepción se vería modificada en función del número de veces que el médico hubiera participado en el proyecto. A pesar de haber incluido esta pregunta en la encuesta, no se obtuvieron datos concluyentes. Esto fue debido, probablemente, al hecho de haberla tenido que presentar como pregunta abierta, dada la limitación impuesta por el programa

SurveyMonkey. Al no poder guiar a los encuestados en la pregunta, estos utilizaron distintos criterios a la hora de contestar, por lo que se obtuvieron resultados poco homogéneos. Este argumento podría explicar el motivo de tener respuestas tan diversas como «50-60 días» o «desde 2016». Si bien es cierto que estos resultados se podrían haber interpretado dados los conocimientos previos sobre Cirugía en Turkana, se creyó conveniente eliminarlos del estudio a fin de no presentar resultados basados en suposiciones.

En lo referente al análisis de la muestra según cada parámetro, se puede decir que los resultados presentaron notables diferencias. Al no ser tanto una cuestión de la muestra, se podría asumir que la variedad de percepciones surgió a partir del caso presentado en cada parámetro y no por el hecho de que los encuestados fueran hombres o mujeres, médicos jóvenes o de más edad, o pertenecientes a distintas especialidades.

Figura 2. Representación de los parámetros según su promedio correspondiente



Fuente. Elaboración propia.

La ilustración presentada pretende reflejar gráficamente dónde perciben los médicos que el intérprete se ubica dentro del continuo de mediación, según los casos representados en cada pregunta de la encuesta. A partir de esta información, se podría decir que, en el caso que correspondía a la concepción de la comunicación, los médicos consideraron que el intérprete, en comparación con los otros parámetros, debía tender más hacia el polo canal. Del mismo modo, consideraron que los casos que correspondían a la dimensión social del intérprete y al rol del intérprete en función del esquema de Jakobson debían tender más al polo defensor. Además, tal como se puede observar, la mayor parte de los parámetros acaban concentrándose más hacia el polo defensor, lo que podría sostener también la premisa inicial sobre la que partía este trabajo.

6.1. Limitaciones y propuestas de mejora

A lo largo del trabajo se han presentado una serie de limitaciones que han incidido en la manera de desarrollar este trabajo:

Primero, **las restricciones impuestas por SurveyMonkey**. Dado que el programa seleccionado para hacer la encuesta limitaba la preguntas a un máximo de 10, las preguntas de segmentación tuvieron que recogerse bajo una misma pregunta. Esto provocó la obtención de resultados no concluyentes en uno de los apartados. Una forma de solucionar este problema sería mediante la explicitación de la unidad en la que se estaba pidiendo la respuesta, con el fin de que todos los encuestados tuvieran el mismo criterio a la hora de responder. Del mismo modo, se podría investigar acerca de otros programas que permitan la elaboración de encuestas online. Hay que mencionar que se intentó utilizar la plataforma de GoogleForms, pero se descartó finalmente porque no permitía incluir todas las intervenciones de las situaciones interpretativas de cada pregunta.

Segundo, **el tamaño y representatividad de la muestra**. A pesar de que se logró contactar con 35 participantes del proyecto, solo 19 respondieron a la encuesta y tan solo 8 de los 19 contestaron a las preguntas de la entrevista. Se podría decir, por tanto, que los resultados de esta investigación pueden no ser del todo representativos de la opinión general de los médicos de Cirugía en Turkana. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la población de médicos participantes del proyecto tampoco es excesivamente grande, dado que se trata de un proyecto que surgió en 2004 y que, en cada campaña, acoge a unos 12 médicos que suelen repetir la experiencia. Dicho esto, con el fin de lograr una mayor representatividad, se podría pedir a los participantes del proyecto que, una vez finalizada la campaña, respondieran a la encuesta. De esta manera, se podría recopilar una muestra mayor y se podría ver si la percepción de los médicos variaba en función de su experiencia con el intérprete. Hay que tener en cuenta que, al ser campañas anuales, este proceso de recopilación sería mucho más largo. No obstante, se considera una buena oportunidad para profundizar la investigación en este ámbito.

Tercero, **la falta de información sobre la población total**. La inexistencia de un registro que recopile el listado de participantes del proyecto desde su fundación ha dificultado la determinación de la población total de esta investigación. Con este dato, se

podría haber realizado un estudio estadístico que cuantificara la representatividad de la muestra obtenida, lo que ayudaría a solucionar la limitación planteada anteriormente. Si bien es cierto que se habría podido introducir un número aproximado, se creyó más conveniente no hacerlo dado que podría derivar en conclusiones erróneas. Como propuesta de mejora, se plantea el dedicar más tiempo y recursos en determinar el número exacto de participantes (por ejemplo, contactar con los coordinadores anteriores o con otros participantes) para poder realizar un estudio estadístico completo que permita analizar la representatividad de la muestra.

Cuarto, la **interpretación del contenido de las entrevistas**. Hay que destacar que las entrevistas no se realizaron cara a cara sino que se envió el documento con las preguntas abiertas por correo electrónico. Al recibir las respuestas indirectamente, las reflexiones incorporadas en el análisis del trabajo podrían haber partido de interpretaciones erróneas. Por eso, se propone la realización de entrevistas cara a cara para obtener unas respuestas más completas y fiables.

Asimismo, se considera conveniente revisar las preguntas de la encuesta, con el fin de evitar que se produzcan malentendidos por culpa de una mala redacción. Además, se debería reflexionar acerca de la posibilidad de crear nuevos casos para la encuesta con el fin de evitar tener un único caso asociado a uno de los parámetros presentados por Aguirre Fernández-Bravo y Roca Urgorri (2015). Esto permitiría observar si existe coherencia entre las respuestas de los encuestados. No obstante, también hay que señalar que se correría el riesgo de hacer una encuesta muy larga, lo que haría que los encuestados perdieran interés y acabaran por contestar aleatoriamente.

Por otro lado, se podría considerar la posibilidad de jerarquizar los parámetros en función de la opinión de los usuarios. Como se ha indicado en apartados anteriores del trabajo, al margen del rol que adopte el intérprete, el usuario puede tener una idea diferente de dicho rol. Por este motivo, el conocer de antemano su opinión, ayudaría a analizar mejor los resultados de la encuesta.

6.2. Últimas reflexiones

Este trabajo aspiraba a recoger información de interés para la disciplina de Interpretación, así como para la formación de futuros intérpretes. Sin embargo, en el

proceso de elaboración de este trabajo, se han podido identificar otras posibles utilidades adicionales, que se pueden ver reflejadas en la tabla mostrada a continuación.

Tabla 5. Utilidad del trabajo

	Utilidad	Explicación
Médicos del proyecto	Mejorar la relación médico-intérprete	La recopilación de datos y análisis de resultados les permite: <ul style="list-style-type: none"> · Conocer con más detalle las dificultades a las que se enfrenta el intérprete para saber qué se puede esperar de él. · Conocer cómo antiguos participantes han vivido la experiencia de trabajar junto con un intérprete.
Intérpretes sanitarios	Mejorar su servicio a los usuarios	La recopilación de datos y análisis de resultados les permite conocer los resultados de la investigación sobre el proyecto Cirugía en Turkana para poder utilizarlo como un posible modelo de actuación.
Formadores de intérpretes y estudiantes de interpretación	Facilitar una posible herramienta didáctica	Gracias a la elaboración de casos para la encuesta: <ul style="list-style-type: none"> · Los formadores pueden elaborar casos prácticos reales que se puedan plantear en las clases o cursos de formación de intérpretes (por ejemplo, la asignatura de Interpretación II: Técnicas de mediación intercultural). Asimismo, podrán identificar posibles métodos de resolución de problemas para presentárselos a los estudiantes. · Los estudiantes pueden enfrentarse a situaciones reales que les ayuden a interiorizar mejor los conocimientos básicos.
Investigadores en el ámbito de Interpretación	Proporcionar una nueva fuente de información	La recopilación de datos y análisis de resultados les permite obtener datos cuantitativos y cualitativos para poder respaldar los conceptos teóricos presentes en la literatura sobre el rol del intérprete sanitario.
	Facilitar una posible herramienta de investigación	Mediante la creación de las preguntas de la encuesta y la descripción de su finalidad (ver apartado 4.1) los investigadores pueden entender su proceso de creación con el fin de replicarlo en investigaciones similares en otros ámbitos.

Fuente. Elaboración propia.

Tal como se detalla en la tabla, entre las utilidades de este trabajo se incluye facilitar la relación médico-intérprete, el servicio del intérprete a los usuarios, la enseñanza y formación de futuros intérprete y la creación de nuevas líneas de investigación en el ámbito de interpretación sanitaria con posibilidad de extenderlas a otros ámbitos.

No obstante, el elemento que impulsó el desarrollo de este trabajo fue la invitación de Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015) a realizar «estudios cuantitativos basados en la recogida de datos estadísticos» (p.31) para investigar sobre el rol del intérprete. Por eso, se ha intentado estudiar la percepción de los médicos sobre el rol del intérprete en función de su continuo de mediación, con el fin de que pueda suscitar nuevas líneas de investigación. Esto resulta de especial interés dado que se trata de un concepto difícil de definir dado su carácter cambiante y poco normalizado.

Para concluir, la recopilación de la literatura para la elaboración de este trabajo, junto con los resultados obtenidos en la investigación, parecen indicar que la solución más acertada para definir el rol del intérprete es a partir de realidades opuestas, tal como apuntan investigadores como Beltran Avery (2001), Brisset et al. (2013), Pöchhacker (2015) o Aguirre Fernández-Bravo y Roca Ugorri (2015). Parece que solo así se conseguiría dotar a la definición del dinamismo que necesita para poder representar a todas las situaciones interpretativas que se pueden dar en interpretación comunitaria. Tal como indica Beltran Avery (2001):

the evolution of the [interpreter's] role will continue, and the dialogue will be energized by the creative tension between the polar perspectives. Without the conduit perspective, the profession runs the danger of losing its focus. Without the embeddedness perspective, it runs the danger of losing the heart and spirit of those for whom the survival of their communities is paramount. All, however, are committed to bringing access and quality in health care to all patients (p.15).

7. REFERENCIAS

- Abbe, M., Simon, C., Angiolillo, A., Ruccione, K. y Kodish, E. D. (2006). A survey of language barriers from the perspective of pediatric oncologists, interpreters, and parents. *Pediatric Blood Cancer*, 47 (6), 819-824.
- Aguirre Fernández-Bravo, E. y Roca Urgorri, A. (2015). Perfiles y roles del intérprete en los servicios públicos: el intérprete mediador como modelo de compromiso. En R. Lázaro Gutiérrez, M. D. Sánchez Ramos y F. J. Vigier Moreno (Eds.), *Investigación emergente en Traducción e Interpretación*. Granada: Comares.
- Amato, A. (2007). The interpreter in multi-party medical encounters. En C. Wadensjö, B. E. Dimitrova y A. L. Milsson (Eds.), *The Critical Link 4* (pp. 26-38). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Angelelli, C. (2003). The interpersonal role of the interpreter in cross-cultural communication. En L. Brunette, G. L. Bastin, I. Hemlin y H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3* (pp. 15-26). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Angelelli, C. (2004a). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, C. (2004b). *Revisiting the Interpreter's Role*. Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Baker, M. y Saldanha, G. (2009). *Routledge Encyclopedia of Translation Studies* (2ª ed.). Abingdon: Routledge.
- Beltran Avery, M. P. (2001). *The Role of the Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue*.
- Berk-Seligson, S. (2002). *The Bilingual Courtroom. Court Interpreters in the Judicial Process with a New Chapter*. Chicago / Londres: The University of Chicago Press.

- Blewett, J. (1988). Interpreting and translating in Australia: A celebration of ten years. *The Linguist*, 27 (3), 122-131.
- Bolden, G. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2 (4), 387-419.
- Brisset, C., Leanza, Y. y Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 91 (2), 131-140.
- California Healthcare Interpreters Association. (2002). *California Standards for Healthcare Interpreters Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention*. Sacramento: The California Endowment.
- Chesher, T. (1997). Rhetoric and reality: Two decades of community interpreting and translating in Australia. En S. E. Carr, A. D. Roda Roberts y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community* (pp. 277-289). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Library.
- Cirugía en Turkana. (2016). *Cirugía en Turkana*. Recuperado de <http://www.cirurgiaenturkana.com> [última consulta: 16/04/2017]
- Cortés, D. E. (2009). La interpretación lingüística. En M. Casas, F. Collazos y A. Qureshi (Eds.), *Mediación intercultural en el ámbito de la salud* (pp. 246-259). Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Crezee, I. (2003). Health interpreting in New Zealand. En L. Brunette, G. L. Bastin, I. Hemlin y H. Clarke (Eds.), *The Critical Link* (pp. 249-259). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Cristóbal García, I. (9 de febrero de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)
- Davison, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *The Journal of Sociolinguistics*, 4 (3), 379-405.

- Delisle, J. (mayo de 1977). Les pionniers de l'interprétation au Canada. *Histoire de la traduction au Canada*, 22 (1).
- Delisle, J. y Woodsworth, J. (1995). *Translators through History*. Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Library.
- Diriker, E. (2004). *De-/Re-Contextualizing Conference Interpreting*. Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins.
- Drew, P., Chatwin, J. y Collins, S. (2004). Conversation analysis: A method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Healthcare Expectations*, 4, 58-70.
- Dysart-Gale, D. (2005). Communication models, professionalization, and the work of medical interpreters. *Health Communication*, 17 (1), 91-103.
- Dziakova, J. (8 de marzo de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)
- Elghezouani, A. (2007). Professionalisation of interpreters: The case of mental health care. En C. Wadensjö, B. E. Dimitrova y A. L. Nilsson (Eds.), *The Critical Link 4*. Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Fatahi, N., Hellstrom, M., Skott, C. y Mattsson, B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 40-45.
- Fatahi, N., Mattsson, B., Hasanpoor, J. y Skott, C. (2005). Interpreters' experiences of general practitioner-patient encounters. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 159-163.
- Fundación Emalaikat. (2016). *Fundación Emalaikat*. Recuperado de <http://fundacionemalaikat.es> [última consulta: 16/04/2017]
- Gentile, A. (1985). Interpreting / Translating in Australia. *Meta*, 30 (2), 187-193.

- Gentile, A. (1997). Community interpreting or not? Practices, standards and accreditation. En S. E. Carr, A. D. Roda Roberts y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community* (pp. 109-118). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Gentile, A., Ozolins, U. y Vasilakakos, M. (1996). *Liaison Interpreting: A Handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Giambruno, C. (2008). The role of the interpreter in the governance of sixteenth- and seventeenth-century Spanish colonies in the "New World". En C. Valero Garcés (Ed.), *Crossing Borders in Community Interpreting* (pp. 27-50). Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Gulliver, P. (1979). *Disputes and Negotiations. A cross-Cultural perspective*. Nueva York: Academic Press.
- Habermas, J. (1991). *The Theory of Communicative Action*. Oxford: Polity Press.
- Hagedorn, N. L. (1988). "A friend to go between them": The interpreter as cultural broker during Anglo-Iroquois Councils, 1740-70. *Ethnohistory*, 35 (1), 60-80.
- Hale, S. (2007). *Community Interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hale, S. (2008). Controversies over the role of the court interpreter. En C. Valero Garcés y A. Martin (Eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting* (pp. 99-121). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamin Publishing Company.
- Hale, S. (2015). Community interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 65-69). Abignon / Nueva York: Routledge.
- Hernández Pérez, C. (8 de febrero de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)
- Sleptsova, M., Hofer, G., Morina, N. y Langewitz, W. (2014). The role of the health care interpreter in a clinical setting—A narrative review. *Journal of Community Health Nursing*, 31 (3), 167-184.

- Inghilleri, M. (2003). Habitus, field and discourse. Interpreting as a socially situated activity. *Target*, 15 (2), 246-268.
- Jones, M. (1985). The community interpreter: A special case. *Australian Social Work*, 38, 35-38.
- Katan, D. (1999). *Translating Cultures: An Introduction for Translators, Interpreters and Mediators*. Manchester: St Jerome Publishing.
- Kirchhoff, H. (1976). Das dreigliedrige, zweisprachige Kommunikationssystem Dolmetschen. *Le Langage et l'Homme*, 31, 21-27.
- Knapp-Potthoff, A. y Knapp, K. (1987). The man (or woman) in the middle: Discoursal aspects. En K. Knapp y W. Enninger (Eds.), *Analyzing Intercultural Communication* (pp. 181-211). La Haya: Mouton.
- Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7 (2), 167-192.
- Marin, S. (30 de enero de 2017). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (C. Hernández, Entrevistador)
- Meyer, B., Apfelbaum, B., Pöchhacker, F. y Bischoff, A. (2003). Analysing Interpreted Doctor-Patient Communication from the Perspectives of Linguistics, Interpreting Studies and Health Sciences. En L. Brunette, G. L. Bastin, I. Henlin, y H. Clarke (Eds.), *The Critical Link 3* (pp. 67-79). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Swabey, L. y Mikkelsen, P. G. (2008). Role definition: A perspective on forty years of professionalism in sign language interpreting. En C. Valero Garcés (Ed.), *Crossing Borders in Community Interpreting* (pp. 51-71). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Mugüerza Huguet, J. M. (8 de febrero de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)

- Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., Phillips, R. S., Greenfield, S., Massagli, M. P., Clarridge, B. y Kaplan, S. H. (2007). Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 324-330.
- Pérez Contín, M. J. (8 de febrero de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)
- Pérez Jiménez, A. E. (16 de febrero de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)
- Pöchhacker, F. (2008). Interpreting as mediation. En C. Valero Garcés y A. Martin (Eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting* (pp. 9-26). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Pöchhacker, F. (2015). *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. Londres / Nueva York: Routledge.
- Roberts, R. P. (1997). Community interpreting today and tomorrow. En S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (Eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community* (pp. 7-25). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Rowland, M. L. (2008). Enhancing communication in dental clinics with linguistically different patients. *Journal of Dental Education*, 72, 72-80.
- Roy, C. B. (2002). The problem with definitions, descriptions, and the role metaphors of interpreters. En F. Pöchhacker y M. Shlesinger (Eds.), *The Interpreting Studies Reader* (pp. 245-353). Londres / Nueva York: Routledge.
- Sáez Carlin, P. (16 de febrero de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)
- Snell-Hornby, M. (1988). *Translation studies: An integrated approach* (Revisada ed.). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.

- Tejerina, J. G. (9 de febrero de 2018). El rol del intérprete sanitario en Cirugía en Turkana. (M. Domínguez, Entrevistador)
- Tryuk, M. (2007). Community interpreting in Poland. En C. Wadensjö, B. E. Dimitrova, y A. L. Milsson, *The Critical Link 4* (pp. 95-105). Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Valero Garcés, C. (2003). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares.
- Valero Garcés, C. y Gauthier Blasi, L. (2010). *Bourdieu and Public Service Interpreting and Translation. Towards a Social Theory in PSIT*.
- Venuti, L. (1995). *The Translator's Invisibility: A History of Translation*. Londres / Nueva York: Routledge.
- Verrept, H. (2008). Intercultural mediation: An answer to health care disparities? En C. Valero Garcés y A. Martin (Eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting* (pp. 187-201). Ámsterdam / Filadelfia: John Benjamins Publishing Company.
- Wadensjö, C. (1998a). *Interpreting as Interaction*. Nueva York: Addison Wesley Longman Limited.
- Wadensjö, C. (1998b). The double role of a dialogue interpreter. *Perspectives: Studies in Translatology*, 1 (1), 105-121.
- Wallmach, K. (2015). Africa. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of interpreting studies*. Abingdon / Nueva York: Routledge.

8. ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Percepción en función del rol del intérprete en el esquema de la comunicación de Jakobson según muestra total	xxii
Figura 2. Representación de resultados en función del esquema de Jakobson por sexo	xxii
Figura 3. Representación de resultados en función del esquema de Jakobson por edad	xxiii
Figura 4. Representación de resultados en función del esquema de Jakobson por especialidad	xxiii
Figura 5. Percepción en función de la concepción de la comunicación según muestra total	xxiv
Figura 6. Representación de resultados en función de la concepción de la comunicación por sexo	xxiv
Figura 7. Comparación de la percepción en función de la concepción de la comunicación por edad	xxv
Figura 8. Comparación de la percepción en función de la concepción de la comunicación por especialidad	xxv
Figura 9. Percepción en función de la gestión de la multiculturalidad según muestra total	xxvi
Figura 10. Comparación de la percepción en función de la gestión de la multiculturalidad por sexo	xxvi
Figura 11. Comparación de la percepción en función de la gestión de la multiculturalidad por edad	xxvii
Figura 12. Comparación de la percepción en función de la gestión de la multiculturalidad por especialidad	xxvii

Figura 13. Percepción en función de la gestión de las relaciones de poder según muestra total	xxviii
Figura 14. Comparación de la percepción en función de las relaciones de poder por sexo	xxviii
Figura 15. Comparación de la percepción en función de las relaciones de poder por edad	xxix
Figura 16. Comparación de la percepción en función de las relaciones de poder por especialidad	xxix
Figura 17. Percepción en función de la visibilidad de intérprete poder según muestra total	xxx
Figura 18. Comparación de la percepción en función de la visibilidad del intérprete por sexo	xxx
Figura 19. Comparación de la percepción en función de la visibilidad del intérprete por edad	xxxi
Figura 20. Comparación de la percepción en función de la visibilidad del intérprete por especialidad	xxxi
Figura 21. Percepción en función de la dimensión social del papel del intérprete según muestra total	xxxii
Figura 22. Comparación de la percepción en función de la dimensión social del papel intérprete por sexo.....	xxxii
Figura 23. Comparación de la percepción en función de la dimensión social del papel intérprete por edad	xxxiii
Figura 24. Comparación de la percepción en función de la dimensión social del papel intérprete por especialidad.....	xxxiii

Figura 25. Percepción en función de la coordinación de la comunicación poder según muestra total	xxxiv
Figura 26. Comparación de la percepción en función de la coordinación de la comunicación por sexo	xxxiv
Figura 27. Comparación de la percepción en función de la coordinación de la comunicación por edad	xxxv
Figura 28. Comparación de la percepción en función de la coordinación de la comunicación por especialidad	xxxv
Figura 29. Percepción en función de la concepción de la fidelidad poder según muestra total	xxxvi
Figura 30. Comparación de la percepción en función de la concepción de la fidelidad por sexo.....	xxxvi
Figura 31. Comparación de la percepción en función de la concepción de la fidelidad por edad	xxxvii
Figura 32. Comparación de la percepción en función de la concepción de la fidelidad por especialidad.....	xxxvii
Figura 33. Percepción en función de la concepción de la fidelidad poder según muestra total	xxxviii
Figura 34. Comparación de la percepción en función de la distancia identificativa por sexo	xxxviii
Figura 35. Comparación de la percepción en función de la distancia identificativa por edad	xxxix
Figura 36. Comparación de la percepción en función de la distancia identificativa por especialidad	xxxix

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conversión de situaciones y preguntas de la encuesta	xiv
Tabla 2. Recopilación de los resultados de la encuesta	xv
Tabla 3. Frecuencia de respuesta por cada rol del intérprete por sujeto	xvi
Tabla 4. Representación de promedio y desviación típica por sujeto	xviii
Tabla 5. Resultados de la encuesta sobre la importancia del intérprete en el ámbito sanitario.....	xix
Tabla 6. Ortotipografía empleada para la transcripción de la entrevista realizada al intérprete de Cirugía en Turkana.	lii

ANEXO I. Encuesta

1. Preguntas de la encuesta

Este cuestionario forma parte de una investigación llevada a cabo por María Domínguez, alumna de 5º de Relaciones Internacionales y Traducción e Interpretación de la Universidad Pontificia Comillas, con motivo de su Trabajo de Fin de Grado.

Estamos realizando un trabajo sobre la interpretación médica. De acuerdo con su experiencia previa con intérpretes y su propia intuición, seleccione la situación que le parezca más adecuada para cada caso. Tenga en cuenta que quizá algunos casos no se darían en un entorno real. Agradecemos de antemano su participación.

1. Llega a la consulta un paciente que tiene un enterocele. Usted le pide al intérprete que informe al paciente. ¿Cómo cree que debería actuar el intérprete? Elija la situación que considere más adecuada:

Situación 1

Usted: Dígale que tiene un enterocele

Intérprete: You have an enterocele

Paciente: What is that?

Intérprete: ¿Qué es eso?

Usted: Se produce cuando los músculos que sostienen el intestino delgado se debilitan y hacen que este se introduzca en la vagina

Intérprete: It occurs when the muscles in the pelvic cavity weaken, leading to the introduction of the small bowel into the vagina

Situación 2

Usted: Dígale que tiene un enterocele

Intérprete: The muscles in your pelvic cavity have weakened and now your small bowel has entered your vagina

Situación 3

Usted: Dígale que tiene un enterocele.

Intérprete: You have an enterocele, a small bowel prolapse. Do you understand what I mean?

Paciente: No

Intérprete: no entiende lo que significa

Usted: Se produce cuando los músculos que sostienen el intestino delgado se debilitan y hacen que este se introduzca en la vagina

Intérprete: It occurs when the muscles in the pelvic cavity weaken, leading to the introduction of the small bowel into the vagina

Situación 4

Usted: Dígale que tiene un enterocele

Intérprete: ¿Le parece bien que le explique al paciente qué es un enterocele? [*a usted*] An enterocele occurs when the muscles in the pelvic cavity weaken, leading to the introduction of the small bowel into the vagina [*al paciente*]

2. Entran a la consulta un padre, un niño de 10 años y su abuela de unos 75 años. Los dos últimos padecen síntomas de fiebre tifoidea. Tras evaluar los síntomas, usted decide tratar primero a la mujer dado que está mucho más grave. Le pide al intérprete que informe al padre de la situación. ¿Cómo cree que debería actuar el intérprete? Elija la situación que considere más adecuada:

Situación 1

Usted: Vamos a tratar primero a su madre y, a continuación, a su hijo

Intérprete: We are going to treat your mother first and then your son

Padre: [*se queda callado y pálido. Se cubre la cara con las manos*]. Oh... no... My poor son...

Intérprete: Oh...no... Mi pobre hijo... Es posible que piense que no trata a su hijo antes porque está mucho más enfermo que su madre. En Kenia, no se suele tratar a las personas mayores de 75 años

Situación 2

Usted: Vamos a tratar primero a su madre y, a continuación, a su hijo

Intérprete: We are going to treat your mother first and then your son

Padre: [*se queda callado y pálido. Se cubre la cara con las manos*]. Oh... no... My poor son...

Intérprete: Oh...no... Mi pobre hijo...

Situación 3

Usted: Vamos a tratar primero a su madre y, a continuación, a su hijo

Intérprete: We are going to treat your mother first and then your son. This does not mean that your son is dying or that we are not going to treat him. In Spain, we treat the patient according to the seriousness of the disease. As your mother is worse than your son, we will treat her first and then your son

Situación 4

Usted: Vamos a tratar primero a su madre y, a continuación, a su hijo

Intérprete: [*a usted*] No sé si usted sabrá que, en Kenia, no se suele tratar a las personas mayores de 75 años. Al decir esto, el hombre puede pensar que la razón por la que trata a su madre primero es porque no hay esperanzas de que su hijo sobreviva. Le voy a explicar que en España actuamos diferente

Usted: Perfecto, gracias

Intérprete: We are going to treat your mother first and then your son. This does not mean that your son is dying or that we are not going to treat him. In Spain, we treat the patient according to the seriousness of the disease. As your mother is worse than your son, we will treat her first and then your son.

3. Llega a la consulta un hombre con una enfermedad de transmisión sexual. Usted tiene que hacerle un análisis de sangre, pero no consigue localizar bien su vena. En un intento de encontrarla, mueve la jeringuilla y hace daño al paciente. A continuación, el paciente utiliza una expresión despectiva para dirigirse a usted¹ ¿Cómo cree que debería actuar el intérprete? Elija la situación que considere más oportuna:

Situación 1

Paciente: Damn you, mzungu. You have hurt me!

Intérprete: El paciente dice que el mzungu le ha hecho daño

Situación 2

Paciente: Damn you, mzungu. You have hurt me!

Intérprete: El mzungu le ha hecho daño

Situación 3

Paciente: Damn you, mzungu. You have hurt me!

Intérprete: Maldito mzungu. ¡Qué daño me has hecho!

Situación 4

Paciente: Damn you, mzungu You have hurt me!

Intérprete: Maldito mzungu. ¡Qué daño me has hecho!, dice el paciente

¹ En Kenia, el término mzungu es una palabra despectiva para referirse a los descendientes de los europeos.

4. Llega una niña de 13 años con una enfermedad de transmisión sexual, acompañada de su madre. Usted quiere saber desde cuando padece los síntomas y cómo ha sucedido. Le pide al intérprete informar al paciente y su madre. En medio de la conversación, la madre se pone a hablar con su hija. ¿Cómo cree que debería actuar el intérprete? Elija la situación que considere más adecuada:

Situación 1

Usted: Tienes una enfermedad de transmisión sexual ¿Desde cuando tienes los síntomas?

Intérprete: You have a sexually transmitted disease. Since when do you have these symptoms?

Hija: I don't know

Madre: You have to tell him. Otherwise, the doctor cannot help you [*a su hija*]

Hija: But[

Intérprete:]Sorry for interrupting but, do you mind holding on one second so that I can inform the doctor of what you have just said? [*a la madre e hija*]. La hija dice que no lo sabe. La madre dice que lo tiene que decir. Si no lo hace usted no puede ayudar a su hija [*a usted*]. Thank you [*a la madre e hija*]

Hija: But[I cannot tell

Intérprete: Pero no puedo decirlo

Situación 2

Usted: Tienes una enfermedad de transmisión sexual ¿Desde cuando tienes los síntomas?

Intérprete: You have a sexually transmitted disease. Since when do you have these symptoms?

Hija: I don't know

Intérprete: No lo sé

Madre: You have to tell him. Otherwise, the doctor cannot help you [*a su hija*]

Intérprete: Tienes que decírselo. Si no lo haces, el médico no te puede ayudar

Hija: But I cannot tell

Intérprete: Pero, no puedo decirlo

Situación 3

Usted: Tienes una enfermedad de transmisión sexual ¿Desde cuando tienes los síntomas?

Intérprete: You have a sexually transmitted disease. Since when do you have these symptoms?

Hija: I don't know

Madre: You have to tell him. Otherwise, the doctor cannot help you [*a su hija*]

Hija: But I cannot tell

Intérprete: *[mientras hablan la madre y la hija, el intérprete se dirige a usted susurrando]*
Parece que la hija no sabe desde cuando padece los síntomas o no lo puede decir y la madre incide en que lo tiene que decir para que usted pueda ayudarla

Situación 4

Usted: Tienes una enfermedad de transmisión sexual ¿Desde cuando tienes los síntomas?

Intérprete: You have a sexually transmitted disease. Since when do you have these symptoms?

Hija: I don't know

Madre: You have to tell him. Otherwise, the doctor cannot help you *[a su hija]*

Hija: But I cannot tell

Intérprete: La hija dice que no lo sabe. La madre dice que lo tiene que decir. Si no lo hace usted no puede ayudar a su hija. Ella responde que no puede decirlo

5. Llega a la consulta un paciente con un fuerte dolor en el pecho. Tras la revisión, usted considera necesario hacer una intervención quirúrgica. A la hora de informar al paciente, usted no se da cuenta y utiliza una expresión de la jerga médica que puede significar dos cosas muy distintas. ¿Cómo cree que debería actuar el intérprete? Elija la situación que considere más adecuada:

Situación 1

Usted: Lamentablemente, le tengo que partir el pecho

Intérprete: Unfortunately, I have to split your chest

Situación 2

Usted: Lamentablemente, le tengo que partir el pecho

Intérprete: Unfortunately, I have to put you under the knife

Situación 3

Usted: Lamentablemente, le tengo que partir el pecho.

Intérprete: ¿Qué quiere decir exactamente con “le tengo que partir el pecho”? Esta frase se puede interpretar como que le tiene que hacer una operación cardiovascular o que le tiene perforar el esternón *[a usted]*

Usted: Quería decir que le tengo que hacer una intervención quirúrgica cardiovascular

Intérprete: Unfortunately, I have to perform a cardiovascular surgery

Situación 4

Usted: Lamentablemente, le tengo que partir el pecho

Intérprete: The doctor has used a phrase that has two meanings. It can either mean that he has to perform a cardiovascular surgery or that he has to break your breastbone [*al paciente*]

6. Llega a la consulta un paciente con un micetoma, una enfermedad infecciosa producida por hongos o bacterias que afecta a la piel y los huesos, generalmente del pie. Usted le pide al intérprete que le explique al paciente la enfermedad que padece. ¿Cómo cree que debería actuar el paciente? Elija la situación que considere más adecuada:

Situación 1

Usted: Dígale que tiene micetoma

Intérprete: You have a disease that is affecting your skin and bone

Situación 2

Usted: Dígale que tiene micetoma

Intérprete: You have Madura Foot

Situación 3

Usted: Dígale que tiene micetoma

Intérprete: The doctor asks me to tell you that you have a mycetoma. You know it as Madura Foot

Situación 4

Usted: Dígale que tiene micetoma

Intérprete: The doctor asks me to tell you that you have a mycetoma

7. Llega a la consulta un paciente de avanzada edad, procedente de un poblado aislado de la zona. Por ese motivo, utiliza muchas frases hechas, propias de la zona. ¿Cómo cree que debería actuar el intérprete?

1. Interpretaría literalmente las frases hechas y añadiría una explicación de las mismas
2. Interpretaría palabra por palabra todo lo que el paciente ha dicho, incluidas las frases hechas y le preguntaría a usted si ha entendido el mensaje
3. Interpretaría palabra por palabra todo lo que el paciente ha dicho, incluidas las frases hechas, sin tener en cuenta si usted lo entiende o no
4. Parafrasearía el original, adaptándolo a frases hechas en castellano, sin darle a usted mayores explicaciones

8. El médico pregunta al paciente si se ha tomado el antibiótico todas las mañanas, tal como le había prescrito hace un año. Tras la intervención del intérprete, el paciente empieza contar una historia, alejándose de la pregunta que le había hecho el médico. ¿Cómo cree que actuaría el intérprete? Elija la situación que considere más adecuada:

Situación 1

Usted: Pregúntele si se ha tomado el antibiótico todas las mañanas

Intérprete: Have you taken your medication every morning?

Paciente: You know every morning I wake up and I take the sheep to the field. But you know, I have to do it early in the morn[

Intérprete:]That is good, but have you taken your medication every morning?

Paciente: I have to take my medicine but I don't have water, so I go to the river and drink it. The sheep drink water as well. After, I have to go back and milk it and kill the sheep to eat

Intérprete: me tomo la medicina, pero como no tengo agua, tengo que ir al río a beber. Las ovejas también beben agua. Después, vuelvo a casa y mato un animal para que podamos comer

Situación 2

Usted: Pregúntele si se ha tomado el antibiótico todas las mañanas

Intérprete: ¿Have you taken your medication every morning?

Paciente: You know every morning I wake up and I take the sheep to the field. But you know, I have to do it early in the morn[

Intérprete:]That is good, but have you taken your medication every morning?

Paciente: I have to take my medicine but I don't have water, so I go to the river and drink it. The sheep drink water as well. After, I have to go back and milk it and kill the sheep to eat

Intérprete: sí, sí se lo toma todas las mañanas. Le he interrumpido para que contestara a la pregunta

Situación 3

Usted: Pregúntele si se ha tomado el antibiótico todas las mañanas

Intérprete: ¿Have you taken your medication every morning?

Paciente: You know every morning I wake up and I take the sheep to the field. But you know, I have to do it early in the morn[

Intérprete:]That is good, but have you taken your medication every morning?

Paciente: I have to take my medicine but I don't have water, so I go to the river and drink it. The sheep drink water as well. After, I have to go back and milk it and kill the sheep to eat

Intérprete: Le he interrumpido porque no estaba contestando a la pregunta. Le he hecho la misma pregunta y me ha dicho que se toma la medicina pero que como no tiene agua, tiene que ir al río a beber, al igual que las ovejas

Situación 4

Usted: Pregúntele si se ha tomado el antibiótico todas las mañanas

Intérprete: Have you taken your medication every morning?

Paciente: You know every morning I wake up and I take the sheep to the field. But you know, I have to do it early in the morning because after it is too hot. I have to take my medicine but I don't have water, so I go to the river and drink it. The sheep drink water as well. After, I have to go back and milk it and kill the sheep to eat

Intérprete: ¿Sabe usted?, cada mañana me levanto y llego a las ovejas al campo. Pero, ¿sabe usted?, lo tengo que hacer pronto por la mañana porque si lo hago más tarde, hace mucho calor. Me tomo la medicina, pero como no tengo agua, tengo que ir al río a beber. Las ovejas también beben agua. Después, vuelvo a casa y mato un animal para que podamos comer

9. Llega una mujer mayor a la consulta con un ganglión en la mano derecha. Es la primera vez que le atiende un médico. Usted quiere saber desde cuándo tiene el bulto y los síntomas que padece. A la mujer parece que le da miedo contestar, es ambigua, titubea y se repite. ¿Cómo cree que debería actuaría el intérprete? Elija la situación que considere más adecuada:

Situación 1

Usted: Dígale que desde cuando tiene el bulto y los síntomas que padece

Intérprete: Since when do you have the bump and what symptoms do you have?

Paciente: [pausa de 5 segundos] I... I... no, no [pausa de 3 segundos] I have... emm[

Intérprete: [le coge la mano al paciente y le mira a los ojos] Don't worry, we are here to help you. You can trust me

Paciente: I have bump... on on hand before ...em... 2 weeks

Situación 2

Usted: Dígale que desde cuando tiene el bulto y los síntomas que padece

Intérprete: Since when do you have the bump and what symptoms do you have?

Paciente: [pausa de 5 segundos] I... I... no, no [pausa de 3 segundos] I have... emm... bump... on hand before ...em... 2 weeks

Intérprete: [pausa de 5 segundos] Yo...Yo... no, no [pausa de 3 segundos] Tengo, ehh... Bulto... en mano... antes... em... dos semanas

Situación 3

Usted: Dígale que desde cuando tiene el bulto y los síntomas que padece

Intérprete: Since when do you have the bump and what symptoms do you have?

Paciente: *[pausa de 5 segundos]* I... I... no, no *[pausa de 3 segundos]* I have... emm[

Intérprete:]Don't worry, the doctor is here to help you

Paciente: I have bump... on on hand before ...em... 2 weeks

Situación 4

Usted: Dígale que desde cuando tiene el bulto y los síntomas que padece

Intérprete: Since when do you have the bump and what symptoms do you have?

Paciente: *[pausa de 5 segundos]* I... I... no, no *[pausa de 3 segundos]* I have... emm[

El intérprete le coge la mano al paciente y le mira a los ojos

Paciente (cont.):]I have bump... on on hand before ...em... 2 weeks

10. Preguntas de segmentación

Género

Edad

Especialidad

Años ejerciendo como médico

¿Cuántos días, aproximadamente, ha realizado una consulta con la presencia de un intérprete?

¿Considera importante el rol del intérprete? ¿En qué sentido?

2. Correspondencia de las situaciones a cada escala

Tabla 1. Conversión de situaciones y preguntas de la encuesta

Preg.	Parámetros definitorios	Situación 1	Situación 2	Situación 3	Situación 4
1	Concepción de la comunicación	Canal puro	Defensor puro	Canal - mediador	Mediador - defensor
2	Dimensión social del papel de intérprete	Canal - mediador	Canal puro	Mediador-defensor	Defensor puro
3	Distancia identificativa	Defensor puro	Mediador-defensor	Canal puro	Canal - mediador
4	Coordinación de la comunicación	Mediador-defensor	Canal puro	Defensor puro	Canal-mediador
5	Rol del intérprete en función del esquema de Jakobson	Canal puro	Canal - mediador	Defensor puro	Mediador-defensor
6	Concepción de la fidelidad	Defensor-puro	Mediador-defensor	Canal - Mediador	Canal puro
7	Gestión de la multiculturalidad	Mediador-defensor	Canal - mediador	Canal puro	Defensor puro
8	Visibilidad del intérprete	Canal - mediador	Defensor puro	Mediador - defensor	Canal puro
9	Gestión de las relaciones de poder	Defensor puro	Canal puro	Canal - mediador	Mediador-defensor

Fuente. Elaboración propia.

ANEXO II. Tablas de contenido

Tabla 1. Recopilación de los resultados de la encuesta

Sujeto	H/M	Edad	Años como médico	Especialidad	Días con intérprete	N° de pregunta								
						1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	M	64	41	CG	10	C - M	DP	DP	M - D	DP	C - M	C - M	DP	DP
2	M	51	22	CG		C - M	M - D	C - M	DP	DP	DP	C - M	CP	C - M
3	M	52	27	CG	10	CP	DP	DP	C - M	DP	DP	DP	DP	M - D
4	M	35	10	CG	15	M - D	DP	C - M	C - M	DP	C - M	DP	M - D	C - M
5	H	56	32	CG	40	CP	DP	DP	DP	DP	C - M	M - D	M - D	C - M
6	M	32	7	CG	3	C - M	DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP
7	H	51	28	G	1	CP	DP	DP	DP	DP	C - M	DP	M - D	C - M
8	M	33	9	CM	30	C - M	DP	DP	DP	DP	C - M	DP	M - D	C - M
9	M	34	8	CG	10	C - M	DP	DP	C - M	DP	M - D	DP	M - D	C - M
10	M	33	7	CG	6	CP	DP	DP	C - M	DP	C - M	M - D	M - D	C - M
11	M	46	17	CG	50 - 60	M - D	DP	DP	C - M	C - M	C - M	DP	CP	M - D
12	H	31	6	T	7	C - M	DP	DP	C - M	DP	C - M	M - D	CP	DP
13	F	30	6	CG	15	CP	DP	DP	DP	DP	C - M	M - D	DP	C - M

14	H	36	12	T	15	CP	DP	DP	M - D	DP	M - D	M - D	DP	C - M
15	H	35	4	CG	10	C - M	M - D	DP	DP	DP	C - M	C - M	DP	C - M
16	M	45	13	G desde 2016		C - M	DP	DP	DP	DP	C - M	DP	DP	M - D
17	M	31	2	CG	90	CP	DP	C - M	C - M	DP	M - D	M - D	M - D	C - M
18	M	30	7	CG	30	CP	DP	DP	DP	DP	C - M	DP	M - D	C - M
19	M	28	4	CG	5	C - M	DP	DP	C - M	DP	CP	DP	C - M	M - D

Fuente. Elaboración propia.

Nota. Las abreviaturas de la tabla corresponden a: H = hombre/ M = mujer / CG = Cirugía general / G = Ginecología / CM = Cirugía maxilofacial / T = Traumatología / CP = canal puro / C - M = canal - mediador / M - D = mediador - defensor / DP = defensor puro.

Tabla 2. Frecuencia de respuesta por cada rol del intérprete por sujeto

Sujeto	Frecuencia de respuesta			
	CP	C - M	M - D	DP
1	0	3	1	5
2	1	4	1	3
3	1	1	1	6
4	0	4	2	3
5	1	2	2	4
6	0	1	0	8

7	1	2	1	5
8	0	3	1	5
9	0	3	2	4
10	1	3	2	3
11	1	3	2	3
12	1	3	1	4
13	1	2	1	5
14	1	1	3	4
15	0	4	1	4
16	0	2	1	6
17	1	3	3	2
18	1	2	1	5
19	1	3	1	4
Frecuencia total	12	49	27	83
Total respuestas posible	171	171	171	171
Porcentaje total	7%	29%	16%	49%

Fuente. Elaboración propia.

Nota. CP = canal puro / C – M = canal – mediador / M – D = mediador – defensor / DP = defensor puro.

Para poder calcular el promedio y desviación típica, se ha asignado un valor numérico del 1 al 4 para cada rol del intérprete. A saber: 1 = canal puro, 2 = canal – mediador, 3 = mediador – defensor, 4 = defensor puro. A continuación, se presentan los resultados en función de esta asignación para poder obtener el promedio y desviación típica de cada encuestado:

Tabla 3. Representación de promedio y desviación típica por sujeto

Sujeto	H/M	Edad	Especialidad	N° de pregunta									Promedio por sujeto	σ por sujeto
				1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	M	64	CG	2	4	4	3	4	2	2	4	4	3,22	0,97
2	M	51	CG	2	3	2	4	4	4	2	1	2	2,67	1,12
3	M	52	CG	1	4	4	2	4	4	4	4	3	3,33	1,12
4	M	35	CG	3	4	2	2	4	2	4	3	2	2,89	0,93
5	H	56	CG	1	4	4	4	4	2	3	3	2	3,00	1,12
6	M	32	CG	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3,78	0,67
7	H	51	G	1	4	4	4	4	2	4	3	2	3,11	1,17
8	M	33	CM	2	4	4	4	4	2	4	3	2	3,22	0,97
9	M	34	CG	2	4	4	2	4	3	4	3	2	3,11	0,93
10	M	33	CG	1	4	4	2	4	2	3	3	2	2,78	1,09
11	M	46	CG	3	4	4	2	2	2	4	1	3	2,78	1,09
12	H	31	T	2	4	4	2	4	2	3	1	4	2,89	1,17

13	F	30	CG	1	4	4	4	4	2	3	4	2	3,11	1,17
14	H	36	T	1	4	4	3	4	3	3	4	2	3,11	1,05
15	H	35	CG	2	3	4	4	4	2	2	4	2	3,00	1,00
16	M	45	G	2	4	4	4	4	2	4	4	3	3,44	0,88
17	M	31	CG	1	4	2	2	4	3	3	3	2	2,67	1,00
18	M	30	CG	1	4	4	4	4	2	4	3	2	3,11	1,17
19	M	28	CG	2	4	4	2	4	1	4	2	3	2,89	1,17

Fuente. Elaboración propia.

Nota. Las abreviaturas de la tabla corresponden a: H = hombre/ M = mujer / CG = Cirugía general / G = Ginecología / CM = Cirugía maxilofacial / T = Traumatología / 1 = canal puro / 2 = canal – mediador / 3 = mediador – defensor / 4 = defensor puro / σ = desviación típica.

Tabla 4. Resultados de la encuesta sobre la importancia del intérprete en el ámbito sanitario

Sujeto	H/M	Edad	Años como médico	Especialidad	Días con intérprete	¿Considera usted importante el rol que tiene el intérprete en el ámbito sanitario? ¿En qué sentido?
1	M	64	41	CG	10	Es fundamental para que los pacientes entiendan lo que les queremos transmitir y nosotros entendamos lo que les está pasando.
2	M	51	22	CG	150	Nos acerca a un paciente de otra procedencia y cultura

3	M	52	27	CG	10	No es un simple traductor. Va mucho más allá.
4	M	35	10	CG	15	Sí, es más que un simple traductor, hace que dos culturas diferentes sean capaces de entenderse.
5	H	56	32	CG	40	S, debe ser alguien de confianza del médico
Í	M	32	7	CG	3	Sí, son nuestras palabras para transmitir información en momentos muy delicados, deben tener tacto y saber adaptarlas a otro idioma.
7	H	51	28	G	1	Muy importante. No es un mero traductor, sino debe hacer ver que siente el entorno y la familia. Interpretar expresiones. Es fundamental trabajar con un intérprete sobre todo en países donde no sólo el idioma sino la cultura y las costumbres son tan distintas, en el ámbito sanitario y sobre todo en lugares donde no hay acceso a otras pruebas diagnósticas (como la radiología, la anatomía patológica...) la exploración física y la correcta anamnesis son fundamentales para el diagnóstico, y sin un intérprete esto no sería posible.
8	M	33	9	CM	30	Sí, muy importante. Sus palabras también pueden curar.
9	M	34	8	CG	10	Sí, sino sería imposible que los pacientes que no hablan nuestro idioma entendieran lo que se les va a hacer
10	M	33	7	CG	6	
11	M	46	17	CG	50-60	Muchísimo.

12	H	31	6	T	7	Sí, los pacientes no suelen expresar bien cosas abstractas como el dolor o sentimientos, con lo que, si introducimos una barrera idiomática, el resultado puede ser malo.
13	F	30	6	CG	15	Sí, facilita la comunicación entre el médico y el paciente, así como la relación de confianza necesaria para llevar a cabo el diagnóstico y la fidelidad al tratamiento pautado.
14	H	36	12	T	15	Muy importante. La comunicación médico-paciente es la base de cualquier acto médico.
15	H	35	4	CG	10	Sí. Nos pone en contacto directo con la gente.
16	M	45	13	G desde 2016		De vital importancia en la relación médico-paciente, tan importante que su ausencia hace, en algunos ámbitos, imposible la comunicación.
17	M	31	2	CG	90	Muy importante. No es lo mismo una traducción literal que teniendo en cuenta la cultura del paciente, sus creencias y miedos de tal manera que el paciente esté mejor cuidado.
18	M	30	7	CG	30	Sí, me parece imprescindible para disminuir las diferencias interculturales y permitir el intercambio de información verbal y no verbal.
19	M	28	4	CG	5	Es muy importante para minimizar la brecha de comunicación causadas por el idioma.

Fuente. Elaboración propia.

Nota. Las abreviaturas de la tabla corresponden a: M = masculino / F = femenino / CG = Cirugía general / G = Ginecología / CM = Cirugía maxilofacial / T = Traumatología

ANEXO III. Representación gráfica de resultados por parámetros

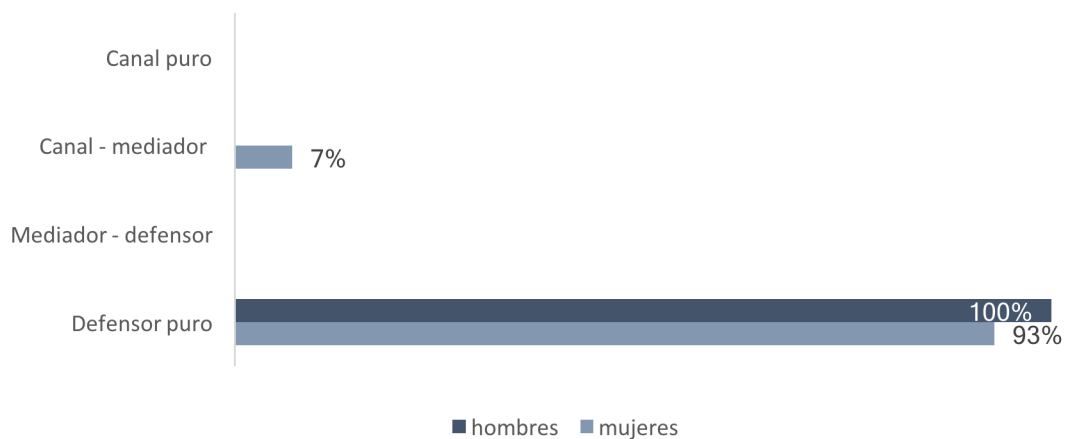
1. Rol del intérprete en el esquema de Jakobson

Figura 1. Percepción en función del rol del intérprete en el esquema de la comunicación de Jakobson según muestra total



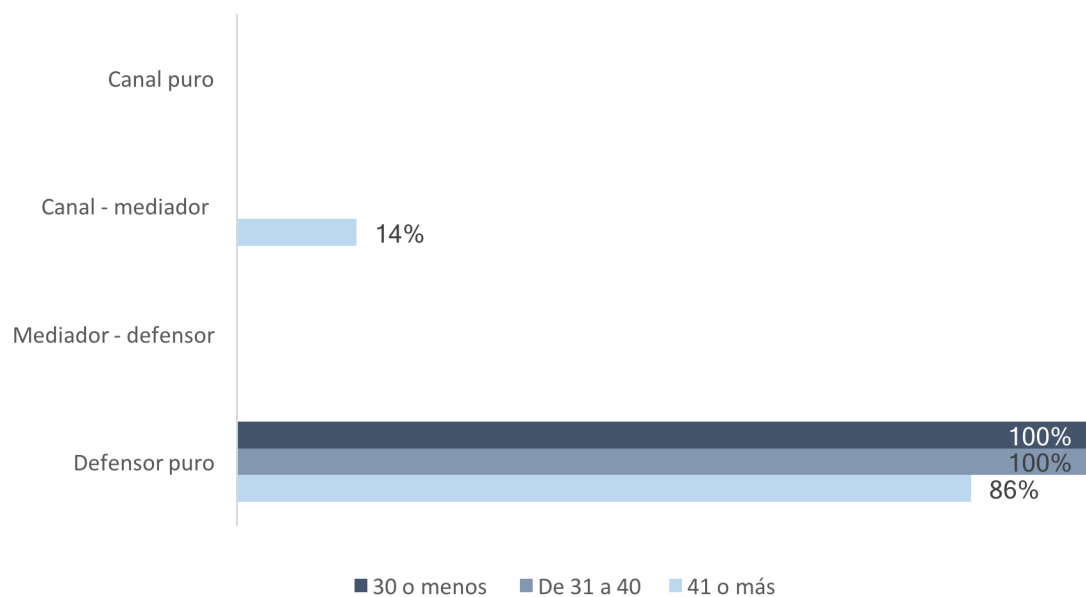
Fuente. Elaboración propia.

Figura 2. Representación de resultados en función del esquema de Jakobson por sexo



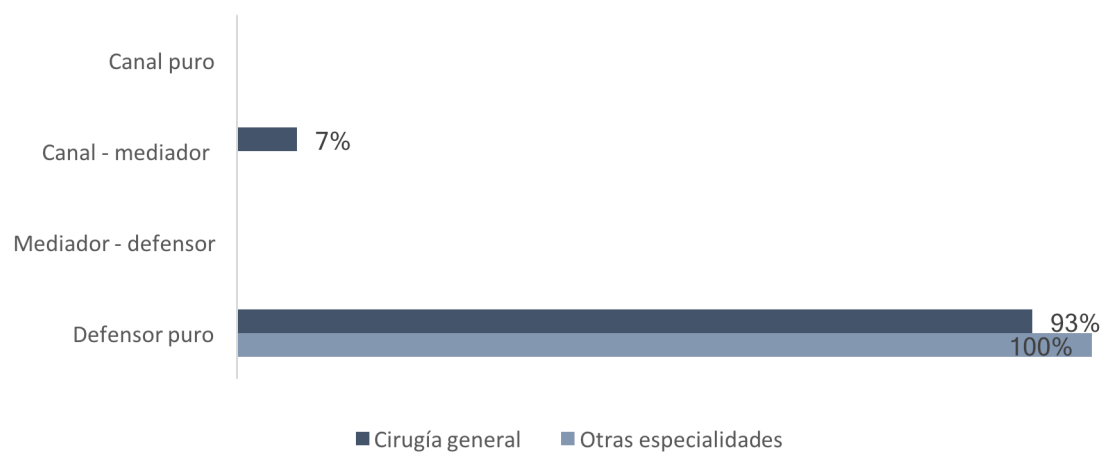
Fuente. Elaboración propia.

Figura 3. Representación de resultados en función del esquema de Jakobson por edad



Fuente. Elaboración propia.

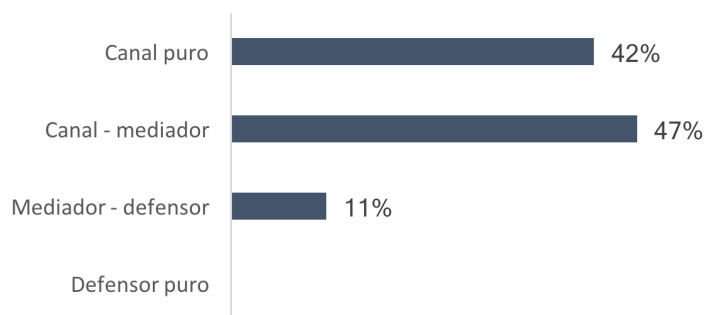
Figura 4. Representación de resultados en función del esquema de Jakobson por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

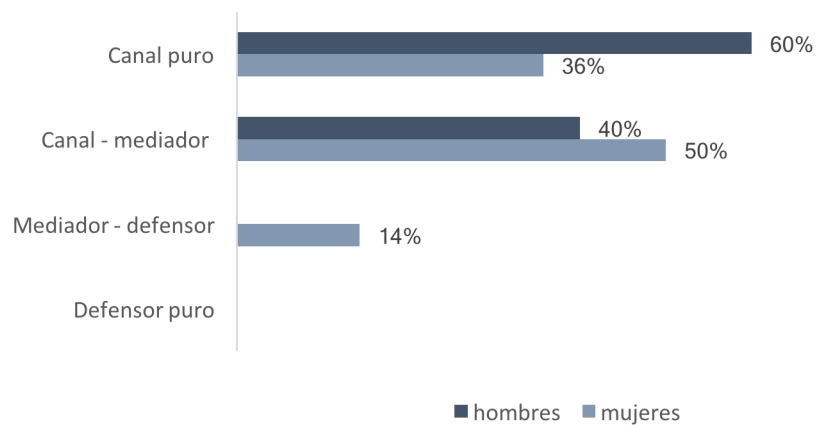
2. Concepción de la comunicación

Figura 5. Percepción en función de la concepción de la comunicación según muestra total



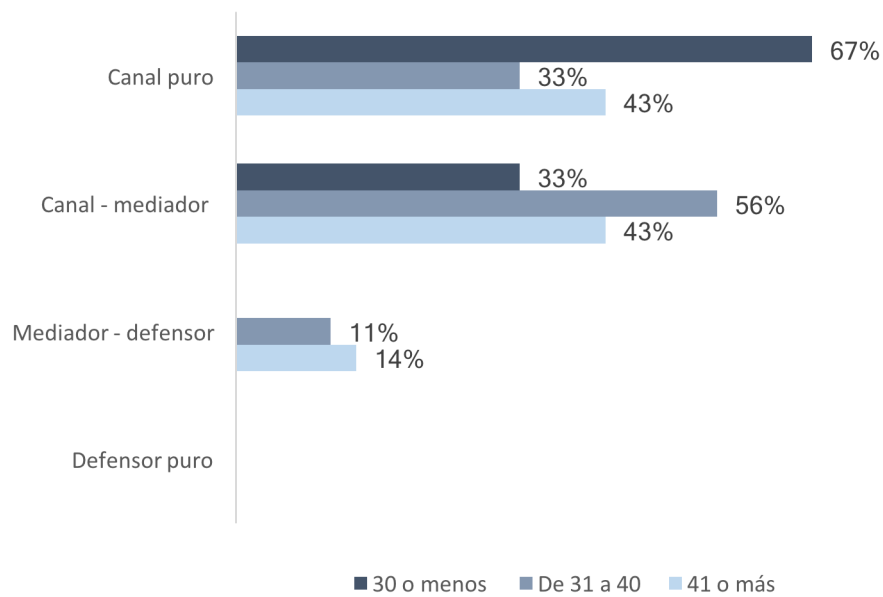
Fuente. Elaboración propia.

Figura 6. Representación de resultados en función de la concepción de la comunicación por sexo



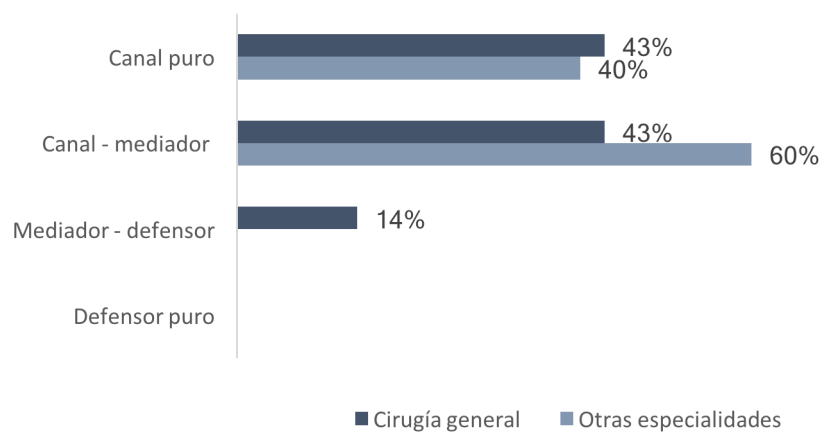
Fuente. Elaboración propia.

Figura 7. Comparación de la percepción en función de la concepción de la comunicación por edad



Fuente. Elaboración propia.

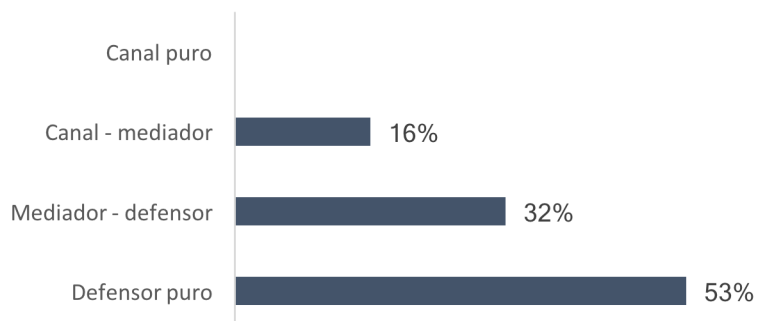
Figura 8. Comparación de la percepción en función de la concepción de la comunicación por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

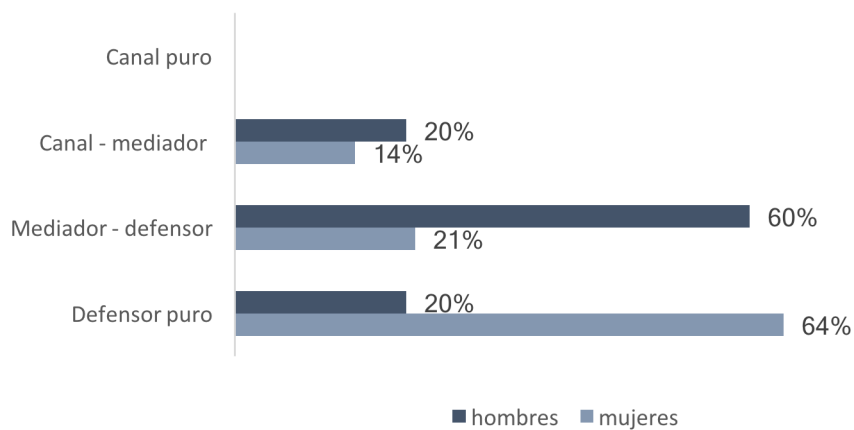
3. Gestión de la multiculturalidad

Figura 9. Percepción en función de la gestión de la multiculturalidad según muestra total



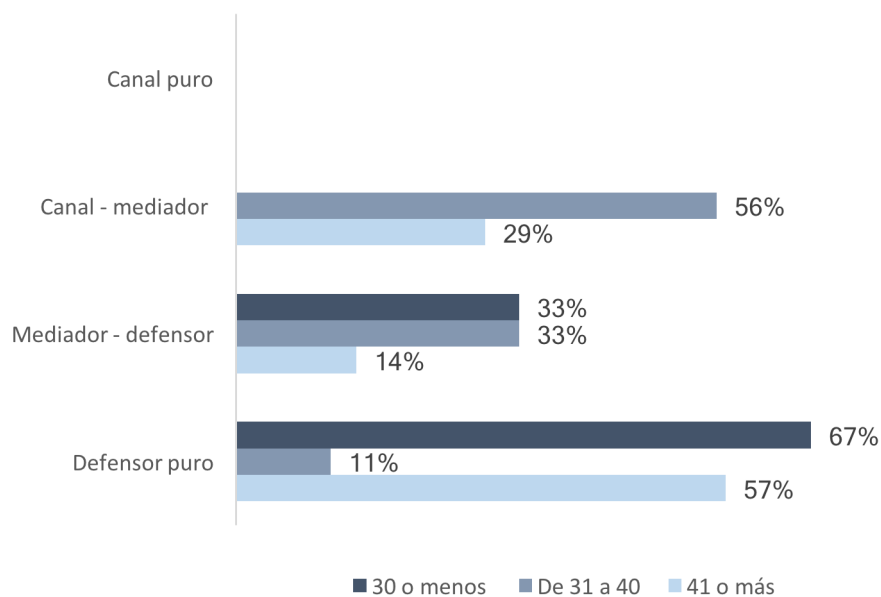
Fuente. Elaboración propia.

Figura 10. Comparación de la percepción en función de la gestión de la multiculturalidad por sexo



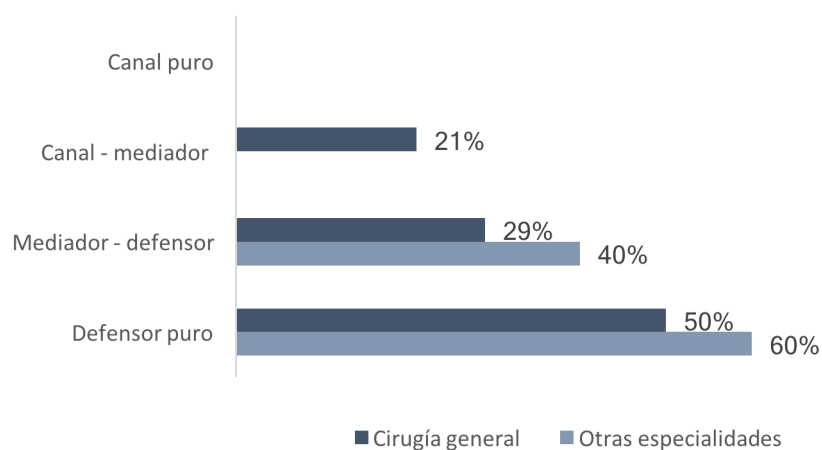
Fuente. Elaboración propia.

Figura 11. Comparación de la percepción en función de la gestión de la multiculturalidad por edad



Fuente. Elaboración propia.

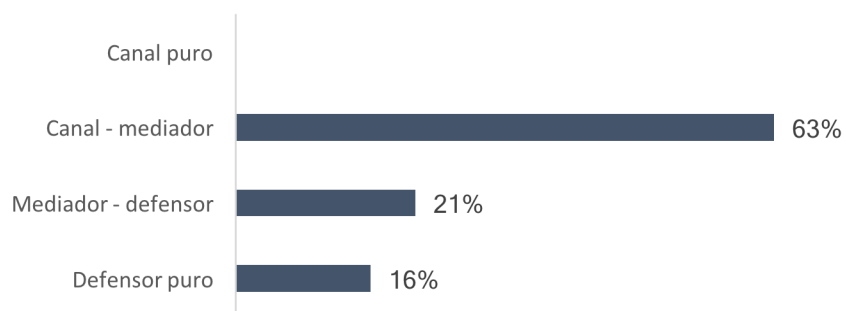
Figura 12. Comparación de la percepción en función de la gestión de la multiculturalidad por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

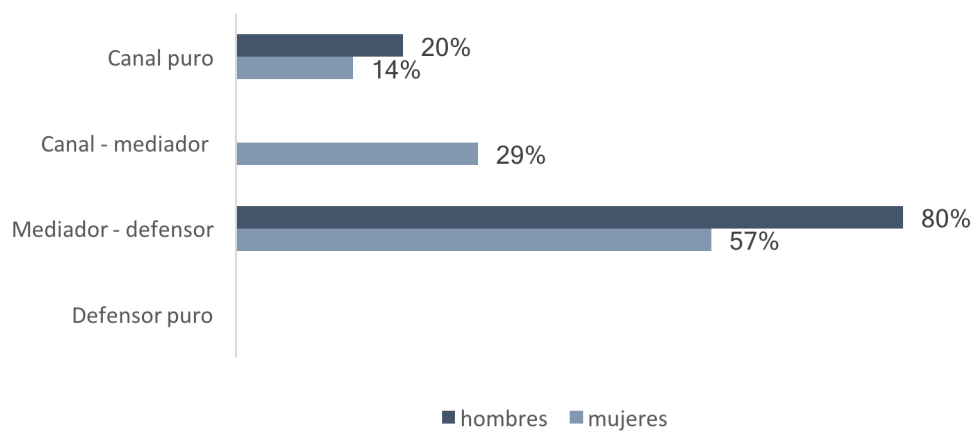
4. Gestión de las relaciones de poder

Figura 13. Percepción en función de la gestión de las relaciones de poder según muestra total



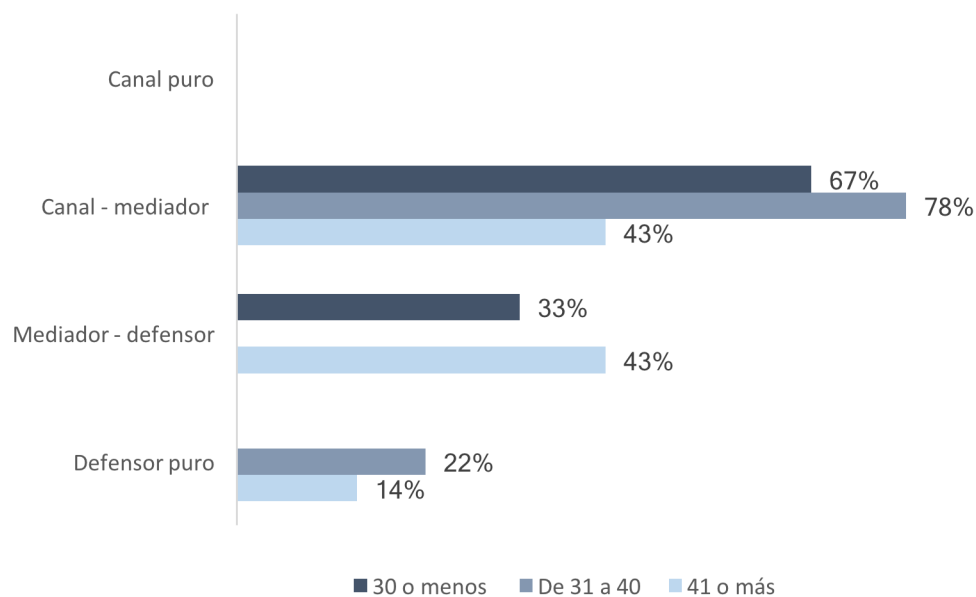
Fuente. Elaboración propia.

Figura 14. Comparación de la percepción en función de las relaciones de poder por sexo



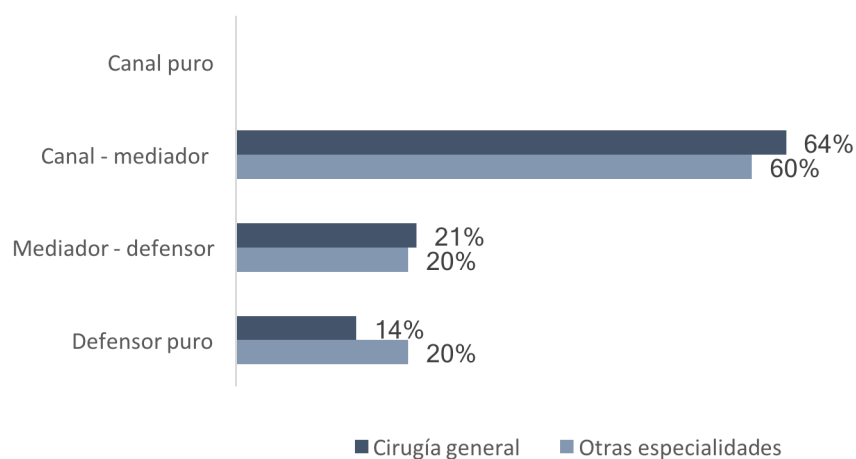
Fuente. Elaboración propia.

Figura 15. Comparación de la percepción en función de las relaciones de poder por edad



Fuente. Elaboración propia.

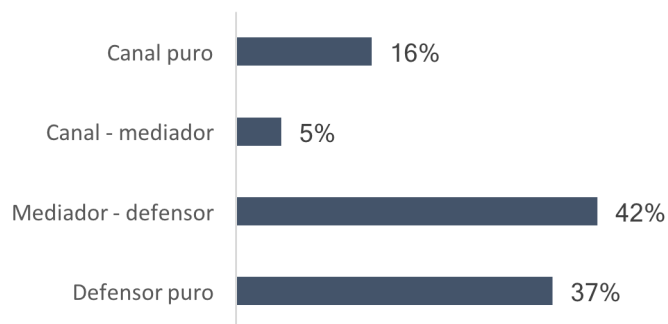
Figura 16. Comparación de la percepción en función de las relaciones de poder por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

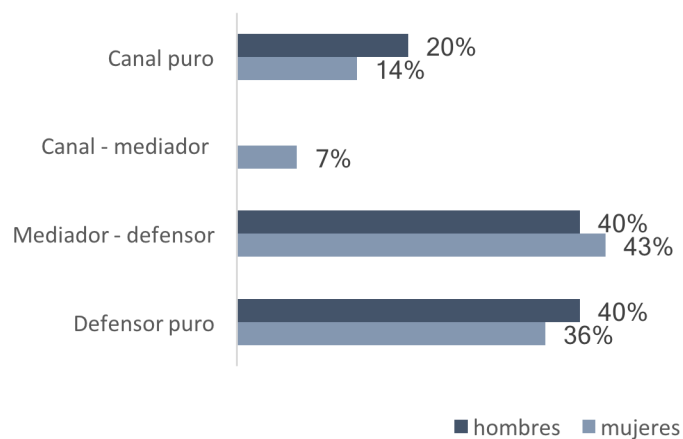
5. Visibilidad del intérprete

Figura 17. Percepción en función de la visibilidad de intérprete poder según muestra total



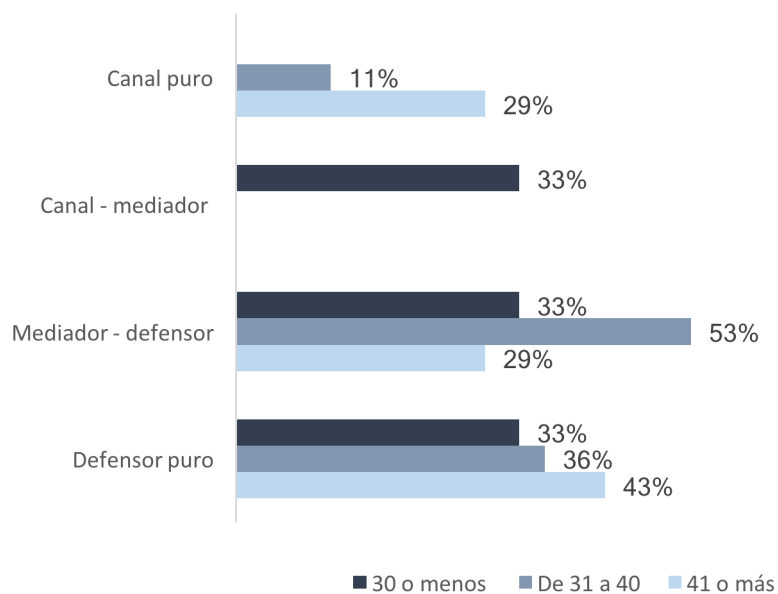
Fuente. Elaboración propia.

Figura 18. Comparación de la percepción en función de la visibilidad del intérprete por sexo



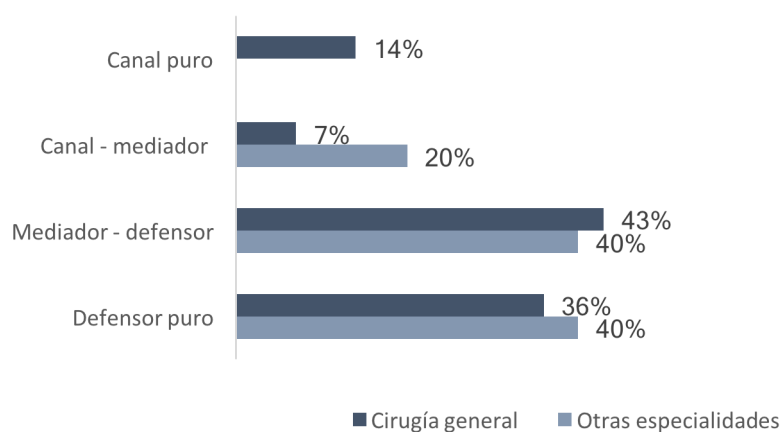
Fuente. Elaboración propia.

Figura 19. Comparación de la percepción en función de la visibilidad del intérprete por edad



Fuente. Elaboración propia.

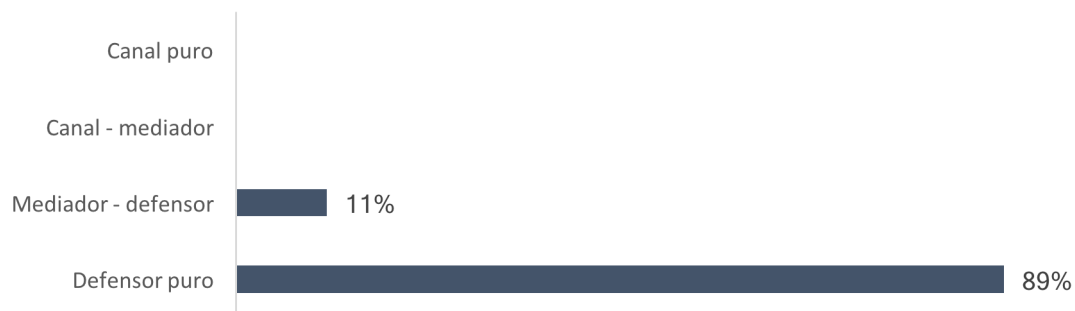
Figura 20. Comparación de la percepción en función de la visibilidad del intérprete por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

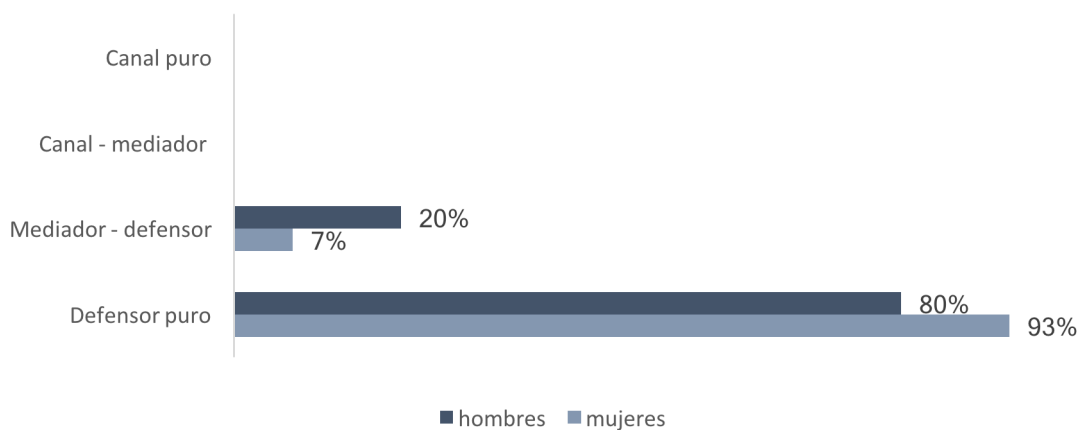
6. Dimensión social del papel del intérprete

Figura 21. Percepción en función de la dimensión social del papel del intérprete según muestra total



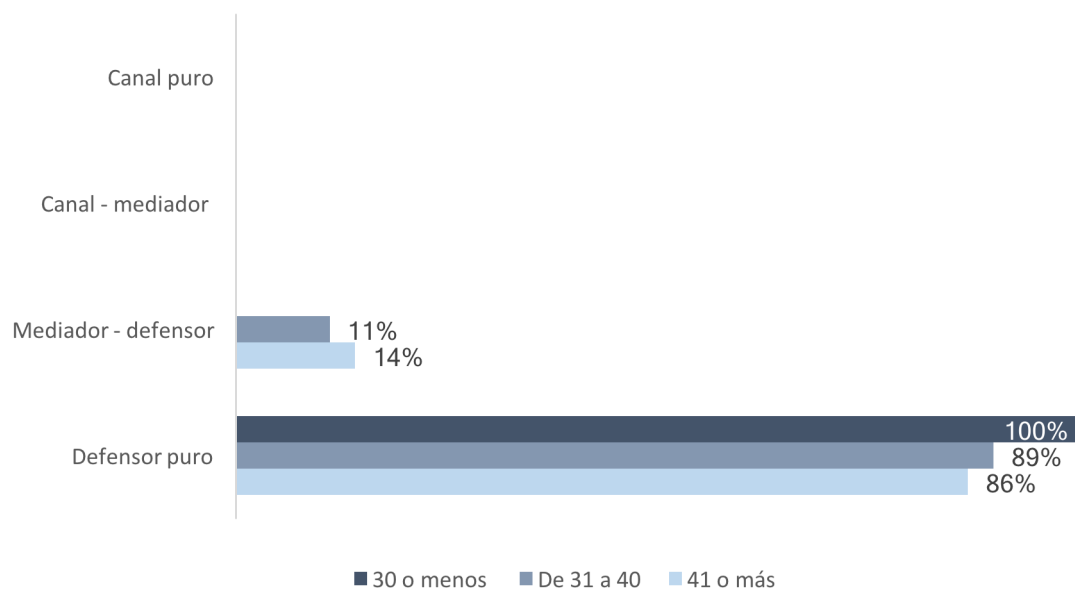
Fuente. Elaboración propia.

Figura 22. Comparación de la percepción en función de la dimensión social del papel intérprete por sexo



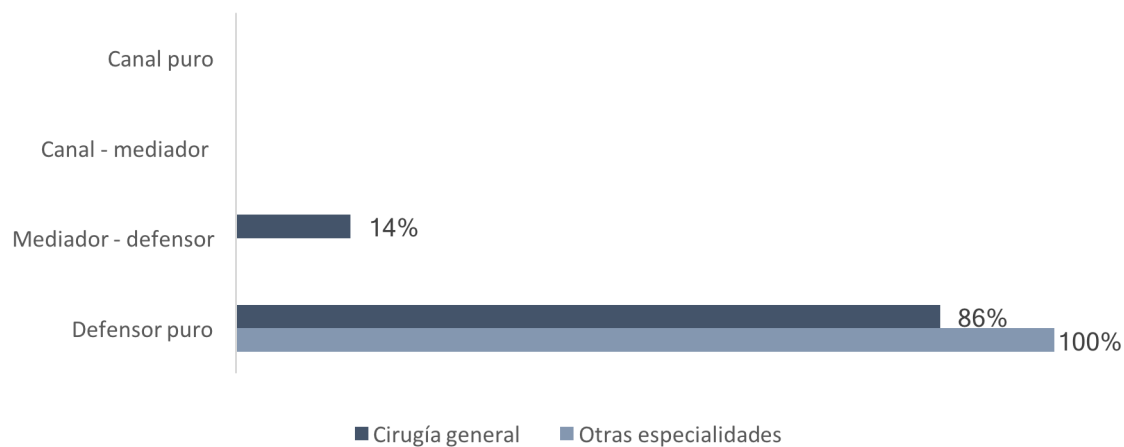
Fuente. Elaboración propia.

Figura 23. Comparación de la percepción en función de la dimensión social del papel intérprete por edad



Fuente. Elaboración propia.

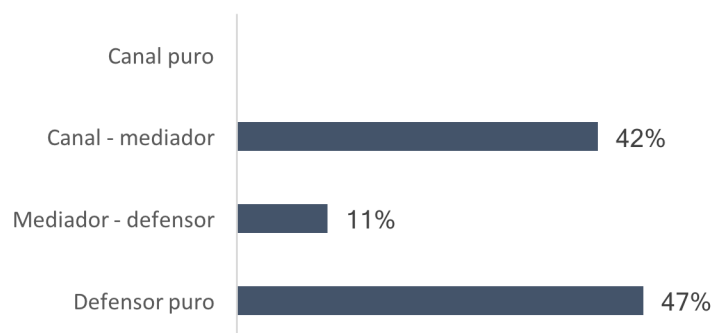
Figura 24. Comparación de la percepción en función de la dimensión social del papel intérprete por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

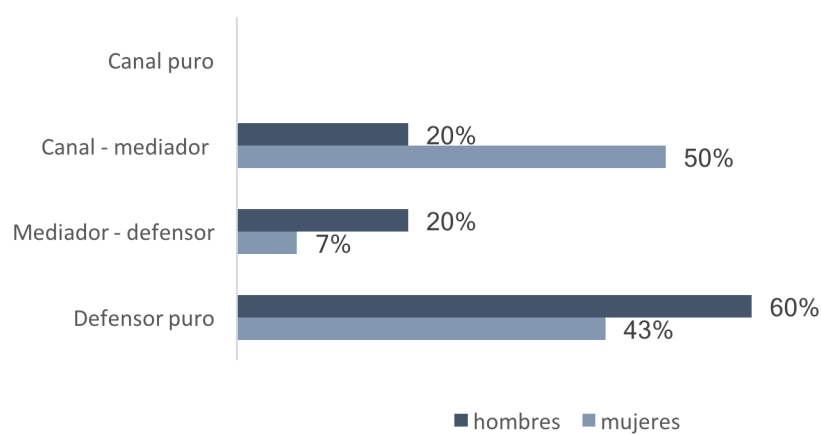
7. Coordinación de la comunicación

Figura 25. Percepción en función de la coordinación de la comunicación poder según muestra total



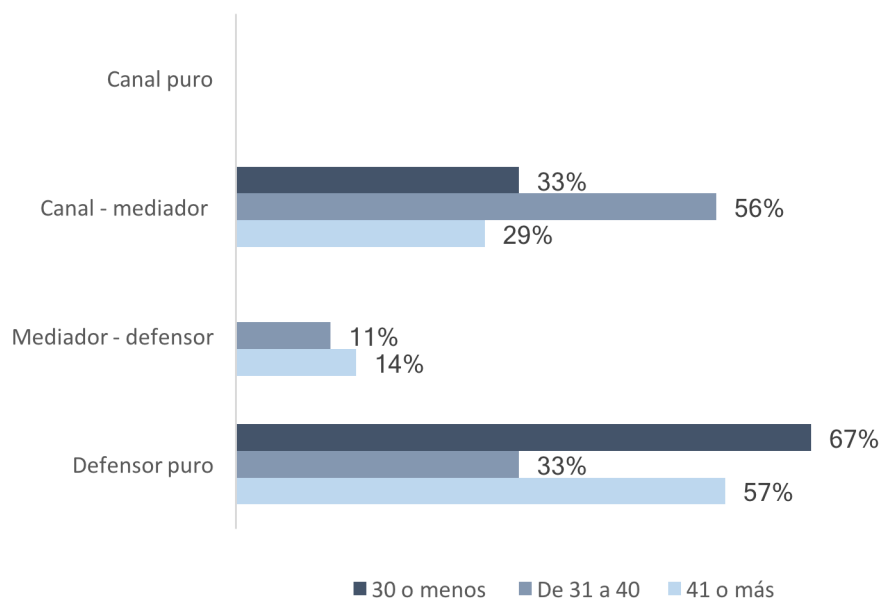
Fuente. Elaboración propia.

Figura 26. Comparación de la percepción en función de la coordinación de la comunicación por sexo



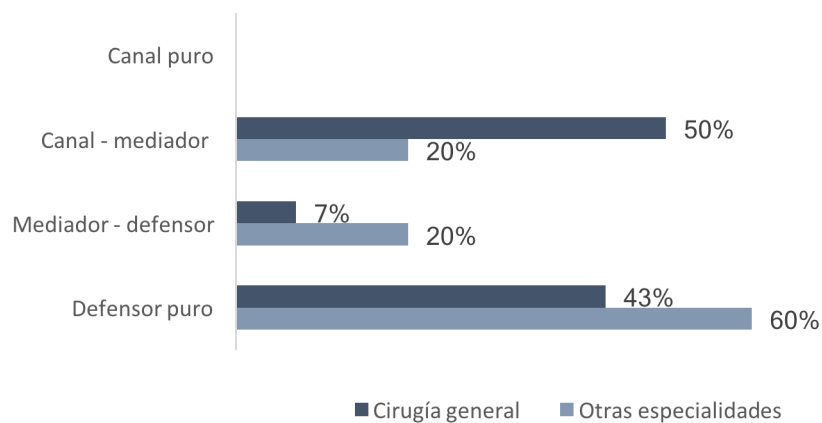
Fuente. Elaboración propia.

Figura 27. Comparación de la percepción en función de la coordinación de la comunicación por edad



Fuente. Elaboración propia.

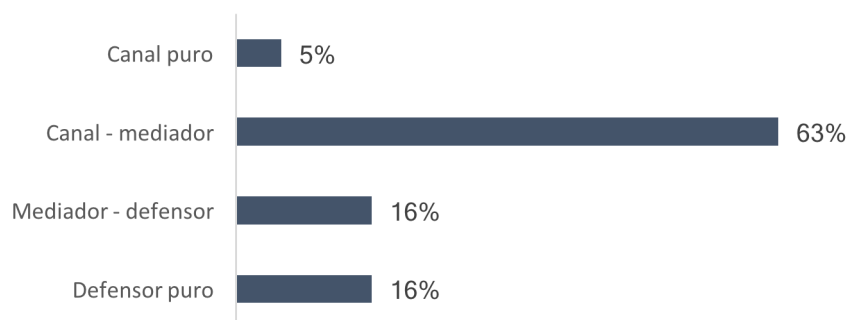
Figura 28. Comparación de la percepción en función de la coordinación de la comunicación por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

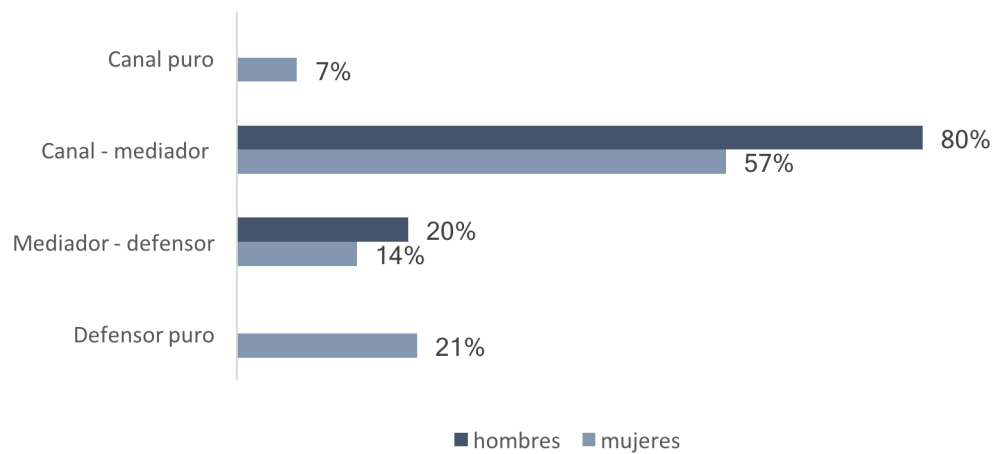
8. Concepción de la fidelidad

Figura 29. Percepción en función de la concepción de la fidelidad poder según muestra total



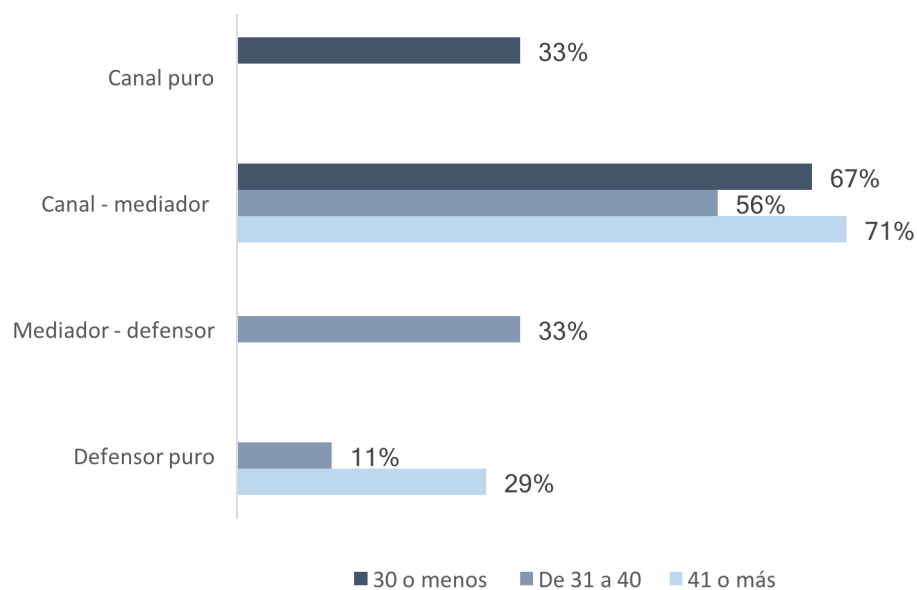
Fuente. Elaboración propia.

Figura 30. Comparación de la percepción en función de la concepción de la fidelidad por sexo



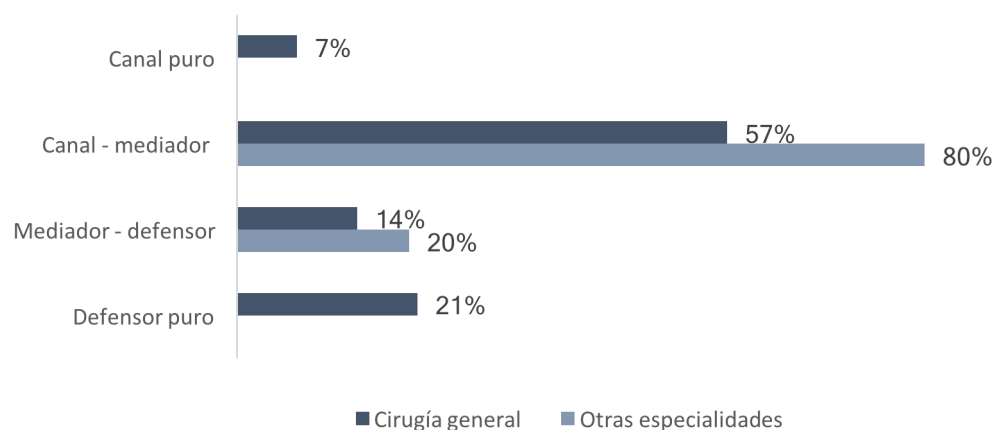
Fuente. Elaboración propia.

Figura 31. Comparación de la percepción en función de la concepción de la fidelidad por edad



Fuente. Elaboración propia.

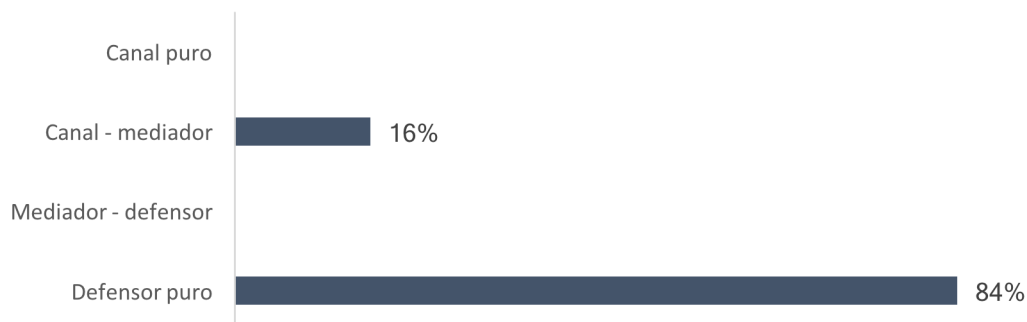
Figura 32. Comparación de la percepción en función de la concepción de la fidelidad por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

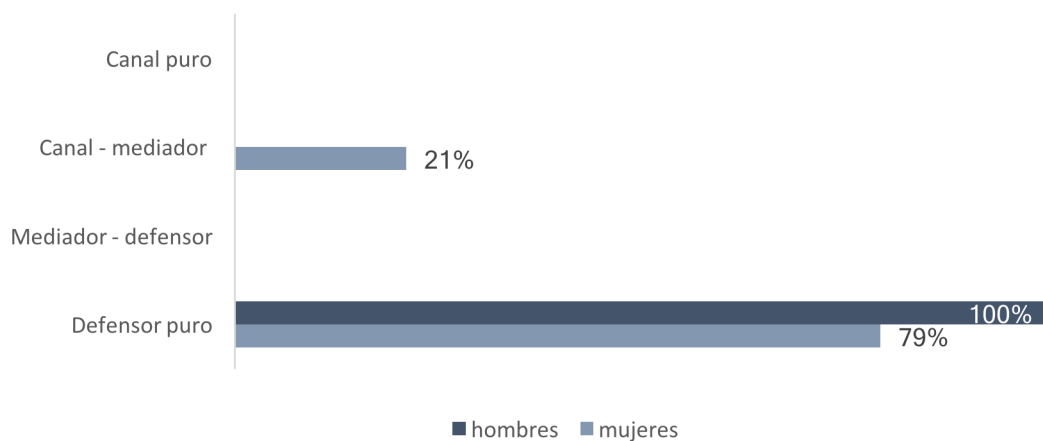
9. Distancia identificativa

Figura 33. Percepción en función de la concepción de la fidelidad poder según muestra total



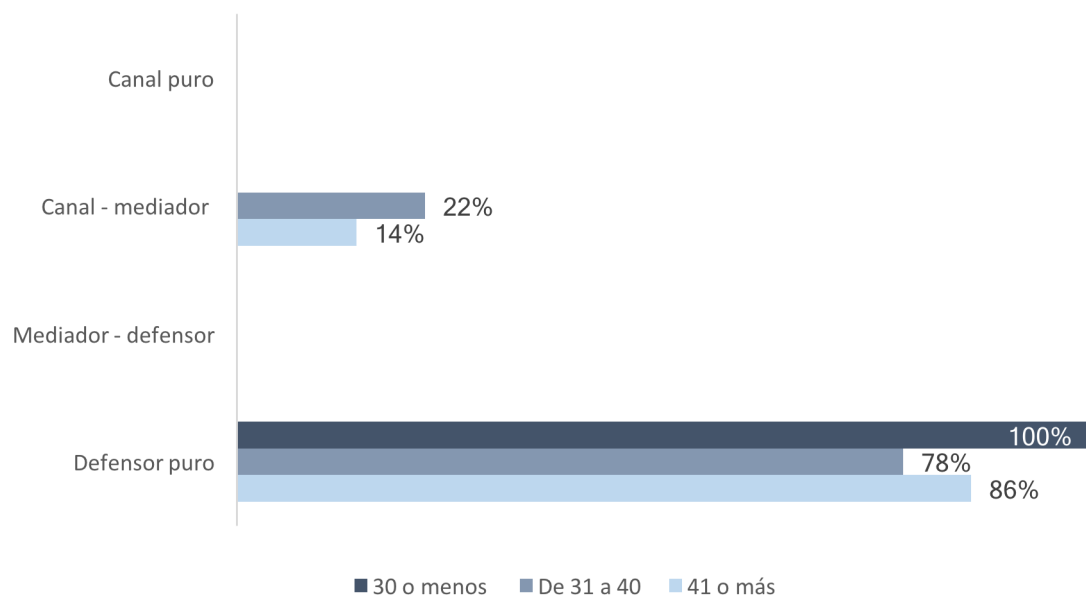
Fuente. Elaboración propia.

Figura 34. Comparación de la percepción en función de la distancia identificativa por sexo



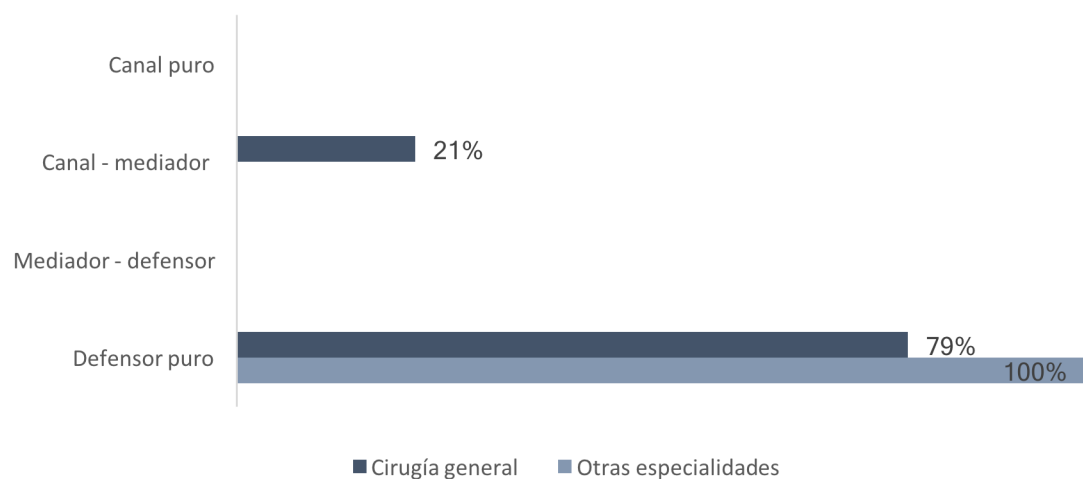
Fuente. Elaboración propia.

Figura 35. Comparación de la percepción en función de la distancia identificativa por edad



Fuente. Elaboración propia.

Figura 36. Comparación de la percepción en función de la distancia identificativa por especialidad



Fuente. Elaboración propia.

ANEXO IV. Entrevistas

Entrevista 1

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 8 de febrero de 2018

Actores:

- **María Jesús Pérez Contín (M. J. Pérez)** cirujano general del Hospital Clínico San Carlos y participante del proyecto en la campaña de 2011
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

M. J. Pérez: Trasmite información traduciendo, pero explica muchas cosas de los pacientes y su mundo, su día a día que nos ayudan a tomar decisiones médicas mejores para ellos.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

M. J. Pérez: Creo que sí, van con miedo, pero el intérprete les tranquiliza porque le conocen y les explica quiénes somos nosotros y lo que les vamos a hacer y en que les vamos a ayudar.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

M. J. Pérez: Sí, en este caso, la labor del intérprete empieza en el poblado, así como la de la gente que trabaja con ellos en el dispensario. Al llegar al hospital, es indispensable para nosotros para explicarnos cosas de su cultura y su forma de pensar, que son muy diferentes a nosotros.

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad).

M. J. Pérez: La mujer allí si no puede tener hijos es repudiada por su marido. Cuando tienes un caso grave de paciente embarazada con rotura uterina y niño muerto en el abdomen con infección, tienes que quitar el útero para que no se muera y eso es complicado de manejar.

M. Domínguez: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

M. J. Pérez: No recuerdo ninguna.

Entrevista 2

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 8 de febrero de 2018

Actores:

- **José María Mugüerza Huguet (J. M. Mugüerza)** cirujano general del Hospital Alcalá de Henares y participante de 4 campañas
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

J. M. Mugüerza: El intérprete debe conocer las costumbres y la situación social del paciente para poder entender con precisión las respuestas y transmitirlos.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

J. M. Mugüerza: Sin duda un intérprete calmado, que sea bien entendido por el paciente, es fundamental. Solo si el paciente percibe que el intérprete comprende al 100% su situación la comunicación será eficaz.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

J. M. Mugüerza: Sin duda si el intérprete conoce la cultura del paciente sabrá contextualizar mejor las respuestas.

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)

J. M. Mugüerza: Es variable según cada paciente, pero algunas culturas tienen prácticas médicas no habituales en la nuestra. Es importante que el paciente comprenda lo que se le va a realizar antes de empezar cualquier operación, que entienda que puede ser doloroso en algún grado o que bajo anestesia local puede sentir manipulación sin dolor, que es necesaria una recuperación, que si se deja algún dispositivo o drenaje en las heridas no es permanente, y que hay que seguir unas instrucciones o tomar una medicación que se le da.

M. Domínguez: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

J. M. Mugüerza: Una anécdota de la cultura Turkana: Confían en nosotros más allá de lo que les podemos dar.

Los turkanos son un pueblo serio. Tienen pocos motivos para sonreír. Hablamos con ellos a través de un colaborador o de personal del hospital que traduce del inglés a su lengua. Son muchos los pacientes que llegan a la consulta y tenemos la difícil tarea de elegir a cuáles podemos operar y a cuáles no. El criterio es lógico: niños o adultos con patología sencilla que una operación simple y eficaz solucione y que devuelva al individuo a una actividad normal en su comunidad. Cuando un paciente tiene una patología que no se puede intervenir en ese medio por los riesgos que conllevaría, es muy difícil explicarle que no le podemos operar. En 2014 le expliqué a un adolescente y a su familia a través del traductor que no teníamos posibilidades de operar un tumor benigno enorme que tenía

en la cara. Después de una hora hablando me cogió la mano y me dijo algo que me tradujeron como “Si usted vuelve el año que viene traiga lo necesario para operarme, que yo le espero”. Yo negué con la cabeza y nos despedimos. Un año después en febrero de 2015 allí estaba, habló otra media hora muy serio y la traducción fueron dos palabras: “Tengo paciencia”. Cada año vuelve a la consulta y pregunta, me mira a los ojos y yo no sé qué cara poner. Quizá el intérprete no se atrevió a decirle que su caso no es operable en África y puede que tampoco con garantías en nuestro medio. O quizá yo no le insistí al intérprete para que tradujera la información con la crudeza necesaria. Lo más difícil es transmitir malas noticias, lo que al médico le cuesta decir y lo que el paciente no desea escuchar.

Entrevista 3

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 8 de febrero de 2018

Actores:

- **Carmen Hernández Pérez (C. Hernández):** coordinadora del proyecto y cirujano general en el Hospital Clínico San Carlos.
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

C. Hernández: Va mucho más allá, sobre todo en entornos culturalmente muy diferentes al nuestro como Turkana. Nuestro intérprete tiene que adaptar nuestras preguntas y nuestras recomendaciones a las condiciones del paciente. Por ejemplo, si queremos decirle “tómese este fármaco cada ocho horas” el intérprete traducirá: “tómese el fármaco a la salida del sol, cuando el sol este en lo alto y cuando el sol se ponga”, lo mismo ocurre con otras preguntas como “cuantos años tiene” y nuestro traductor preguntara “que edad tiene el hijo de tu hijo mayor” para hacer una estimación de la edad que tiene el paciente. Además, cuando les explicamos lo que vamos a hacerles en la cirugía el traductor lo

adapta a lo que los pacientes conocen y así además les tranquiliza y les hace confiar en nuestro tratamiento.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

C. Hernández: Como acabo de decir, los pacientes que viven en este entorno nunca han tenido acceso a un médico, no saben lo que es un quirófano, apenas saben abrir la puerta o tumbarse en una camilla para ser explorados. De modo que el papel del traductor es vital para que entiendan lo que les vamos a hacer, confíen en nosotros y no tengan miedo

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

C. Hernández: Totalmente. Él puede hacerlo porque conoce muy bien la cultura nativa (en este caso es Turkana) y además conoce algo de la nuestra y además nos conoce bien porque lleva más de 10 años con nosotros.

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)

C. Hernández: La falta de comunicación, por una parte, no es fácil comunicarse con ellos porque no hablamos su idioma. Además, las preguntas que le haríamos a un paciente aquí no nos valen allí (edad, desde cuando le pasa algo, ha tenido fiebre, etc..) la interpretación de sus síntomas es muy peculiar (a veces basadas en ideas mágicas, animistas etc.)

María D: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

C. Hernández: Una vez mi traductor no pudo estar en la consulta durante las primeras horas de la tarde. Le sustituyó uno más joven con muy poca experiencia. Vimos a una mujer con un prolapso uterino y le dije que no convenía operarla. Le expliqué las razones, pero el no supo transmitirle mis razones bien y ella organizo una pequeña “rebelión”, me vinieron a pedir explicaciones los miembros del hospital. Estaba muy enfadada. No había

entendido nada. Es la primera vez que tuve una queja y fue por no tener al traductor conmigo.

Entrevista 4

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 9 de febrero de 2018

Actores:

- **Ignacio Cristóbal García (I. Cristóbal):** ginecólogo del Hospital La Zarzuela.
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

I. Cristóbal: Sí, claro. El intérprete te debe traducir, así como interpretar lo que los interlocutores quieren decir. Es importante que conozca las costumbres y tradiciones de los nativos, para poder transmitir completamente el sentir de lo que estos quieren transmitir.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

I. Cristóbal: Sí. Cualquier paciente que necesita al médico se siente con cierta sensación de incertidumbre por saber lo que le van a decir, diagnosticar... Eso en cualquier paciente. En un paciente que no domina el idioma y no sabe las costumbres del médico esta sensación se incrementa y aparece cierta sensación de indefensión por ser un medio hostil para él.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

I. Cristóbal: Si, pues conoce las diferentes culturas y puede traducir las diferentes costumbres y formas de vida de ambas culturas para llegar al entendimiento

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)

I. Cristóbal: Lo más difícil es llegar a entender las diferentes formas de pensar. Adaptarse a las diferentes costumbres. En mi caso, p. ej., es curioso escuchar a las pacientes decir que son Estériles cuando tienen tres o cuatro hijos. En España esa situación ni se plantea, pero para ellas es importante seguir teniendo hijos por sus costumbres. Hay que entender la poligamia, su terror al hospital (en muchos casos lo viven como el sitio donde uno va a morir) ...

M. Domínguez: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

I. Cristóbal: Ya comentado

Entrevista 5

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 9 de febrero de 2018

Actores:

- **Juan Gabriel Tejerina (J. G. Tejerina):** Participante del proyecto y Cirujano general en el Hospital Clínico San Carlos.
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

J. G. Tejerina: Yo creo que sí va más allá, creo que un intérprete no solo debe traducir textualmente las palabras, sino que debe contextualizar la situación en que se produce para hacer entender correctamente la idea a su interlocutor.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

J. G. Tejerina: Creo que sí van con algo de incertidumbre y ansiedad a la consulta, más sabiendo que no hablamos el mismo idioma y que por ende hay una barrera clara entre la relación médico paciente. Sin la ayuda del interprete esta barrera no se rompería.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

J. G. Tejerina: Sí lo creo. Media entre ambas culturas; es el nexo entre los médicos y los pacientes.

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)

J. G. Tejerina: Creo que las mujeres como tal en ciertas culturas son muy reprimidas, y son las que tienen que llevar toda la carga familiar de los niños. La mayoría de las veces creo que son algo introvertidas por el nivel de machismo que existe.

M. Domínguez: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

J. G. Tejerina: Como error de interpretación no se me ocurre... pero si te puedo contar que, al operar a los pacientes, me llamó la atención que, en el postoperatorio, no se tomaban la medicación que se les había dado y la tenían con ellos. La medicación se les había recetado y explicado cómo se la tenían que tomar, pero no lo hacían.

Esto sucedió con varios de ellos.

Entrevista 6

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 16 de febrero de 2018

Actores:

- **Patricia Sáez Carlin (P. Sáez):** Participante del proyecto y cirujano general en el Hospital Clínico San Carlos.
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

P. Sáez: Ayuda a la comunicación verbal y no verbal pudiendo disminuir la ansiedad que supone en muchos casos la información.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

P. Sáez: Sí.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

P. Sáez: Sí.

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)

P. Sáez: Hábitos dietéticos e higiénicos, el estar habituados a otro tipo de terapias, falta de adherencia terapéutica por diferentes costumbres.

M. Domínguez: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

P. Sáez: En un viaje de cooperación internacional en Turkana, Kenia, donde se realizaron varias intervenciones quirúrgicas, uno de los pacientes interpretó que las grapas de sutura de piel eran un adorno. Tras una revisión meses después, no se las había retirado porque le gustaban como decoración

Entrevista 7

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 8 de marzo de 2018

Actores:

- **Jana Dziakova (J. Dziakova):** Participante del proyecto y cirujano general en el Hospital Clínico San Carlos.
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

J. Dziakova: Creo que el rol del intérprete no es solo traducir, sino también realizar una conexión social entre el paciente y profesional sanitario. El intérprete, en mi opinión, debería conocer la cultura y el contexto en el que se sitúa el paciente en el país en concreto. La estigmatización del paciente por diferentes enfermedades no va ser la misma en diferentes culturas y a veces puede ser difícil de averiguar los verdaderos síntomas.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta? ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

J. Dziakova: Depende del paciente. Creo que el paciente, cuando acude al médico, no busca solo la solución de su problema físico, sino también quiere ser escuchado, poder hablar de problemas y situaciones, las que a veces le producen vergüenza y no le resulta fácil hablar de ellos, ni con sus seres más queridos.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

J. Dziakova: Sí, conociendo la cultura del paciente y acercándola al médico/enfermera es una parte importante para entender el impacto de la enfermedad para el paciente. El médico se puede expresar a veces de la manera que no resulta fácil de comprender para el paciente, allí el interprete debería usar el lenguaje adecuado, para que el paciente comprenda el tratamiento correctamente.

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)

J. Dziakova: Me parece difícil aplicar los cuidados postoperatorios adecuados en un ambiente que no tiene los mismos recursos, falta de seguimiento y de prevención de enfermedades. En los países con sequías, usar agua para la ducha puede ser un lujo. El paciente no comprende que es necesario lavar las heridas para mantenerlas limpias. A los turkanas de Lodwar en concreto les gusta ir al médico tras cirugías, aunque no sean muy importantes, les gusta pasar revisiones incontables, aunque no son necesarias. Los turkanas de los pueblos del desierto no saben cómo usar la manivela de la puerta, no saben cómo subir a la camilla de explorar y creen que las pastillas de colores tienen más poder.

M. Domínguez: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

J. Dziakova: Después de la intervención damos varios comprimidos al paciente para el dolor. Porque no siempre disponemos del traductor, “intentamos” aprender las palabras y/o gestos para indicar para que son y cuándo hay que tomarlas: indicando la mañana con la mano en horizontal señalando a la izquierda como que sale el sol. La mano en vertical como mediodía y horizontal señalando a la derecha la puesta del sol. Cada 8 horas adaptado al tiempo turkana que no conoce las horas. Pues pensando que ya lo tenemos dominado imagínese la decepción el día siguiente, cuando el paciente indica al intérprete que tiene dolor y todas sus pastillas están sin tocar en la bolsita entregada el día anterior.

Entrevista 8

Lugar: desconocido. La entrevista se realizó de manera indirecta mediante el intercambio de correos electrónicos.

Fecha: 16 de febrero de 2018

Actores:

- **Aida Elisa Pérez Jiménez (A. E. Pérez):** Participante del proyecto y cirujano general en el Hospital Clínico San Carlos.
- **María Domínguez (M. Domínguez):** entrevistadora y autora del trabajo.

M. Domínguez: ¿Considera usted que el rol del intérprete va más allá de la transmisión de información? ¿En qué sentido?

A. E. Pérez: Por mi experiencia, sí creo que va más allá. Además de transmitir mera información tiene que ayudar a entender la información entre culturas diferentes.

M. Domínguez: ¿Considera que los pacientes van con miedo o incertidumbre a la consulta?

A. E. Pérez: Muchos sí.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete ayuda a tranquilizarles de alguna manera?

A. E. Pérez: El interprete les explicaba en lo que consistía nuestro trabajo, que queríamos ayudarles. Además de poner orden y mediar entre los que esperaban para la consulta.

M. Domínguez: ¿Cree usted que el intérprete actúa como mediador entre ambas culturas?

A. E. Pérez: Totalmente, para nosotros era muy difícil comunicarnos con ellos, no solo por el idioma.

M. Domínguez: ¿Qué elementos culturales considera usted que son los que más dificultan la comunicación entre paciente y cirujano? (por ejemplo, el que no sepan con certeza su edad)

A. E. Pérez: El idioma, no tenían reloj para decirles cuando tomar el tratamiento, diferente percepción del dolor, les costaba resumir el problema médico y en eso el intérprete era fundamental, sabía identificar cuál era su problema o dolencia y resumírnoslo.

M. Domínguez: ¿Podría contar alguna anécdota sobre algún caso en el que el mensaje se hubiera malinterpretado o hubiera sido erróneo?

A. E. Pérez: En general era difícil explicar cómo debían de tomar los analgésicos. Un paciente postoperado de mandíbula que debía de tomar dieta túrmix nos costó mucho hacerle entender la importancia de ello y que era lo que no podía comer. De hecho, al día siguiente nos lo encontramos comiendo pollo.

Entrevista 9

La presente entrevista se realizó en el año académico 2016 – 2017, con motivo de la elaboración de un trabajo voluntario para la asignatura de Interpretación II: A pesar de que el enfoque del trabajo voluntario difería del perseguido en este trabajo de fin de grado, se ha podido recuperar una entrevista realizada al intérprete. Esto permite analizar la percepción del rol del intérprete, desde dos puntos de vista (usuarios e intérprete). Se trata de una transcripción de un video en el que Carmen Hernández lee las preguntas al intérprete. Sin embargo, la distribución de la encuesta se realizó por el mismo medio que en el de las demás, es decir, a través del correo electrónico. Por este motivo, se introduce a Carmen Hernández como entrevistadora en lugar de la autora de este trabajo.

Tabla 6. Ortotipografía empleada para la transcripción de la entrevista realizada al intérprete de Cirugía en Turkana.

Símbolo empleado	Significado
[palabra]	Marcador de anotaciones fuera de la entrevista
pal:abra	Marcador de alargamiento del sonido de una palabra. Cuanto mayor sea, más signos de puntuación aparecerán
/palabra/	Marcador de segregación del habla
(palabra)	Marcador de palabra aproximada en función del contexto al ser ininteligible a partir del documento sonoro
<i>palabra</i>	Marcador de énfasis
- pal[abra - otr]a palabra	Marcador de solapamiento de voces cuando un interlocutor interrumpe al otro.
°°palabra°°	Marcador de palabra enunciada con un tono de voz más suave.

Fuente. Elaboración propia a partir de la ortotipografía empleada por Drew; Chatwin; Collins (2004)

Lugar: consulta de Cirugía en Turkana del Hospital de Lodwar, Kenia.

Fecha: 30 de enero.

Duración: 3:58 min

Actores:

- **Carmen Hernández Pérez (C)**, cirujano general del Hospital Clínico San Carlos y coordinadora de la organización Cirujanos en Turkana
- **Steven Marin (I)**, trabajador en la misión de Nriokotome, en proyectos de salud en dispensarios y clínicas, e intérprete de enlace de la organización desde el 2004, con lengua A, turkana, y lengua C, inglés.

Carmen H: So hello Steven, how are yo::u?

Steven: Hell::o fine thank yo::u.

Carmen H: Oka:y, we start with the first question.../Erm/...do you think you play an important role as an intercultural mediator?

Steven: Ye[ah.

Carmen H: [In what way?

Steven: Indeed. In a way that y... y... you know, when a person comes you make sure that the person understand properly, *especially* in the medication, *especially* what is going to take *place*.

Carmen H: Okay.

Steven: Yeah.

Carmen H: °°We go for the next one°°. How did you become and interpreter, Steven, could you tell us please, a little bit of your background and education for that?

Steven: Okay, I... I... I've not (letasa:y) gone to a special course as an interpreter. I was doing this because... /erm/...with the patients I usually se:e from the dispensary in Nariokotome*, I've always, and that is where I learn that is very much important

somebody to understand what you are giving, like medicine, what you are telling, as an *advice* on how to take the medicine, something like that. It...it came that, because we are dealing with local patient that they don't understand other languages or they d.. or they don't understand the new forms of medication so... I... I... I learn on that that, because they understand I speak the language, i...i...it makes me to be (*brief*) and understandable when I explaining how... what a patients has °°to go about°°.

Carmen H: Okay.../Erm/...what cultural traits.../erm/...do you think are the ones that make the communicative process more difficult?

Steven: One thing.../erm/...the first thing that will make the interpret(sion) a bit difficult i::s, *one*, there's some patient who are taking themselves as *special* because, when you try to explain the point or what is *necessary*, they... they don't think y... you have a point to *make*, because what the...they *have*] is what they have [*se señala a la frente con el dedo índice de la mano izquierda*] in *mind*. They want always [*hace movimientos circulares con la misma mano*] the i... the idea of what they are thinking. So, when you try to explain, you find they are not listening to you, they don't (letasa:y) pay *attention*. Because is like... they know much than you [*se rie*].

Carmen H: Oh:h. That happens in Spain as well... I can tell [*se rien los dos*]. /Erm/...could you recall any case.../erm/...when you had difficulties when transmitting the message from the surgeon to the patient, and how did how did you address these difficulties? Do you remember?

Steven: *Ye::ah*... Really, I... I have not come across some difficulties on.../erm/...(letasa:y) interpreting of [*inteligible 0,02*] the patient, because.../erm/...I am always *brief* and... to the *point* that th... the.. the patient understand. And, since I started (letasa:y) explaining to a patient about what they are saying I suggested... I... I... I've not seen difficulties, maybe in (fisher).

Carmen H: So, oh, was there any case where you felt that the patient misinterpreted what the surgeon was trying to transmit?

Steven: /Erm/...Not really, not really, not really, I have not come across the case that °°wasn't°°...BECAUSE I... I usually make *understand* or I make the patient to *repeat* what I've [*se señala a sí mismo*]...ab...ab... about what I've say. And you find all

patients.../erm/...I... I... I... tell what...what...what the doctor was... was... to... to operate or...what... or...or was understanding, because I make sure they've understood by making them to repeat what I've said.

Carmen H: Okay. Well, thank you very much Steven.

Steven: *[sonríe]* Thank you, you are *[levanta el pulgar hacia arriba]* welcome.

Carmen H: Thank you::u

Steven: Great