



El carácter dinámico de la fidelidad en la interpretación sanitaria.

Carolina María Castro Goizueta

Trabajo de fin de grado

Directora de TFG: Elena Aguirre Fernández Bravo

4º Grado en Traducción e Interpretación

Universidad Pontificia de Comillas

27 de abril de 2015

Índice

1. Introducción: Motivos y objetivos	3
2. Estado de la cuestión	5
2.1. La interpretación	5
2.3. La interpretación sanitaria	7
2.4. ¿Qué es la fidelidad?	9
2.4.1. La fidelidad en la interpretación médica	11
3. Metodología	12
4. Los factores que influyen en la fidelidad en la interpretación médica.	14
4.1. La cultura	14
4.1.1. Nociones teóricas	14
4.1.2. Clasificación de los tipos de cultura	16
4.1.3. Aplicaciones a la interpretación sanitaria	18
4.2. La comunicación no verbal	20
4.2.1. La relevancia del lenguaje no verbal en la comunicación	21
4.2.2. Lenguaje no verbal corporal	22
4.2.2.1. Aplicaciones a la interpretación sanitaria	23
4.2.3. Lenguaje no verbal vocal o paralinguaje	25
4.2.3.1. Aplicaciones a la interpretación sanitaria	26
4.2.4. Gestión del lenguaje no verbal	28
4.3. Factores interpersonales	30
4.3.1. Niveles comunicativos y actos de habla	30
4.3.1.1. Aplicaciones a la interpretación sanitaria	31
4.3.2. La actitud de los interlocutores	32
4.3.2.1. Las dimensiones culturales	33
4.3.2.2. La edad	33
5. Conclusiones	35
6. Bibliografía	38

1. Introducción: Motivos y objetivos

El presente trabajo surge de la curiosidad por conocer cuáles deberían ser los límites y el papel de un intérprete de enlace en el ámbito sanitario. Existen varios motivos para escoger precisamente la interpretación médica para este trabajo. En primer lugar, el interés de la autora por la medicina y, en segundo lugar, el hecho de que las situaciones con las que se pueda encontrar un intérprete sanitario pueden llegar a ser muy delicadas y todo lo que transmita puede ser de una importancia vital. Tiene que estar atento a todas las señales y fuentes de información, sin que por ello comprometa la ética profesional.

Según Valero Garcés y Gauthier Blasi (2010, p. 110), existen varios niveles comunicativos que un emisor emplea cuando se comunica: lo que se dice literalmente, lo que se quiere decir y lo que conviene decir para la consecución de sus objetivos (aquello que el emisor quiere conseguir con su mensaje). La identificación de los mismos suele suceder de manera inconsciente, sobre todo si se trata de un intérprete con experiencia, y ello puede suponer un problema a la hora de interpretar el mensaje, dado que hay que elegir uno de los tres niveles. Entonces, ¿hasta qué punto tiene libertad el intérprete para elegir entre los tres niveles sin comprometer el principio de fidelidad? y ¿hasta qué punto es ético este comportamiento?

En el trabajo se estudiarán algunos de los factores que influyen en la fidelidad en el ámbito de la interpretación sanitaria y se analizarán los problemas que se pueden plantear y la manera en que afectan a la fidelidad. Se propondrán distintas definiciones de fidelidad, para tratar de comprender mejor este concepto, pero a lo largo del trabajo se intentará comprobar si es posible aplicar la fidelidad como una sola teoría a todas las situaciones o si la fidelidad en la interpretación sanitaria adquiere un carácter dinámico que haga que los intérpretes no tengan que ceñirse a unos estándares rígidos, sino que deben desempeñar su trabajo teniendo en cuenta el contexto de cada situación (Valero Garcés & Gauthier Blasi, 2010, p. 107).

Además, se va a intentar llamar la atención sobre la importancia del paralenguaje y de la comunicación no verbal en general. A pesar de que es un concepto que está presente en interpretación, es posible que no sea un elemento muy recurrente a la hora de hablar de

fidelidad. Si bien es cierto que se dice que un intérprete debe saber identificar el verdadero mensaje, quizás la relación entre la comunicación no verbal (en especial vocal) y la interpretación (en especial la sanitaria) no se ha investigado aún lo suficiente.

Por eso es esencial que el intérprete médico tome conciencia de lo importante que puede ser captar, por ejemplo, un titubeo, un temblor o un tono de inseguridad en un paciente durante una interpretación médica. Teniendo todo esto en cuenta, se tratará de proponer soluciones adecuadas para transmitir el paralenguaje. Hay veces en las que este simplemente complementa al mensaje y, por tanto, no resulta necesario plantearse cómo transmitirlo, pero en las ocasiones en las que el lenguaje verbal indica una cosa y el paralenguaje la contraria, el intérprete puede encontrarse en un dilema ético que, desde luego, deberá resolver de alguna manera, porque lo menos ético sería pasarlo por alto por no saber cómo actuar.

En resumen, el objetivo principal de este trabajo es comprobar si la fidelidad en la interpretación médica es un concepto dinámico y exponer las dificultades que ello pueda suponer. Asimismo, se intentará proponer soluciones adecuadas para tratar de salvar dichas dificultades. Por otra parte, como objetivo secundario del trabajo y aprovechando la inclusión de la comunicación no verbal como factor que influye en la fidelidad, se tratará de profundizar un poco más en ella, mediante la sistematización de información, para llamar la atención sobre su importancia y tratar de crear una pequeña guía que incluya algunas características, dificultades y pautas de actuación ante la comunicación no verbal.

2. Estado de la cuestión

2.1. La interpretación

Los intérpretes son profesionales que, a menudo, son invisibles para los demás debido al desconocimiento que existe en torno a la interpretación. En parte se debe al carácter polisémico de la palabra *interpretación*, ya que en muchos casos se relaciona con la actuación y por eso la mayor parte de las personas continúan denominando la interpretación lingüística *traducción*, sin hacer ninguna distinción entre los dos términos.

La diferencia principal entre traducción e interpretación es que en la primera se trabaja con textos escritos y en la segunda con discursos (AIIC, 2013). A primera vista, puede parecer que la diferencia no es tan grande, pero veamos qué implica el hecho de que la interpretación tenga ese carácter oral. La implicación más obvia es la inmediatez con la que se tiene que producir la prestación (AIIC, 2013). Ello supone no tener tiempo de consultar diccionarios, de reflexionar largo rato sobre cómo decir alguna frase o no tener la libertad de contactar tantas veces como sea necesario con el cliente para consultarle dudas, entre otras cosas (AIIC, 2013). Además está el hecho de que, aunque un texto sea capaz de transmitir mucho, nunca va a transmitir tanto como una persona hablando: hay que tener en cuenta la cultura, el paralenguaje, el mensaje que realmente se quiere transmitir y una larga lista de factores que varían de una situación a otra.

Una vez se ha aclarado esta diferencia, también resulta necesario explicar qué quiere decir *interpretar*. Ni interpretar ni traducir se refieren al hecho de sustituir las palabras de una lengua origen por otras en la lengua meta (AIIC, 2013). Jones (1996, p.6) describe la interpretación como el proceso en el que «el intérprete escucha al emisor, entiende y analiza lo que se dice y luego lo reformula de manera adecuada en un idioma distinto [traducción propia]».

2.1.2. Tipos de interpretación

Existen muchos tipos de interpretación diferentes y muchas clasificaciones distintas, pero solo se van a repasar los que resulten relevantes para el presente trabajo, ya sea porque son los que se van a analizar o porque se va a realizar una comparación entre ellos. La interpretación simultánea es uno de los tipos de interpretación que se emplea, por ejemplo, en una conferencia. El intérprete transmite el mensaje en la lengua meta prácticamente a la vez que el emisor transmite su mensaje en la lengua origen (Mikkelson, 1999, epígrafe 3, párrafo 2). La interpretación consecutiva también se emplea a menudo en reuniones y conferencias, pero en ella el intérprete espera a que el emisor haya terminado su discurso antes de empezar a interpretarlo (Mikkelson, 1999, epígrafe 3, párrafo 3).

En la interpretación comunitaria o en los servicios públicos el intérprete actúa como el enlace entre alguien que no hable el idioma de un país y el personal de los servicios públicos de ese país, por eso se puede dar en ámbitos muy variados desde el educativo, al médico, pasando por el legal, etc. Wadensjö (1998, p. 49) define la interpretación comunitaria como «interpreting carried out in face-to-face encounters between officials and laypeople, meeting for a particular purpose at a public institution» y la distinción que marca entre *officials* y *laypeople* permite deducir que la relación entre los interlocutores durante esta clase de interpretación será bastante asimétrica. A diferencia de la interpretación consecutiva o de la simultánea, tanto el intérprete como los participantes se encuentran muy expuestos, no solo por esa asimetría, sino también porque el espacio es mucho más limitado y los participantes tienen contacto directo unos con otros. Como es lógico, esta cercanía aumenta el riesgo de que haya más choques culturales o más severos que si la única conexión que los participantes tuvieran entre sí fuera el sonido de la interpretación a través de unos auriculares. Por esta razón, el papel de un intérprete varía de un tipo de interpretación a otra, así como las estrategias que debe seguir para lograr una comunicación adecuada.

Este trabajo se va a centrar en la interpretación sanitaria, que es un tipo de interpretación de enlace o comunitaria. Es importante tener en cuenta que en la interpretación sanitaria, además de que el intérprete tiene contacto directo con los participantes, este es

mucho más visible y recibe más información, también conoce realidades muy íntimas de la persona para la que interpreta, lo que hace que esta clase de interpretación sea especialmente delicada, y se puede ver en situaciones algo comprometidas que hacen que la ética del intérprete cobre más importancia que nunca.

2.3. La interpretación sanitaria

La interpretación sanitaria puede clasificarse como un subgrupo de la interpretación comunitaria o en los servicios públicos. A grandes rasgos, abarca todos aquellos encuentros con un médico, enfermero u otros profesionales sanitarios. Aunque el escenario más habitual es la consulta médica, también se puede dar en contextos más extremos como en una sala de urgencias, por lo que la presión y la responsabilidad del intérprete pueden variar de una situación a otra.

La principal dificultad de la interpretación sanitaria radica en que el éxito de un tratamiento o la salud de una persona, entre otras cosas, depende en gran medida de la competencia del intérprete y de lo correctamente que este sepa transmitir las intervenciones de los participantes del acto comunicativo. Por ello, se trata de una profesión en la que el intérprete tiene que hacer frente a conflictos éticos constantemente (Gentile, Ozolins & Vasilakakos, 1996, p. 57) y para poder hacerlo, se presume que el intérprete debería haber recibido formación adecuada para saber reconocer y solucionar estos conflictos. Sin embargo, en la actualidad los intérpretes sanitarios suelen ser intérpretes *ad hoc* (Leanza, 2007, p. 12), es decir, intérpretes sin formación específica que a menudo son familiares o amigos del paciente o empleados sanitarios bilingües. A menudo, la competencia lingüística de estos últimos no es tan buena como debería y estos intérpretes no se mantienen únicamente en el papel de intérprete, sino que pueden rotar entre su papel de familiar, defensor del paciente e intérprete (Valero Garcés, 2007, p. 48).

Con el fin de evitar que se den situaciones con las características descritas en el párrafo anterior, «la necesidad de intérpretes comunitarios competentes y éticos es primordial» (Hale, 2010, p. 24). La falta de regulación de la profesión en muchos países y de un código ético unificado complica la consecución de este objetivo. Wadensjö (1998, pp. 54-55) achaca esta falta de profesionalización a que en muchos países la interpretación comunitaria es algo que concierne única o principalmente a las minorías, mientras que

en los países en que está más regulada y es más conocida es una profesión que cubre una necesidad que concierne a la sociedad en general. En el caso de los primeros países, esta actitud contribuye al desconocimiento de la profesión.

El desconocimiento del funcionamiento de la interpretación sanitaria podría acarrear consecuencias más graves que si se tratase de interpretación simultánea, por ejemplo. Se trata de una disciplina en la que el bienestar de los clientes depende en gran medida de la actuación del intérprete y esto es algo que no todos los profesionales sanitarios entienden. A menudo consideran que es una actividad para la que no se necesita formación y que puede desempeñar cualquier persona bilingüe. Sin embargo, es importante que el personal médico entienda que interpretar en este ámbito es un ejercicio de empatía y atención y que es esencial que el intérprete conozca qué factores consiguen que la interacción médico-paciente sea satisfactoria. Candlin y Candlin (2003, p. 137) apuntan que la falta de intérpretes cualificados en la interpretación sanitaria es algo casi exclusivo de este ámbito concreto y esto junto con la disparidad en la formación (Hale, 2010, p. 40) confunde tanto a los pacientes como al personal médico acerca de cuáles son las funciones y el papel del intérprete.

A este respecto existen infinidad de teorías y modelos, pero los más destacados han sido los modelos opuestos de intérprete canal e intérprete defensor. Según el primer modelo, el intérprete debería limitarse a suplir las necesidades lingüísticas de los interlocutores y, según el segundo modelo, el intérprete debería intervenir en el curso de la interacción (Aguirre Fernández Bravo & Roca Ugorri, pendiente de publicación, p. 8). Precisamente porque son modelos opuestos, los dos extremos de una escala, ninguno de estos modelos podría funcionar, ya que se necesita algo de mediación, sin que por ello se transgredan los principios éticos y de imparcialidad (Aguirre Fernández Bravo & Roca Ugorri, pendiente de publicación, p.15), para garantizar la adecuada transmisión de los mensajes del acto comunicativo. Por ello, Aguirre Fernández Bravo y Roca Ugorri (pendiente de publicación) sugieren el término intérprete mediador, como una figura flexible que pueda adaptar sus funciones dependiendo de la situación.

Sin olvidar la necesidad de que el intérprete tenga en cuenta la necesidad de flexibilidad de su papel, lo ideal sería poder establecer una formación oficial y unificada en todos los países, no solo en algunos, para evitar la confusión en torno a esta profesión y de

este modo contribuir al correcto funcionamiento de la misma. Sin embargo, para ello antes hay que responder varias cuestiones, entre ellas: ¿cuál es el enfoque más adecuado en la interpretación sanitaria?, ¿la noción de fidelidad es la misma que para otros tipos de interpretación?, ¿qué clase de información no se puede permitir omitir un intérprete?, etc.

2.4. ¿Qué es la fidelidad?

Resulta necesario incluir la traducción en este apartado, pues, si bien en la actualidad se intenta diferenciar ambas disciplinas, la práctica de ambas se ha entrelazado a lo largo de la historia, lo que sugiere que han podido tener influencia la una sobre la otra y, por tanto, es posible que compartan ciertos conceptos clave en ambas o al menos el origen de estos. Es posible que, dada la breve trayectoria de la interpretación como disciplina reconocida, muchas de las teorías de la traducción se aplicaran a la interpretación y que, de este modo, el concepto de fidelidad se trasladase de una disciplina a la otra. El problema sería que la traducción es mucho más estática que la interpretación. Es decir, lo que está escrito en un libro no va a cambiar de un momento a otro, ni el autor (o emisor) se va a retractar de lo que ha escrito repentinamente, algo que sí puede pasar durante una interpretación. Ello implica que la cantidad de información y estímulos que recibe un intérprete es mucho mayor que la que recibe un traductor y el hecho de que existan tantas variables hace que haya muchos más factores que puedan influir en la fidelidad en la interpretación. A esto se le añade el hecho de que cada acto comunicativo es distinto y, si bien uno puede prepararse e intentar prever lo que va a suceder, siempre hay lugar para imprevistos. Por tanto, un traductor tiene más control sobre la información que recibe, además de que no se le exige una reacción inmediata. Por el contrario en la interpretación médica, el intérprete ha de tomar decisiones en el momento y tiene poco margen de error.

La investigación en interpretación atraviesa varias etapas en las que surgen distintas teorías y enfoques, cuyo objetivo es el mismo: obtener una prestación fiel. La teoría que más interesante resulta para el presente trabajo es la teoría del *Skopos* de Reiss y Vermeer (1996), que consiste en mantener el objetivo o la intención (*skopos*) del texto origen en el texto meta, aunque para ello sea necesario adaptarlo (Reiss y Vermeer, 1996):

Adecuación en la traducción de un texto (o elemento textual) de partida se refiere a la relación que existe entre el texto final y el de partida teniendo en cuenta de forma consecuente el objetivo (escopo) que se persigue con el proceso de traducción.

(Reiss y Vermeer, 1996, pp. 124-125)

La relevancia de esta teoría para el presente trabajo se debe a que otorga flexibilidad al intérprete, es decir, el *skopos* varía de una situación a otra y ello permite tener en cuenta el contexto único de cada situación y actuar de acuerdo con las necesidades concretas de cada una (Valero Garcés & Gauthier Blasi, 2010, p. 107). Existen bastantes discrepancias en torno a la teoría del *skopos* (García Álvarez, 2011) y García Álvarez (2011, p. 188) explica estas críticas haciendo referencia a la subjetividad que caracteriza a esta teoría, puesto que erradica los conceptos tradicionales como fidelidad o equivalencia, tiene en cuenta los factores socioculturales y tiene en cuenta lo subjetiva que es la percepción del mundo.

A lo largo de los años se han perfilado distintas facciones en cuanto a la definición de *fidelidad*. Las más extremistas como la propuesta por Glémet (1958, p. 106) en la que defiende que un intérprete debe ser tan fiel a una interpretación como si estuviera ejerciendo una función de amplificación del sonido. Los inconvenientes de esta teoría resultan obvios, dado que las lenguas y las culturas no son equivalentes.

Entre las teorías más flexibles se encuentra la de Herbert (1952, p. 4), que define una interpretación fiel como una interpretación que transmite las ideas del emisor. Si bien se acerca más al concepto de fidelidad que se defiende en este trabajo, no resulta del todo preciso, puesto que, como se verá más adelante, en la interpretación sanitaria hay veces en que la forma de un mensaje tiene una gran importancia.

Por este motivo, las definiciones de fidelidad que parecen más adecuadas para que la comunicación durante una interpretación médica sea eficiente son las propuestas por Gile (1992, p. 189) y Harris (1990, p. 118). La primera exige que la interpretación sea fiel al mensaje y al estilo del original, pero que prime la importancia que se le da al contenido informativo. En la segunda, Harris (1990) defiende que el intérprete debe reexpresar las ideas del mensaje original y la manera en que se han expresado, sin cometer omisiones importantes. Lo que hace que estas definiciones sean especialmente adecuadas para servir como guía para entender la fidelidad en la interpretación médica

es el hecho de que tengan en consideración la forma de expresar las ideas, aunque especifiquen que nunca debe expresarse en detrimento del contenido informativo del mensaje, y la alusión que la definición de Harris hace a las omisiones, puesto que resultan especialmente peligrosas en este ámbito.

2.4.1. La fidelidad en la interpretación médica

En el momento en que se habla de fidelidad en interpretación médica, hay que tener en cuenta que el concepto de fidelidad ya no hace referencia a la necesidad de transmitir el mensaje y la belleza de un texto para hacerle justicia a su autor, sino que se trata de una necesidad (a veces vital) para garantizar la seguridad y el bienestar de un paciente. A pesar de ello, «no national body has provided clear, consistent definitions of the characteristics and competencies of a qualified health care interpreter, leaving interpreters, health care facilities and others with little or no guidance on the qualifications and proper role of the interpreter» (NCIHC, s.f.).

La importancia de identificar y definir la fidelidad en la interpretación médica se debe al uso cada vez más extendido de intérpretes médicos (profesionales y *ad hoc*, es decir, familiares o amigos del paciente que son bilingües), que desconocen las dificultades de esta clase de interpretación. Una interacción entre un médico y un paciente ya puede resultar problemática si tienen distintos puntos de vista y expectativas en relación a la enfermedad y al tratamiento, incluso si comparten la misma cultura (Anazawa, Ishikawa & Kiuchi, 2012, p. 2), por lo que si a ello se le suma que esta última puede ser distinta para cada uno de los participantes, las posibilidades de que surjan barreras comunicativas son mucho mayores.

Según Hale (2007, p. 23), los intérpretes con poca experiencia tienen tendencia a producir una interpretación literal, que en ciertos casos puede no tener sentido, mientras que los más experimentados son capaces de trasladar el mensaje, en lugar de centrarse en las palabras o en las frases. Anazawa, Ishikawa y Kiuchi (2012, p. 2) ponen el ejemplo de la palabra japonesa *ashi*, que puede significar tanto *pie* como *pierna*. Ello implica que, en primer lugar, el intérprete debe tener unos conocimientos culturales que le permitan ser consciente del doble significado de esta palabra y, en segundo lugar, que el intérprete debe llevar a cabo un análisis haciendo uso de dichos conocimientos y de la información que le proporciona el acto comunicativo para decidir qué acepción es la

más indicada. La afirmación de Hale respecto a la experiencia de los intérpretes sugiere que un intérprete *amateur* o con poca experiencia tendría más posibilidad de cometer un error si se topase con la palabra *ashi*.

3. Metodología

El presente trabajo tiene como objetivo el análisis de los factores que influyen en la fidelidad en la interpretación médica a fin de comprobar si la fidelidad en la interpretación sanitaria cuenta o no con ese carácter dinámico que se ha mencionado. Los criterios que se han seguido para decidir qué factores se iban a analizar han variado de un factor a otro, pero están basados en un estudio bibliográfico exhaustivo en el que se ha tratado de identificar los temas más recurrentes que analizan diversos autores:

- En el caso de la cultura, resulta imposible separarla del lenguaje y de la comunicación en general, por lo que era necesario que estuviera presente. Además, es uno de los ámbitos relacionados con la traducción y la interpretación más investigados en la actualidad y el hecho de que sea un factor tan estudiado constituye otro motivo para incluirlo.
- La comunicación no verbal también es un concepto recurrente (por ejemplo Poyatos, 1993, 1994, 2003, 2012; Collados Aís, 1994; Cesteros Mancera, 2006, entre otros), si bien no tanto como la cultura, especialmente durante la formación de intérpretes. Sin embargo, la parte vocal del lenguaje no verbal (es decir, el paralenguaje) no obtiene tanto protagonismo como la parte corporal y en un contexto como el médico, hay que tener en cuenta todos los factores, especialmente cuando se trata de componentes como la entonación, la voz, los tartamudeos y el resto de elementos que debido a su carácter inconsciente (en el sentido de que es difícil controlar, por ejemplo, el temblor de la voz si se está nervioso) pueden revelar mucha información importante.
- Los factores interpersonales incluyen dos categorías: el análisis de los niveles comunicativos y la actitud de los interlocutores.
 - El análisis de los niveles comunicativos quizás haga referencia a la fidelidad de la manera más pura, en el sentido de que este apartado se

referirá a la elección que un intérprete deberá hacer a la hora de transmitir un mensaje (literalidad vs. interpretación y análisis) para hacerlo de la manera más fiel posible. La inclusión de este factor se ve justificada porque es un dilema que se da en cualquier tipo de interpretación, aunque en algunas tenga más peso que en otras, y el intérprete siempre tendrá que tomar una u otra decisión. Algo que también resulta interesante analizar de este factor es comprobar hasta qué punto el intérprete tiene libertad para decantarse por uno u otro nivel comunicativo, así que también se repasarán los distintos papeles del intérprete y cuál es el más adecuado para el ámbito que se propone en el trabajo.

- La actitud de los interlocutores está muy ligada a la cultura, dado que, en la mayoría de los casos, se ve definida por las percepciones que los interlocutores tienen los unos de los otros y la manera en que las interpretan de acuerdo con sus creencias. La inclusión de este factor es esencial, puesto que los problemas que se pueden derivar de una relación de poder desigual podrían darse incluso sin que la cultura y el idioma de los interlocutores fuese distinto, por tanto en un ambiente intercultural las posibilidades de que haya problemas se multiplican y por eso es necesario tener en cuenta de qué modo puede afectar esto a la fidelidad de una interpretación y de qué manera puede gestionarlo un intérprete.

Este trabajo tiene un carácter esencialmente teórico, por lo que el método para dar respuesta a las cuestiones planteadas consiste en una búsqueda bibliográfica exhaustiva, en la medida en que lo permiten las características del trabajo. La información extraída se sistematizará con el objetivo de responder a estas cuestiones y también de crear una pequeña guía acerca de la fidelidad (qué es, cómo mantenerla, etc.) en la interpretación sanitaria. Por supuesto, los factores incluidos no son los únicos que influyen en la fidelidad en la interpretación médica, pero dado el tipo de trabajo y su extensión, no es posible analizar más factores sin hacerlo de forma superficial, aunque resultaría interesante poder ampliar el contenido de este trabajo.

4. Los factores que influyen en la fidelidad en la interpretación médica.

4.1. La cultura

El objetivo de este apartado es comprender la importancia que tiene la cultura en el contexto de la interpretación sanitaria y explicar por qué es un factor que hay que tener en cuenta a la hora de poder realizar una interpretación fiel. Para ello es necesario tener algunas nociones teóricas (entre las muchas que existen) de qué es la cultura y qué problemas pueden derivarse de una situación en la que confluyen culturas diferentes. Asimismo, no hay que olvidar que un acto comunicativo en el que se necesita un intérprete es en esencia un acto multicultural, por tanto, las lingüísticas no son las únicas barreras que hay que salvar para garantizar una comunicación adecuada.

4.1.1. Nociones teóricas

En la actualidad resulta casi imposible hablar tanto de traducción como de interpretación sin tener en cuenta la cultura, puesto que ya se ha reconocido como un elemento ligado a la lengua. De hecho, Sapir (1929) afirmó que dos lenguas distintas no representan la misma realidad con distintas etiquetas, sino que cada lengua representa un mundo aparte. Esta afirmación se refleja en la hipótesis de Sapir-Whorf, cuya corriente débil propone que el lenguaje influye en el pensamiento. No hay que olvidar que una misma lengua puede ser común a culturas distintas, como por ejemplo el inglés, que aunque tiende a identificarse inmediatamente con Reino Unido y Estados Unidos, se habla en muchos otros países. Por ello, un intérprete ha de ser consciente que ser bilingüe, no siempre es sinónimo de ser bicultural (Katan, 1999, p.27).

El hecho de que la lengua está intrínsecamente relacionada con la cultura va más allá de una simple diferencia en los patrones de comportamiento (entre otras cosas) de varias culturas. Ello implica que la cultura ha de condicionar o modelar la lengua de algún modo. Malinowski (1936) fue de los primeros que dedujo que una lengua no podía entenderse sin referencia a una cultura. Defendió que una lengua solo puede entenderse si los participantes de un acto comunicativo tienen conocimiento del contexto cultural («context of culture») y del contexto situacional («context of situation»), ya sea de manera explícita o implícita (Malinowski, 1936).

Cabe suponer que los participantes de un acto comunicativo que compartan la misma lengua y cultura tendrán conocimiento implícito de ambos contextos., puesto que todos compartirán los mismos niveles culturales. Al hablar de niveles culturales se quiere hacer referencia a dos teorías planteadas por Hall: la teoría del iceberg y el modelo de la tríada cultural. En la primera, el autor defiende que la parte más importante de la cultura (y la más amplia) está escondida, igual que la base de un iceberg, mientras que lo que se puede ver y reconocer (como los gestos, los saludos, la manera de vestir, etc.) tan solo es la punta del iceberg (Hall, 1977).

El modelo de la tríada cultural (The Triad of Culture) que propone Hall (1982), distingue tres niveles dentro de la cultura: la cultura técnica (technical culture), la cultura formal (formal culture) y la cultura informal (informal culture). La cultura técnica se situaría por encima del nivel del agua en la teoría del iceberg. Hace referencia a sistemas aceptados y conocidos en todo el mundo, como por ejemplo la ciencia. Los términos o expresiones científicos no causan confusión porque dos personas que los discutan no comparten la misma cultura. En términos científicos, un minuto es un minuto tanto en España como en Francia. Esto sucede porque en el contexto científico, la palabra minuto no da pie a que una frase tenga un valor ilocutivo, sino solamente locutivo.

Sin embargo, si una persona española dijera que va a llegar en cinco minutos, probablemente no quiera decir lo mismo que una persona alemana que diga que llega en cinco minutos. Esta situación se suele dar en contextos cotidianos e informales y, a diferencia del minuto empleado en términos científicos, se refiere a la percepción del tiempo que cada persona tiene debido a su cultura. Esto es lo que se conoce como cultura informal. Este nivel de cultura se refiere a la manera de percibir y entender los estímulos externos, a pesar de que no existan unas reglas concretas que lo regulen. Se podría decir que este nivel se corresponde con el valor ilocutivo de la teoría de los actos de habla.

La cultura formal se sitúa entre la punta y la base del iceberg, porque comprende aquellas convenciones y tradiciones típicas de una cultura, pero que pueden reconocerse y aprenderse de manera consciente (a diferencia de la cultura informal). Por ejemplo, a

un niño español, desde pequeño le enseñan que no se debe señalar con el dedo porque se considera de mala educación.

Es importante para un intérprete ser consciente de que la cultura tiene esta serie de niveles, puesto que es una de las cosas que diferencian a un intérprete profesional de un intérprete *ad hoc*. Si se piensa que los choques culturales o los malentendidos solo pueden suceder en relación con aquella parte de la cultura visible (la punta del iceberg o la cultura formal), es fácil pasar por alto los malentendidos que se den entre participantes de un acto comunicativo por motivos culturales menos tangibles

4.1.2. Clasificación de los tipos de cultura

A fin de poder visualizar mejor la clase de malentendidos culturales que se pueden dar, resulta esclarecedor conocer qué tipos de cultura existen y en qué se diferencian. Por supuesto, las características que se asignen a cada tipo de cultura no dejan de ser los extremos de una escala y probablemente la mayor parte de las culturas se sitúen a lo largo de las escalas, y no en uno de los extremos.

La clasificación que desarrolla Raga Gimeno (s.f., s.p.) resulta muy relevante para entender exactamente en qué pueden diferir los distintos tipos de cultura:

- a) Tipo A: Alto grado de igualdad y bajo grado de preocupación por el conflicto (Ej.: caribeña).
- b) Tipo B: Bajo grado de igualdad y alto grado de preocupación por el conflicto (Ej.: china).
- c) Tipo C: Alto grado de igualdad y alto grado de preocupación por el conflicto (Ej.: aborigen australiana).
- d) Tipo D: Bajo grado de igualdad y bajo grado de preocupación por el conflicto (Ej.: árabe).

Raga Gimeno (s.f., s.p.) define las culturas con poca preocupación por el conflicto como culturas más próximas, en el sentido de que proporcionan abundante contenido en sus intervenciones, son muy directas, no regulan demasiado los turnos de conversación ni les gustan los silencios. Por el contrario las culturas con mucha preocupación por el conflicto hacen intervenciones con poco contenido informativo, se expresan de manera indirecta y no les incomodan los silencios. En cuanto a la manera de gestionar el

espacio, las culturas con poca preocupación por el conflicto también admiten más proximidad y contacto que las culturas con mucha preocupación por el conflicto. La igualdad se refiere a la manera de gestionar el paralenguaje, la máxima de manera, el tiempo, etc. dependiendo del estatus y se examinará en un apartado posterior (factores interpersonales). Sin embargo no está de más aclarar que las culturas menos igualitarias son las que le dan más importancia al estatus.

Según Raga Gimeno (s.f., s.p.), «cada cultura tiene su forma de llevar adelante una conversación o cualquier tipo de interacción». Se basa en que cada cultura tiene una manera distinta de aplicar las máximas de Grice (1991), que se presupone que existen de manera diferente en cada cultura:

- a) Máxima de calidad: se debe hablar de aquello de lo que se tiene evidencia.
- b) Máxima de cantidad: no se debe hablar más ni menos de lo que sea necesario.
- c) Máxima de relevancia: se debe decir solo aquello que es relevante.
- d) Máxima de manera o modo: se debe evitar la ambigüedad y la oscuridad en la expresión.

El hecho de violar o no estas máximas es algo subjetivo, puesto que depende de la percepción del receptor: si no comparte la misma cultura que el emisor, probablemente este último violará alguna de las máximas. Por supuesto no lo hará de manera intencionada, como tampoco el receptor sabrá que el malentendido se ha dado porque una de las máximas se ha incumplido. Para saber esto, los interlocutores tienen que ser conscientes de sus diferencias culturales y de lo que ello implica. Como no suele ser así, el intérprete es el responsable de estar atento por si surge algún problema similar e intervenir.

Además de estos cuatro tipos de cultura específicos, cabe mencionar la distinción que Hall (1977) hace entre dos grupos más generales: las culturas con baja importancia del contexto y las culturas con alta importancia del contexto. Las primeras son aquellas en las que la mayor parte de la información se transmite a través del mensaje codificado, es decir, se trata de información explícita (Hofstede, 2011). Por el contrario, en las segundas la mayor parte de la información se obtiene a partir del contexto, es decir, a través de la información que rodea al acto comunicativo. Por tanto la mayor parte de la

información está implícita (Hofstede, 2011). Ello supone que la comunicación no verbal y las expectativas cobran mucha importancia en las culturas de contexto alto.

4.1.3. Aplicaciones a la interpretación sanitaria

Una vez definido (aunque superficialmente) el concepto de cultura, hay que ser consciente de por qué es un factor esencial en la fidelidad en la interpretación médica. Si los distintos tipos de interpretación tuvieran que situarse en alguno de los tres niveles culturales propuestos por Hall, la interpretación médica se situaría sin duda en la cultura informal, quizás también con algo de la formal. Por el contrario, la interpretación que se lleve a cabo durante una gran conferencia internacional probablemente se situaría en el nivel técnico, quizás también tendría algo del nivel formal. Ello implica que las probabilidades de que haya interferencias culturales es mucho mayor durante una interpretación médica.

Por ejemplo, un paciente chino (que pertenecería a la cultura B) acude al médico en España y es atendido por un médico español (pertenecería a un tipo de cultura A). El médico español probablemente será bastante locuaz, podrá hacer algún amago de contacto físico para tranquilizar al paciente o pedirá mucha información de manera directa. En este caso, el intérprete quizás tenga que plantearse llevar a cabo un ejercicio de adaptación. Si plantea las preguntas de la manera tan directa (quizás incluso cercana) que ha empleado el médico, el paciente chino puede sentirse intimidado o puede formarse una imagen negativa del médico, porque no se corresponde con las expectativas que tiene. La adaptación de la forma del mensaje puede ser una buena estrategia para preservar la fidelidad porque la intención del médico al comportarse así probablemente no sea intimidar, sino agradar y transmitir confianza, para obtener las respuestas necesarias. De este modo, el intérprete adaptando los mensajes consigue mantener el *skopos* (Reiss y Vermeer, 1996) del discurso original y que la conversación sea fluida. Sin embargo, ha de tener cuidado con las decisiones que toma, no puede actuar de forma invasiva ni manipular el contenido informativo de los mensajes.

Las diferencias entre culturas y la manera en que cada una percibe el mundo son ahora más palpables, tras haber repasado algunas de sus características. Resulta obvio que

para garantizar la comunicación entre culturas se necesita un mediador que sea capaz de identificar las diferencias. En la consulta médica el intérprete adquiere ese papel, si bien no puede formar parte del acto comunicativo como un tercer participante activo (Hale, 2010, p. 49). Ello implica que un intérprete no se debe asignar tareas que son competencia del médico o del paciente. Por ejemplo, quizás no es lo más adecuado tomar las riendas de la interacción y comunicarse directamente con el paciente solo porque el intérprete asuma un papel de pseudomédico como ejemplifica Hale (2010, p. 57).

Sin embargo, se puede justificar el explicar una diferencia cultural en el momento en que esta impide realizar una traducción fiel o que la comunicación está siendo un fracaso porque los participantes no logran entenderse. Como ya se ha mencionado, cada lengua (y cultura) representa un mundo deferente y por tanto se puede dar el caso de que haya términos o conceptos que en ciertas lenguas no existan. A continuación se transcribe un ejemplo propuesto por Putsch:

Physician: "M., would you ask her if she is allergic to any medications?"

Aide (in Navajo): "Does the white man's medicine make you vomit?"

Patient (in Navajo): "No."

Physician: "Did you ask her if the white man's medicine makes her vomit?"

Aide: "Yes."

Physician: "That's not quite what I need to know, I have to know about allergies to medications..."

Aide: "Well. I don't know about those things... what's allergy mean anyway? If you know so much Navajo, why don't you ask her?"

(Putsch, 1985, p. 3346)

En el ejemplo se refleja que el término *alergia* no existe en la cultura navajo. Dado que la auxiliar de enfermería que actúa como intérprete no es consciente de la importancia de la fidelidad en interpretación médica, porque se asume que no ha recibido formación teórica, opta por inventar información. Si bien ha hecho algo que se puede considerar positivo, y es que ha adecuado el mensaje a la lengua navajo (al referirse al médico como *el hombre blanco*). Sin embargo, si un intérprete formado se encontrara en esta situación, en primer lugar debería percatarse de esta diferencia cultural y en segundo

lugar, debería pedirle al médico que le aclarase el significado de *alergia* si, como sucede con la auxiliar, no lo entiende. Asumiendo que sí lo entienda, entonces el intérprete podría optar por explicarle esta diferencia cultural al médico y pedirle que defina los síntomas de una alergia o le proporcione una definición simple que pueda interpretar. Sin embargo, es posible que el médico no necesite el consejo del intérprete y sea capaz de encontrar una solución solo con la información que ha obtenido sobre la *alergia* en la cultura navajo. En esta situación hay que remitirse a la afirmación de Hale (2010, p. 49) sobre lo poco adecuado que resulta que un intérprete tome parte activa en el acto comunicativo como si fuera un tercer participante que decide monopolizar la interacción.

Sin comprometer la ética, un intérprete ha de saber reaccionar cuando se le presentan dificultades culturales para poder preservar la fidelidad. Si los mensajes se transmiten incluyendo solo parte de la información, añadiendo aclaraciones personales o simplemente de manera literal, cuando se sabe que hay barreras culturales que impiden su comprensión, el intérprete fracasa como comunicador y mediador. Por eso hay que tener en cuenta que la cultura influye en la fidelidad, aunque quizás sea más exacto decir que son las barreras y diferencias culturales las que lo hacen.

4.2. La comunicación no verbal

La comunicación no verbal es una fuente de información que puede resultar muy valiosa para un intérprete y ha de saber transmitirla y emplearla para que su prestación sea lo más fiel posible al mensaje original. En este apartado se examinarán los tipos de comunicación no verbal (vocal y corporal), para comprender su funcionamiento y la relevancia que lo que transmiten tiene a la hora de comunicarse, así como los problemas de interpretación que se pueden derivar de ellos.

A partir del lenguaje no verbal se transmite mucha información, pero que fundamentalmente nos llega información acerca de las emociones y sensaciones del orador. Se trata de un proceso inconsciente, probablemente porque se trata de algo que estamos acostumbrados a hacer a diario. Sin embargo, sería absurdo afirmar que todos tenemos el mismo grado de empatía emocional, porque hay personas que interpretan las señales mejor y más rápido que otras. A este respecto, Collados Aís (1998) hace una interesante reflexión acerca de la necesidad de convertir al intérprete en una persona

emocionalmente inteligente. Este puede ser uno de los puntos clave a la hora de interpretar en el ámbito sanitario. En un entorno como una consulta o un hospital, las emociones pueden estar a flor de piel y, en un encuentro monolingüe, el propio médico sería capaz de identificar el disgusto, el miedo o la duda, entre otras cosas, en un paciente y actuar en consecuencia. Sin embargo, si no comparten la misma lengua, la responsabilidad de transmitir esas emociones recae sobre el intérprete. Como afirma Viaggio (1997, p. 292), los intérpretes han de saber «escuchar con los ojos y hablar con los gestos».

4.2.1. La relevancia del lenguaje no verbal en la comunicación

El lenguaje no verbal está presente en la mayor parte, si no en todas, nuestras interacciones. A veces, sustituye al lenguaje verbal y, otras veces, lo complementa añadiendo información adicional, por eso mismo no se puede separar el comportamiento verbal del no verbal (Knapp & Hall, 2009, p. 5). En este apartado se hará uso de las aportaciones de Fernando Poyatos, quien ha contribuido en gran medida a la investigación de la comunicación no verbal en la interpretación (entre otras cosas). Por ese motivo, y como es necesario definir qué se entiende por comunicación no verbal en el presente trabajo, se toma la siguiente definición como referencia:

«[la comunicación no verbal comprende] *las emisiones de signos activos o pasivos, constituyan o no comportamiento, a través de los sistemas no léxicos somáticos, objetuales y ambientales contenidos en una cultura, individualmente o en mutua coestructuración.*»

Poyatos, F. (2003, p. 283)

La propia definición hace patente la posibilidad de que la comunicación no verbal se dé de manera pasiva (y se interprete también pasivamente), es decir, sin que haya una intención. Ello hace que sea una fuente de información especialmente valiosa en el ámbito sanitario. Según Collados Aís (1994, p. 3), no es exagerado afirmar que un intérprete que no perciba los comportamientos característicos de la comunicación no verbal (como pueden ser los movimientos de la cara o el cuerpo y la entonación) «tendrá una imagen distorsionada o inexacta de la situación». Como se ha mencionado en el apartado anterior, se asume que un intérprete debería hacer gala de fluidez cultural además de verbal, pero si se tiene en cuenta que gran parte de las interpretaciones

médicas se llevan a cabo por profesionales que no son intérpretes, se puede asumir también que en un gran número de casos estos intérpretes *ad hoc* no tienen la imagen adecuada y exacta de la situación en la que operan.

La comunicación no verbal desempeña un papel importante a la hora de juzgar e interpretar las percepciones que se tienen de una persona. En el ámbito médico, la relación que se establezca entre este y el paciente es crucial, porque lo más habitual es que un paciente llegue a la consulta sin demasiado conocimiento sobre técnicas médicas y con la consiguiente ansiedad que este y otros factores (como la incertidumbre sobre el futuro diagnóstico) le producen (Buller & Buller, 1987). Algunos autores sugieren que existe una relación entre la manera que un médico tiene de comunicarse con un paciente y la satisfacción con la que este percibe la consulta (Buller & Buller, 1987; Crane & Crane, 2010). Por tanto, durante una interpretación, parte de esta responsabilidad recae sobre el intérprete.

Tras haber reconocido la importancia de la comunicación no verbal y haberla definido, se procede al análisis de algunos tipos de comunicación no verbal y su relevancia en la interpretación sanitaria. Hay que tener en cuenta lo que Poyatos (2012, p. 281) denomina la triple estructura o realidad audiovisual del discurso: el lenguaje verbal, el paralenguaje y la kinésica. Esta identificación de una triple estructura implica que no deberían analizarse los elementos por separado, sino que funcionan y se modifican entre sí como un todo. Sin embargo, en aras de la claridad se examinarán por separado el lenguaje corporal (kinésica) y el paralenguaje, a pesar de que queda patente que ningún orador se comunicará empleado solamente uno de ellos.

4.2.2. Lenguaje no verbal corporal

La comunicación no verbal corporal o relativa al movimiento es probablemente la más sencilla de percibir, aunque no por ello de interpretar, incluso por un receptor cuyo idioma y cultura no difieran de los del emisor. Se trata de un tipo de comunicación muy visual, dado que suele consistir en el movimiento de las extremidades (manos, brazos, etc.), las expresiones faciales, el movimiento de los ojos y la postura (Knapp & Hall, 2009, p. 8). Los gestos son lo que primero se relaciona con este tipo de comunicación y se pueden clasificar en dos categorías: independientes y relativos al discurso (Knapp & Hall, 2009, pp. 8-9). Los primeros suelen ser gestos establecidos y reconocidos por los

miembros de una comunidad y cultura y que, por tanto, cuentan con una traducción verbal bastante clara. Por ejemplo, el clásico pulgar hacia arriba con el puño cerrado, que en la mayoría de culturas occidentales se interpreta como una respuesta positiva o un signo de aprobación. En este caso, dependiendo del contexto, el intérprete podría optar por traducciones como « ¡perfecto!» o «muy bien». No se debe olvidar (especialmente el intérprete no debe olvidar) que, como durante una interpretación confluyen al menos dos culturas distintas, los participantes no tiene por qué saber cómo interpretar los gestos de los demás, aunque dichos gestos parezcan bastante reconocibles.

Crane et al. (2010, p. 270) proponen una clasificación de elementos de comunicación no verbal corporal que se dan en el ámbito médico y añaden ejemplos que ilustrar cuál sería la mejor y la peor opción en cada caso. Se citan algunos a modo de ejemplo:

- a) Expresión facial: sonrisa vs. ceño.
- b) Mirada: Mismo contacto visual mientras el médico habla y escucha vs. contacto visual constante o inexistente.
- c) Asentimiento (con la cabeza): asentimiento afirmativo vs. ninguna clase de asentimiento (o muy reducido).

4.2.2.1. Aplicaciones a la interpretación sanitaria

Según la información proporcionada, parece que lo más adecuado es que el médico adopte una actitud afable e incluso cálida, para alentar al paciente a explicarse y para aliviar esa posible ansiedad que sentirá. Sin embargo, la pregunta relevante para el presente trabajo sería: ¿de qué manera se puede poner en práctica esto durante una interpretación?, o incluso ¿por qué es relevante y cómo influye en la fidelidad?, ¿qué responsabilidad tiene el intérprete sobre el lenguaje no verbal del médico? A continuación se tratará de dar respuesta a estas preguntas mediante el uso de ejemplos para ilustrar algunas posibles situaciones.

En primer lugar, el intérprete ha de tener en cuenta el carácter multicultural del acto comunicativo, porque no todas las culturas comparten el mismo sistema de signos no verbales. Se podría informar al médico o darle algunas pautas acerca de cómo

interactuar de manera más adecuada con el paciente. Sin embargo, es cierto que puede que el médico no espere esta clase de información por parte del intérprete (o no la quiera), por lo que quizás sea más adecuado mantenerse al margen a menos que se produzca un malentendido.

En segundo lugar, el intérprete debe estar atento al lenguaje no verbal por varias razones: si bien el paciente debe interactuar con el médico, probablemente se fije en el intérprete como su único nexo con el médico, por lo que este deberá tratar de adoptar la misma actitud que el lenguaje no verbal del médico refleja. Por ejemplo: un paciente llega a una consulta, preocupado y avergonzado por una afección que pueda tener en una zona íntima. El médico, al ser consciente de ello, sonríe y asiente para incitarle a continuar expresándose. El intérprete debe tratar de reproducir en la medida de lo posible este lenguaje no verbal, porque al tener al médico delante, si este sonríe y el intérprete mantiene una expresión neutra o seria, el paciente puede obtener percepciones confusas, algo que solo incrementará su ansiedad. En este caso, la relación entre el estilo comunicativo del médico hacia el paciente y la satisfacción de este último incluye también al intérprete, cuya comunicación no verbal también afectará al paciente. Es necesario matizar que el intérprete no tiene por qué repetir gestos que (según el contexto cultural) pueden resultar obvios, como el anterior ejemplo del pulgar hacia arriba para demostrar aprobación, algo que probablemente cualquier europeo entendería. Tratar de mantener la fidelidad a la intención y a las técnicas empleadas por el médico no significa que haya que caer en la redundancia.

Por último, hay que destacar que el paciente también interactuará empleando la comunicación no verbal y ello puede dar pistas al médico sobre, por ejemplo, la zona en la que siente dolor o la intensidad del mismo. Por este motivo, es esencial que el intérprete preste atención a la gestualidad y la postura del paciente. Si durante una consulta, un paciente japonés explicase qué le duele y emplease la palabra *ashi*, que como se ha explicado anteriormente puede significar brazo o mano, es probable que emplee el lenguaje no verbal para señalar el área que le duele, porque lo que el intérprete podría expresar de manera mucho más fiel y concreta el lugar donde le duele.

Se puede dar el caso de que los elementos no verbales sean algo exagerados, en el sentido de que vayan más allá que un cambio en la expresión facial. En estas

situaciones, como se ha argumentado anteriormente, no es recomendable que el intérprete utilice un recurso no verbal, que quizás podría considerarse imitación, para transmitirlo, sino que en caso de que fuera necesario, la opción más recomendable sería emplear elementos verbales (Collados Aís, 1994, pp. 8-9), dado que preservarían la imagen de profesionalidad del intérprete y mantendrían la fidelidad del discurso original.

4.2.3. Lenguaje no verbal vocal o paralenguaje

El paralenguaje es aquello que Poyatos (2012, p. 281) define como «cómo lo decimos [las cosas]» o Huertas Abril y Castellano Martínez (2009, apartado introducción, párrafo 5) como el «componente vocal de un discurso que informa sobre el estado de ánimo o las intenciones del hablante, como resonancia, volumen, etc. ». Del mismo modo que la kinésica, el paralenguaje puede ser intencionado o no, es decir, se puede dar de manera consciente e inconsciente. De hecho, Collados Aís (1998, p. 63) destaca que es «especialmente importante no olvidar que, en ningún caso, podemos deducir que la comunicación únicamente es tal cuando existe intención o consciencia». Es importante que un intérprete médico sea consciente de esta distinción, porque de no ser así podría llevarle a cometer omisiones importantes.

Durante una interpretación sanitaria, el intérprete debe ponerse en esta situación y no asumir que los receptores captarán la información paralingüística. A pesar de ello, es cierto que no todos los elementos vocales no verbales son tan sutiles. Cesteros Mancera (2006, pp. 60-61) recoge los distintos elementos paralingüísticos en tres categorías:

- a) Las cualidades físicas del sonido y los modificadores fónicos.
- b) Reacciones fisiológicas o emocionales.
- c) Elementos cuasi-léxicos o alternantes (según Poyatos).

La primera categoría (a) consiste en «el tono, el timbre, la cantidad y las intensidad» (Cesteros Mancero, 2006, p. 60) y en los tipos de voz. Se podría decir que estos son los encargados de imprimirle a un enunciado su valor ilocutivo. La segunda (b) se refiere a los «signos sonoros emitidos consciente o inconscientemente que tienen un gran rendimiento funcional» (Cesteros Mancera, 2006, p. 60). La autora propone algunos ejemplos como la risa, el llanto o el castaño de dientes para ilustrar esta categoría. Por

último, los elementos cuasi-léxicos son signos que, sin apenas contenido léxico, cuentan con un gran valor funcional (¡Ah!, ¡Uy!, etc.) (Cesteros Mancera, 2006, p.60).

Además de los tipos de elementos vocales mencionados, no hay que olvidar el silencio, que rara vez no tiene significado (Cesteros Mancera, 2006, p. 61; Poyatos, 2012, p. 284). Poyatos (2012, p. 285) destaca que la actitud ante los silencios también depende de la cultura de los participantes y señala la diferencia que existe por ejemplo entre la mayor parte de las culturas occidentales y la cultura japonesa en lo que respecta a la percepción de los silencios. El intérprete, como profesional atento que es y con la fluidez cultural que lo caracteriza, ha de saber interpretar cuándo un silencio es, por ejemplo una pausa para regular la comunicación (Cesteros Mancera, 2006, p. 61) y cuándo se trata de un silencio que contiene significado o incluso elementos del paralenguaje (Poyatos, 2012, p. 285).

4.2.3.1. Aplicaciones a la interpretación sanitaria

El paralenguaje en la interpretación sanitaria tiene una importancia vital y, al contrario que lo que sucede con la comunicación no verbal corporal, es posible que toda la responsabilidad recaiga sobre el intérprete. El motivo es que cuando dos personas no comparten la misma lengua, hay veces en que al receptor le resulta imposible siquiera separar las palabras. Por ejemplo, si un español (que no habla alemán) escuchase hablar a un alemán a un ritmo normal (es decir, rápido para un extranjero), probablemente no sería capaz de aislar una sola palabra, sino que podría sonarle como una gran frase ininteligible sin apenas pausas. Por tanto, no resulta descabellado asumir que este español probablemente no pudiera detectar la mayor parte de rasgos paralingüísticos que emplee el alemán.

Las situaciones en las que el intérprete tendrá que gestionar el paralenguaje pueden dividirse en dos: aquel empleado por el médico y el empleado por el paciente. El porqué de esta división se debe a que el paralenguaje empleado por el paciente puede contener información relevante sobre su afección (como se ejemplificará más adelante) o sobre si puede estar ocultando información al médico (signo que quizás este reconocería de compartir la misma lengua). Por el contrario, el paralenguaje que utilice el médico no cumple una función tan informativa, sino que más bien es una manera de establecer una

relación con el paciente (de la misma manera que se ha mencionado que ciertos comportamientos como asentir con la cabeza o sonreír son una manera de dar confianza al paciente). Por tanto, el paralenguaje del paciente quizás resulte más importante a la hora de dar una interpretación fiel, mientras que el del médico resultará en una manera de regular la interacción. Se ha mencionado que un paciente suele llegar a la consulta en un estado nervioso y de ansiedad, no siempre es así, pero se va a asumir que en un país cuyo idioma y cultura desconoce el paciente seguramente tendrá esa sensación, así que no hay que restarle importancia al paralenguaje que emplea el médico.

Andrew Clifford (2004, pp. 89-91) en el artículo *Is Fidelity Ethical? The Social Role of the Healthcare Interpreter*, propone un ejemplo que proporcionó una intérprete durante unas conferencias de formación. Se trataba de una paciente viuda, nueva en el país y que no hablaba el idioma. Tenía que asistir a una cita con su médico para que este le informara de si unas pruebas que se había hecho para determinar si tenía SIDA eran positivas o negativas. Una vez en consulta, la reacción del médico fue la de rebuscar entre los papeles y decirle a la paciente: «Yup, you're positive». La intérprete, al considerar que trasladar la forma y el paralenguaje del mensaje del médico podría provocar que la paciente entrara en estado de shock y, por consiguiente, no fuera capaz de interiorizar la información relativa al tratamiento, se decidió por una interpretación suavizada: «the tests are positive».

Para poder juzgar si la actuación de la intérprete comprometía la fidelidad del mensaje, hay que empezar por analizar el paralenguaje que empleó el médico. En primer lugar, el «yup» que utiliza para sustituir al *yes* denota una informalidad que quizás no es la más adecuada para transmitir este tipo de noticias. En segundo lugar, la contracción del *you* y el *are* muestra velocidad a la hora de transmitir el mensaje. Sin embargo, en conjunto el paralenguaje del médico no proporciona ninguna pista ni información adicional a sus palabras que vaya a resultar crucial o siquiera positiva para la paciente. La decisión de la intérprete se podría considerar acertada desde el punto de vista de que el mensaje se ha transmitido correctamente, de manera fiel, y además ha mirado más allá para tratar de preservar el funcionamiento de la comunicación durante toda la duración de la consulta.

Como ya se ha mencionado, el paralenguaje por parte del paciente puede dar pistas sobre su estado de ánimo o sobre su afección. Por ejemplo, un paciente muestra un temblor al hablar o tartamudea durante su intervención. Es posible que el médico no lo pueda percibir por tratarse de una lengua distinta. En este caso el intérprete debería transmitir estos elementos no verbales, porque si no lo hiciera, estaría privando al médico de una información que probablemente le llevaría a reflexionar si debería dedicar algo de tiempo en tranquilizar al paciente o a hablar de manera más suave o cercana. Se podría considerar omisión, porque al contrario que en el ejemplo anterior, no se trata solo de la forma del mensaje, sino de información que para el médico puede ser importante. Si bien el intérprete puede y debe actuar como mediador, no puede ni debe decidir qué información es más o menos importante desde el punto de vista médico.

Clifford (2004, pp. 106-107) describe otro ejemplo proporcionado por una intérprete, que resulta esclarecedor a la hora de demostrar la importancia del paralenguaje. En este caso el intérprete percibió algo extraño en la manera de hablar del paciente y le dijo al médico que cuando la gente de esa cultura (se asume que compartía la misma cultura que el intérprete) hablaba de ese modo, solía significar que estaban deprimidos. Efectivamente, el médico descubrió que el paciente tenía una depresión e indicó que él no se habría percatado de ello sin la pista que le proporcionó el intérprete.

En definitiva, queda patente que el paralenguaje es un elemento crucial a la hora de mantener una comunicación exitosa y también es una fuente de información para el médico. En otros tipos de interpretación, por ejemplo de conferencias, si bien es recomendable fijarse en él y tratar de transmitirlo, la calidad de vida de una persona no depende de él, por lo que la fidelidad en la interpretación sanitaria tiene mucho más que ver con el paralenguaje que otros tipos de interpretación.

4.2.4. Gestión del lenguaje no verbal

Tras haber examinado la relevancia del lenguaje no verbal corporal y vocal en la comunicación en general y en la interpretación sanitaria en particular, queda patente que puede ser un factor decisivo a la hora de transmitir los mensajes fielmente. Sin embargo, a menudo surgen dudas a la hora de saber cómo transmitirlo de manera efectiva. A continuación se describen algunas posibles maneras de interpretar el lenguaje no verbal.

La manera en que el intérprete gestiona la información no verbal que recibe es una cuestión clave, puesto que no puede excederse en su papel e inventarse las palabras del emisor, porque si hay algo que comprometa indiscutiblemente la fidelidad sería la invención de información. Sin embargo, quizás tampoco sea del todo correcto omitir los elementos no verbales, dado que se perdería una gran carga informativa. Quizás en otro contexto esta opción no fuera un mal recurso, pero en el ámbito sanitario donde prima la cultura informal (como se ha explicado en el apartado de cultura), el lenguaje no verbal es una fuente de información demasiado importante como para omitirla completamente. De nuevo se llega a la pregunta sobre cuál es la manera más adecuada de hacerlo. Collados Aís (1994, pp. 7-8) propone cuatro escenarios diferentes de actuación:

- a) Omisión de los elementos no verbales.
- b) Transmisión de los elementos no verbales de manera verbal.
- c) Transmisión de los elementos no verbales de manera exclusivamente no verbal, empleando los gestos correspondientes.
- d) Transmisión de los elementos no verbales alternando la comunicación verbal y la no verbal.

Collados Aís (1994, p. 9) señala la última opción (d) como la más acertada a la hora de interpretar los elementos verbales. Argumenta que las otras opciones pueden hacer que el intérprete no desempeñe correctamente su función como mediador interlingüístico (a), se alargue innecesariamente la interpretación (b) y que los participantes del acto comunicativo creen que el intérprete no está trabajando de manera seria (c). En esta última situación, se refleja que tanto el emisor como el receptor probablemente tengan ciertas expectativas sobre el intérprete, y si bien no siempre son acertadas porque no todo el mundo comprende el papel de este profesional, no es recomendable que el intérprete las exceda de la manera que ejemplificaba Collados Aís (1994, p. 8): repitiendo «el golpe, la risa, el grito o la postura del orador». Si lo hiciera, seguramente perdería credibilidad y la comunicación se tornaría incómoda, porque es posible que tanto el emisor como el receptor cuestionasen la capacidad y profesionalidad del intérprete.

En conclusión, si bien la interpretación del lenguaje no verbal puede ser esencial en la interpretación sanitaria, el hacerlo de manera inapropiada no solo resultará inefectivo, sino que puede mermar la confianza que tanto el médico como el paciente han depositado en el intérprete.

4.3. Factores interpersonales

Se empleará el término «factores interpersonales» para hacer referencia a aquellas peculiaridades que surjan durante la comunicación entre dos o más personas y que puedan influir o hacer peligrar la fidelidad interpretativa. En primer lugar, hay que hablar de los niveles comunicativos o de los actos de habla según Austin y Searle.

4.3.1. Niveles comunicativos y actos de habla

Durante mucho tiempo se estudió el lenguaje prestando especial atención a la forma gramatical de las oraciones o enunciados, para clasificarlas en categorías como declaraciones, preguntas, exclamaciones, etc. Sin embargo, Austin (1962, pp. 1-2) señaló que existen muchas clases de proposiciones cuya función no es constatar hechos o describir la realidad, sino la de hacer cosas (acciones) con palabras. Es lo que se conoce como acto performativo. De hecho, Austin (1962) señala que todos los actos de habla son comunicativos e implican una acción. Para entender esta afirmación es necesario repasar los componentes de un acto de habla (de manera básica), que también se pueden considerar niveles comunicativos según Valero Garcés y Gauthier Blasi (2010). El acto locutivo constituye la parte literal del mensaje (primer nivel). El acto ilocutivo se refiere al verdadero sentido del mensaje (segundo nivel), que puede coincidir o no con el primer nivel, de este modo se distingue entre actos directos (si coinciden) e indirectos (si no coinciden). Por último, lo que se pretende conseguir a través de los actos de habla es el acto perlocutivo, que se refiere al efecto que el mensaje provoca en el receptor.

Los niveles comunicativos no solo variarán en cada intervención que hagan los participantes de un acto comunicativo, sino que también variarán en función de la cultura. Esto quiere decir que es probable que personas que compartan la misma cultura hagan uso de los niveles comunicativos de manera similar. En palabras de Searle (1994, p. 31): «hablar consiste en realizar actos conformes a reglas» y estas reglas no son las

mismas para todos los idiomas ni para todas las culturas y porque «el principio de que cualquier cosa que pueda querer decirse puede decirse no implica que cualquier cosa que pueda decirse puede ser comprendida por otros» (Searle, 1994, p. 30).

Aunque haya que tener en cuenta la influencia de la cultura sobre este factor, no hay que olvidar que la interpretación médica trata con individuos, es decir, se encontraría en el lado de especificidad cultural de la escala propuesta por Alexieva (1997), a diferencia de, por ejemplo, una conferencia internacional. Por mucho que se hable de culturas, un individuo no es una cultura, sino que tiene su propia identidad, que diferirá de la de otros miembros de esa cultura porque se trata de algo «dinámico y múltiple» (Samovar, Porter & McDaniel, 2007, p. 112). Por eso, si bien la cultura es una guía, un intérprete no puede tomar decisiones muy drásticas a la hora de interpretar un mensaje escudándose únicamente en sus conocimientos culturales.

4.3.1.1. Aplicaciones a la interpretación sanitaria

Se deduce fácilmente la importancia que tiene trasladar los niveles adecuados en la interpretación médica. Por ejemplo, en muchos casos, si un paciente tiene dolor de cabeza y necesita analgésicos, no los pedirá directamente, sino que enfatizará el dolor de cabeza para hacer entender al médico que necesita esos fármacos. Por ello es necesario que el intérprete sea capaz de identificar los tres niveles comunicativos y hacer uso de la información de manera adecuada, sin que por ello decida por el paciente (por ejemplo, inventándose el que él (el intérprete) cree que es el acto perlocutivo, es decir, si un paciente dice «me duele la cabeza», el intérprete no puede decir «recéteme un analgésico»). Esto puede resultar muy obvio en el ejemplo propuesto y, de hecho, puede dar lugar a pensar que el intérprete tiene que limitarse a transmitir lo que se dice sin reflexionar tanto acerca de cuál es la verdadera relevancia del mensaje o sobre los diferentes niveles comunicativos, pero simplemente se pretende ilustrar que el intérprete no puede tomar el control de la interacción basándose en lo que él crea.

Entonces, ¿cómo debería actuar un intérprete al enfrentarse a un mensaje que, naturalmente, contiene los tres niveles comunicativos? Hay que tener en cuenta, que nos cruzamos a diario con mensajes que no expresan las cosas de manera literal y que estamos acostumbrados a realizar este análisis de manera automática, por lo que no es

descabellado asumir que un intérprete experimentado podrá identificar los tres niveles (Aguirre Fernández Bravo & Roca Urgorri, pendiente de publicación, p. 3). Por supuesto, siempre que el mensaje pueda expresarse de la misma manera gramaticalmente sin que los actos ilocutivo o perlocutivo se vean afectados, se deberá hacer así, pero habrá casos en los que el mensaje tenga que adaptarse, quizás en la forma, para conseguir el efecto pretendido. Al tratarse de una disciplina en la que está en juego el bienestar de una persona, resulta obvio que lo importante es lo que se dice y no tanto la forma en que se dice. Es por este motivo que en la interpretación médica, al menos en lo que a los tres niveles comunicativos se refiere, la fidelidad puede residir en la adaptación o *adecuación* de un mensaje más que en la interpretación literal del mismo.

4.3.2. La actitud de los interlocutores

En este apartado se pretende hacer referencia al comportamiento que cada uno de los interlocutores muestre frente al otro. Quizás la manifestación más común de este comportamiento sean las relaciones de poder que se establecen entre los trabajadores médicos y los pacientes. En el momento en que estos pacientes son además extranjeros y desconocedores de la cultura y el idioma del país de acogida, la asimetría en la relación de poder es aún mayor (Cachón, 2007, p. 37). Ello puede suceder, entre otras cosas, debido a los prejuicios y estereotipos o al no poder entenderse (que puede provocar actitudes recelosas y negativas en los participantes) según demuestra un estudio llevado a cabo por González Pascual y Moreno Preciado (2014).

En el entorno médico, lo más preocupante puede ser que la actitud del médico influya en la del paciente, porque significa que si se siente intimidado, menospreciado o simplemente, si siente que no le toman en serio, puede negarse a profundizar en la relación con el médico y por tanto este no podrá tratarle de manera adecuada. La figura del intérprete médico ha de estar ahí para tratar de paliar en cierta manera estas diferencias que se pueden dar debido a los diferentes contextos culturales que participan en la comunicación. De nuevo, no se trata de asignar a cada participante del acto comunicativo unas características estáticas e inamovibles en función de su cultura, sino de tener la flexibilidad de poder empatizar y, con ayuda de las competencias culturales, contextualizar a cada uno de los interlocutores (Arriagada, 2013).

4.3.2.1. Las dimensiones culturales

Las competencias culturales, pueden proporcionar al intérprete una importante fuente de información a la hora de, por ejemplo, evaluar las relaciones de poder o la *power distance* (The Hofstede Centre, s.f.) que es habitual en un país. Ello probablemente condicionará las expectativas que ambos interlocutores tengan el otro del otro. Las dimensiones propuestas por Hofstede y el análisis que hace de las mismas en varios países son de gran ayuda a la hora de ilustrar esto. China tiene una puntuación de 80 en *power distance*, lo que significa que los miembros de la sociedad aceptan la distribución desigual del poder e incluso el hecho de que « [they] should not have aspirations beyond their rank» (The Hofstede Centre, s.f.). Por el contrario, Australia tiene una puntuación de 36. Si se diera la situación de que un ciudadano chino acudiera al médico en Australia, quizás esta diferencia en la manera de entender las jerarquías y las relaciones de poder provocase graves malentendidos. Es posible, que el médico australiano gozase de mayor estatus a ojos del paciente chino y, por ello, este último trataría de dejar que el médico hablase y le dijese qué le ocurre. En cambio, el médico, quizás con la intención de establecer una relación informal, intente tratar temas más banales y le haga preguntas de manera muy directa que podrían confundir al paciente. En este caso, el intérprete deberá anticipar esas posibles interferencias que se amenacen la comunicación y tomar las medidas adecuadas. Ello no quiere decir, que pueda actuar libremente y dirija él la conversación, pero sí puede adaptar las preguntas del médico, de forma que el paciente chino no las vea como maleducadas o incluso algo agresivas. De este modo preserva la fidelidad del mensaje y garantiza que la comunicación se dé de manera fluida.

4.3.2.2. La edad

Además de la percepción cultural de las distancias de poder, la edad también influye en la actitud de los pacientes y los médicos. No hay que olvidar que las personas de edad avanzada (Ministerio de Sanidad, s.f.) son las que más suelen acudir al médico. Hay que tener en cuenta tanto la percepción que el médico tendrá de ellos, como la que estos pacientes tienen de sí mismos, puesto que eso puede condicionar su comportamiento. Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa Jr, P. T. et al. (2009) realizaron un estudio en el que comparaban la percepción de la vejez en distintos países y resulta lógico suponer que las personas de edad avanzada tendrán las mismas percepciones de sí mismas que las personas de su país. El estudio muestra

que en todos los países incluidos, la sociedad percibe que con la edad la capacidad de adquirir nuevos conocimientos disminuye bastante: Suiza (-1.1), Polonia (-1.2), Irán (-1.4)¹. Además, en algunos países, aunque no en la mayoría, la autoridad de la persona en la familia disminuye, como sucede en Suiza (-0.3). Estas percepciones condicionan la actitud de la persona mayor, dado que en muchos casos pueden sentirse intimidados por el médico o pueden pensar que sus intervenciones no tendrán valor alguno porque no saben ni entienden nada (dada la percepción que tienen sobre la adquisición de nuevos conocimientos) de medicina. Por supuesto, el intérprete no puede instar al médico a que cambie de actitud, pero sí que puede adoptar una actitud frente al paciente que le aliente a sentirse más cómodo y con derecho a expresarse.

¹ Las puntuaciones se miden en una escala de -2 a 2, en la que -2 equivale a *se reduce mucho* y 2 a *aumenta mucho*.

5. Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se han examinado los distintos factores que influyen en la fidelidad, así como la manera en que lo hacen y los problemas que ello puede acarrear para el intérprete. De la recopilación bibliográfica que se ha hecho y de la aplicación de la misma a la interpretación médica se pueden extraer las siguientes conclusiones y problemas:

- La fidelidad en interpretación médica es un concepto dinámico y no estático. Esto quiere decir que cada situación es única y por tanto habrá distintos factores que influyan y comprometan la fidelidad (y también lo harán en mayor o menor medida). Ello significa que para preservar la fidelidad el intérprete habrá de tomar unas u otras decisiones dependiendo de la situación concreta. Es decir: lo que en una situación puede preservar la fidelidad, en otra puede comprometerla.
- La cultura es un factor de mucho peso a la hora de interactuar y un intérprete ha de ser consciente de la importancia de tener fluidez cultural. Asimismo, no puede olvidar que las personas no son culturas, sino individuos con personalidad e identidad propias y tendrá que actuar en consecuencia.
- Es posible que se necesite profundizar en la investigación de la comunicación no verbal. A través de ella se obtiene información importante que en algunos casos es muy pertinente. Sin embargo, quizás no se ha estudiado lo suficiente la manera en que un intérprete puede transmitir esta información de manera adecuada y ello supone una incomodidad para estos profesionales.
- Si bien un intérprete no puede obligar al médico a adoptar una actitud afable o que aliente al paciente a comunicarse, es posible que pueda contrarrestar la asimetría en las relaciones de poder al adoptar él una actitud amable. Por supuesto, sin que ello interfiera con la fidelidad y sin que suponga que el intérprete tome el control de la situación.
- El trabajo de un intérprete médico va más allá de la mera interacción lingüística: se trata de un mediador. La empatía y la inteligencia emocional son esenciales a la hora de transmitir un mensaje en su totalidad. Resulta sencillo hacer una traducción literal de lo que se dice, pero no tanto hacer un análisis teniendo en cuenta la realidad tridimensional del discurso para extraer el verdadero sentido.

- La falta de regulación de la profesión de intérprete médico (y la falta de uso de los mismos) no permite que se despejen las dudas respecto a cuál es su papel en la consulta médica: ¿tienen libertad para dirigirse al médico si hay un malentendido?, ¿tienen que esperar a que la comunicación sea imposible para hacerlo?, ¿pueden reproducir el paralenguaje sin que el médico o el paciente se sientan ofendidos o no le tomen en serio? Además, esta misma falta de regulación contribuye al desconocimiento de la profesión, lo que deriva en que pacientes y médicos no saben qué esperar de un intérprete.

En los apartados anteriores se han puesto ejemplos para ilustrar algunas de las dificultades con las que se puede encontrar un intérprete y la manera en que este puede actuar para resolverlas. Sin embargo, se trata de situaciones muy concretas y dado el carácter dinámico de la fidelidad, es necesario que se propongan soluciones más generales, por lo menos a las cuestiones que se han planteado anteriormente:

- Para lograr el mejor funcionamiento de la interpretación sanitaria es necesario darla a conocer y darle el estatus que se merece. La verdadera profesionalización de la misma se puede conseguir mediante la introducción de formación específica para intérpretes y traductores sanitarios en tantos países como sea posible, así como mediante la regulación de la profesión en todos los países en que se utiliza.
- Sería adecuado que el intérprete tuviera contacto tanto con el paciente como con el médico antes de la consulta (o al menos con este último). Es necesario que ambos participantes conozcan las funciones de un intérprete y que sepan en qué les puede ayudar. Especialmente en el caso del médico, que puede verlo como un elemento que interfiere en su trabajo, hay que tratar de familiarizarle con el uso de intérpretes. De este modo, si se da una situación como la de la mujer que tenía una depresión que podía identificarse por su forma de hablar, el intérprete sabrá que hacer con una información tan valiosa y, a su vez, el médico podría indicarle que estuviese atento a determinados rasgos lingüísticos que puedan ser signo de alguna patología concreta. La presentación previa que hace el intérprete ante ambos participantes es correcta, pero quizás no sea lo suficientemente personal para una interpretación en este ámbito.

- Es necesario que el intérprete sea consciente de la importancia de su papel mediador en la interpretación médica, así como de la empatía. En medicina los médicos y enfermeros reciben formación sobre cómo interactuar y tratar a los pacientes. Sería recomendable que los intérpretes médicos tuvieran acceso a esa formación, para familiarizarse con estas técnicas de comunicación.
- Se debe hacer más hincapié en la importancia de la comunicación no verbal. Es necesario que los intérpretes sean conscientes de su importancia y, más aún, que sepan cómo transmitirla.

El presente trabajo trata de llamar la atención sobre la importancia de la profesionalización y regulación de la interpretación médica, porque de ello depende la relación de los médicos y los pacientes con los intérpretes y, a su vez, la fidelidad depende en gran manera de esta relación. Ha quedado patente que es un tipo de interpretación especialmente arriesgada, en la que existen muchos factores que pueden comprometer una fidelidad crucial (no se trata de omisiones sin importancia o de no poder interpretar una broma), porque la vida y el bienestar de cada vez más personas dependen de ella. Por tanto, se hace palpable la necesidad de que se tomen iniciativas como la formación de equipos de médicos e intérpretes o que al menos se familiaricen los unos con los otros para que ambos tipos de profesionales puedan dar con la manera más efectiva de trabajar.

6. Bibliografía

- Aguirre Fernández Bravo, E. y Roca Urgorri, A. M. (Pendiente de publicación). Perfiles y roles del intérprete en los servicios públicos: el intérprete mediador como modelo de compromiso.
- AIIC. (2013). *Interpreting is not translating*. AIIC: aiic.net/page/4002/interpreting-is-not-translating/lang/1 Recuperado en marzo de 2015.
- Alexieva, B. (1997). A Typology of Interpreter-Mediated Events. *The Translator*, pp. 153-174.
- Anazawa, R., Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2012). The accuracy of medical interpretations: A pilot study of errors in Japanese-English interpreters during a simulated medical scenario. *Translation & Interpretation*, 4, pp. 1-20.
- Arriagada, E. (2013). *Historias del otro. Migración: Psicología y Literatura*. Sevilla, España: Punto Rojo Libros.
- Buller, M., & Buller, D. B. (1987). Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health and Social Behaviour*, 28, pp. 375-388.
- Cachón, E. (2007). El hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index de Enfermería*, 16 (56) pp. 35-39.
- Candlin, C. N. & Candlin, S. (2003). Healthcare Communication: a problematic site for applied linguistics research. *Annual review of applied linguistics*, 23. pp. 134-154.
- Cesteros Mancera, A. M. (2006). La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía. *ELUA*, 20, pp. 57-77.
- Clifford, A. (2004). Is Fidelity Ethical? The Social Role of the Healthcare Interpreter. *TTR: traduction, terminologie, rédaction*, 17, pp. 89-114.
- Collados Aís, Á. (1994). *La comunicación no verbal y la didáctica de la interpretación*. Recuperado el marzo de 2015, de <http://interpreters.free.fr/reading/paralinguisticinfluenceonmeaning.pdf>
- Collados Aís, Ángela. (1998). *La evaluación de la calidad en interpretación simultánea. La importancia de la comunicación no verbal*. Granada: Comares.
- Crane, J., & Crane, F. G. (2010). Optimal Nonverbal Communications Strategies Physicians Should Engage in to Promote Positive Clinical Outcome. *Health Marketing Quarterly*, 27, pp. 262-274.

- García Álvarez, A.M. (2006). Confusiones, aclaraciones y propuesta metodológica para el análisis de los conceptos funcionalistas de "función" y "skopos" en la práctica de la traducción. *Sendeban. Revista de la facultad de traducción e interpretación. Universidad de Granada*, 17, pp. 187-218. Recuperado de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/sendeban/article/view/1016/1197>
- Gentile, A., Ozolins, U., Vasilakakos, M. (1996). *Liaison interpreting*. Melbourne University press.
- Gile, D. (1992). Basic Theoretical Components for Interpreter and Translator Training. En C. Dollerup & A. Loddegaard (Eds.), *Teaching Translation and Interpreting* (pp.185-194). Ámsterdam, Países Bajos: John Benjamins.
- Glémet, R. (1958). Conference Interpreting. En A.H. Smith (Ed.) *Aspects of Translation* (pp. 105-122). Londres: Secker and Warburg.
- González Pascual, J.L. y Moreno Preciado, M. (2014). Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados. *Cultura de los Cuidados*, (Edición digital) 18 (40), pp. 50-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.8>
- Grice, P. (1991). *Studies in the Way of Words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hale, S. B. (2007). *Community Interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hale, S. B. (2010). *La interpretación comunitaria: la interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Granada: Comares
- Hall, E. T. (1977). *Beyond culture*. Anchor Books.
- Hall, E. T. (1982). *The Hidden Dimension*. Nueva York: Doubleday
- Harris, B. (1990). Norms in Interpretation. *Target*, 2 (1), pp. 115-119.
- Herbert, J. (1952). *The Interpreter's Handbook: How to Become a Conference Interpreter*. Ginebra: Georg.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). Recuperado de <http://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=orpc>
- Huertas Abril, C., Martínez Castellano, J. M. (2009) La importancia de la comunicación no verbal en la interpretación simultánea. *PUNTOYCOMA vol. 112*. Recuperado de: http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/112/pyc1127_es.htm
- Jones, R. (1998). *Conference Interpreting Explained*. Manchester, UK: St. Jerome Publishing.

- Katan, D. (1999). *Translating cultures: An introduction for Translators, Interpreters and Mediators*. Manchester: St Jerome Publishing.
- Knapp, M. & Hall, J. (2009). *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Boston, MA: Cengage Learning
- Leanza, Y. (2007). Roles of community interpreters in paediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. En F. Pöchhacker & M. Schlesinger (Eds.), *Healthcare Interpreting* (pp. 11-34). Ámsterdam, Países Bajos: John Benjamins.
- Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa Jr, P. T., y otros. (2009). Perceptions of Aging across 26 Cultures and their Culture-Level Associates. *Psychology and Aging*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de PMC: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933107/>
- Malinowski, B. (1923). The problem of meaning in primitive languages. En C.K. Ogden y I.A. Richards, (1923), *The Meaning of Meaning: A Study of the Influence of Language Upon Thought and of the Science of Symbolism*. (International Library of Psychology, Philosophy and Scientific Method, Supplement 1) (pp. 296-336). Londres: K. Paul, Trench, Trubner & Company, Limited.
- Mikkelsen, H. (1999). *Interpreting is Interpreting- Or is it?* Recuperado de Selected Works: works.bepress.com/holly_mikkelsen/9/
- Ministerio de Sanidad. (s.f.). Actividad asistencial. Atención primaria. Sistema Nacional de salud: Informe resumen 2007-2008. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe de Actividad AP 2007-2008.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe_de_Actividad_AP_2007-2008.pdf)
- NCIHC. (s.f.). *Ethics and Standards of Practice*. Recuperado en marzo de 2015, de National Council on Interpreting in Health Care: <http://www.ncihc.org/ethics-and-standards-of-practice>
- Poyatos, F. (1993). *Paralanguage: A Linguistic and Interdisciplinary Approach to Interactive Speech and Sounds*. Amsterdam-Filadelfia: John Benjamins.
- Poyatos, F. (1994). *La comunicación no verbal. Paralenguaje, kinésica e interacción*. Madrid: Istmo.
- Poyatos, F. (2003). Los comportamientos no verbales como contexto y entorno del discurso oral. *ORALIA*, 6, pp. 283-307.
- Poyatos, F. (2012). Realidad y problemas del discurso verbal-no verbal en interpretación simultánea o consecutiva. *ORALIA*, 15, pp. 279-303.

- Putsch, R. W. (1985). Cross-cultural communication. *Journal of the American Medical Association*, 254, pp. 3344-3348.
- Raga, F. (s.f.). Conversaciones interculturales: algo más que palabras. En Grupo CRIT (2007) *Culturas cara a cara. Relatos y actividades para la comunicación intercultural*. Madrid: Edinumen
- Reiss, Katherina y Vermeer, Hans J. (1996). *Fundamentos para una teoría funcional de la traducción*. Madrid: Akal
- Samovar, L. A.; Porter, R. E. & McDaniel, E. R. (2007). *Communication between cultures*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Sapir, E. (1929). The status of Linguistics as a science. *Language*, 5, pp. 207-214
- Searle, J. (1994). *Actos de habla. Ensayo de filosofía del lenguaje*. Barcelona, España: Planeta de Agostini S.A.
- The Hofstede Centre. (s.f.). Country comparison. Recuperado de <http://geert-hofstede.com/countries.html> el 01 de abril de 2015
- Valero Garcés, C. (2007). Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges. En F. Pöchhacker & M. Schlesinger (Eds.), *Healthcare Interpreting* (pp. 35-51). Ámsterdam, Países Bajos: John Benjamins.
- Valero Garcés, C. & Gauthier Blasi, L. (2010). Bourdieu y la traducción e interpretación en los servicios públicos. Hacia una teoría social. *MonTI*, 2, pp.97-117. Recuperado de: rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16437/1/MonTI_2_06.pdf
- Viaggio, S. (1997). Kinesics and the Simultaneous Interpreter: The Advantages of Listening with one's Eyes and Speaking with one's Body. En F. Poyatos (Eds.), *Nonverbal Communication and Translation* (pp. 283-294). Amsterdam y Filadelfia: John Benjamins Publishing Co.
- Wandensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Harlow, Essex: Addison Wesley Longman Limited.