

LA INFLUENCIA DEL INTÉRPRETE EN LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE NO NATIVO EN ENTREVISTAS MÉDICAS. ANÁLISIS DE LOS TURNOS DE HABLA.

RAQUEL LÁZARO GUTIÉRREZ
Universidad de Alcalá

RESUMEN. *Cada vez con más frecuencia acuden a los diferentes servicios públicos españoles (hospitales, comisarías, colegios, etc.) personas inmigrantes que no dominan la lengua oficial del país y se ven incapaces de comunicarse con los proveedores de servicios. En respuesta a este fenómeno desde las administraciones públicas nacionales se empieza a proponer soluciones ante esta problemática, pero todavía es necesario un esfuerzo mayor para garantizar el acceso de la población inmigrante a los servicios públicos y conseguir, así, la plena integración de estos nuevos ciudadanos. Una medida a tomar sería la formación y posterior incorporación a la plantilla de los servicios públicos de intérpretes especializados.*

En esta comunicación se presenta un estudio piloto que analiza conversaciones médico-paciente y estudia las diferencias en la participación del paciente si este a) comparte la lengua materna del médico, b) se trata de un paciente inmigrante que no domina la lengua en la que se realiza la interacción, y c) además del paciente no nativo, participa en la conversación un intérprete que sirve de enlace entre los otros dos participantes. Se mostrará cómo el uso de un intérprete en conversaciones institucionales médico-paciente hace aumentar la participación del paciente no nativo en la misma.

PALABRAS CLAVE: *Interpretación, turnos de habla, conversaciones médico-paciente, paciente no nativo.*

ABSTRACT. *More and more migrant people who do not master Spanish and who find it impossible to communicate with public services providers visit our different public services (hospitals, police stations, schools, and so on). In response to this phenomenon, the national public administrations start to offer solutions to this problem. However it is still necessary to make a bigger effort to grant the access to public services to the migrant population, achieving thus, the full integration of these new citizens in our society. A possible measure would be to train and use public service interpreters.*

This communication presents a pilot study which analyses doctor-patient conversations and study the differences in the patient's participation if he or she a) shares the doctor's mother tongue, b) is a migrant patient who do not master the language in which the interaction is performed, and c) apart from the non-native patient, an interpreter takes part in the conversation, acting as a bridge between the two participants. It will be shown how the use of an interpreter in institutional doctor-patient conversations improves the non-native patient's participation.

KEY WORDS: *Interpretation, turn-taking, doctor-patient conversations, non-native patient.*

1. INTRODUCCIÓN

A medida que pasan los años y mejoran las comunicaciones, los movimientos migratorios o de población aumentan. A nivel mundial se ha producido un cambio en la estructura de las sociedades, que a medida que reciben población inmigrante, se convierten en sociedades multiculturales en las que conviven personas de diversa procedencia. Los inmigrantes aportan al país de acogida sus lenguas, costumbres, creencias y culturas, enriqueciendo la sociedad de acogida.

España, que tradicionalmente ha sido un país de emigrantes, se ha transformado en las últimas décadas. Cada vez más personas vienen a España con la intención de establecerse aquí: buscar un trabajo que les permita llevar una vida mejor, formar una familia, etc. De este modo inmigrantes de diversa procedencia (países del Este, África) se incorporan a nuestra sociedad con todas sus consecuencias. Como nuevos ciudadanos, también utilizan los servicios públicos (sanitarios, administrativos, educativos, etc.). Sin embargo, el hecho de no

compartir lengua y/o cultura con la población autóctona y, al menos hasta ahora, mayoritaria constituye una gran barrera en el acceso a estos servicios.

Efectivamente, existe una preocupación, no sólo social, sino también política, acerca de los derechos de los inmigrantes, que, como nuevos ciudadanos, tienen derecho a utilizar los servicios que ofrece la sociedad de la que participan. Las administraciones públicas son cada vez más conscientes de la existencia de barreras comunicativas entre proveedores de servicios públicos y usuarios inmigrantes. Se empieza tímidamente a proponer soluciones tales como la traducción de folletos informativos o la contratación puntual de mediadores interculturales. Sin embargo, los estudios evidencian que todavía queda un largo trecho hasta lograr el pleno uso de los servicios públicos por parte de usuarios inmigrantes que no hablan o no dominan el español. No basta con contratar a una persona que conozca la lengua (y la cultura) del usuario de los servicios públicos. Este ‘intérprete’ o ‘mediador’ debería además poseer formación específica en traducción e interpretación, y conocimientos específicos sobre el ámbito en el que trabaja y sobre la terminología utilizada en los contextos en los que va a interpretar (sanitaria, legal, administrativa, educativa, etc.). En otros países con más experiencia en la recepción de población inmigrante (p. ej Reino Unido, EEUU, Australia) se han implantado servicios de traducción e interpretación en los servicios públicos. Desde el Grupo FITSPos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos) de la Universidad de Alcalá se han realizado estudios desde diferentes perspectivas (ver Valero & Taibi 2004, Valero & Lázaro 2004 y Lázaro & Valero 2006) que demuestran que el uso de un intérprete mejoraría la comunicación entre proveedor de servicios nativo y usuario no nativo de la lengua oficial del país.

2. MARCO DEL ESTUDIO

Las interacciones que se llevan a cabo entre trabajadores de los servicios públicos y usuarios de los mismos han sido investigadas desde una subdisciplina del Análisis del Discurso: el Análisis del Discurso Institucional, que estudia el lenguaje y los diferentes recursos que los hablantes utilizan en un contexto institucional (Mason 2001; Drew and Heritage 1992; Drew and Sorjonen 1997). Estas conversaciones han sido descritas por Wadensjö (1998:33) como “interacciones entre profesionales y usuarios que persiguen un fin concreto en una institución pública”. Por otra parte, cuando en estas interacciones interviene una tercera persona que sirve como intérprete o enlace entre los otros dos participantes, también han sido objeto de estudio de investigadores pertenecientes al campo de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (Public Service Interpreting, PSI) (Wadensjö 1998; Mikkelsen 1996; Valero 2002 a b c, 2003, 2004), una subdisciplina de lo que se ha denominado Estudios sobre Traducción o Translation Studies.

En los últimos años cabe destacar estudios realizados desde la perspectiva del análisis del discurso, como el de Ainsworth-Waughn 2001, centrado en las relaciones de poder entre médico y paciente; Bot 2003, que analiza la figura del intérprete en el ámbito de la salud mental; Bélanger 2003, que se ocupa del análisis de interacciones con intérpretes de signos o Lindquist 2005, que reflexiona sobre la evaluación de las actuaciones de los intérpretes en los servicios públicos y su aplicación en la formación de los mismos.

Ya que la comunicación en hospitales y centros de salud constituye un ejemplo de discurso institucional, las interacciones entre personal sanitario y pacientes en estos contextos se caracterizan por poseer una estructura específica y el uso de un lenguaje institucional específico. Podemos considerar tres aspectos característicos de la estructura de una conversación institucional: a) el diseño de los turnos de habla, b) la duración de los mismos, y

c) la asimetría entre los participantes en el encuentro. Sigue una breve descripción de los tres aspectos:

1. Siguiendo los estudios de Sacks & Schegloff (1974), diversos autores han investigado el diseño de los turnos de habla en conversaciones institucionales. Por ejemplo, Drew & Sorjonen (1997:92-118) revelaron que el sistema de turnos de habla varía según la fase en que doctor y paciente se encuentran dentro de la interacción. De este modo, cuando un médico examina a su paciente, la estructura típica de los turnos de habla sería de pregunta-respuesta.
2. La duración de los turnos de habla es otro factor a tener en cuenta. En algunos momentos de la interacción, por ejemplo, durante el examen del paciente, el médico empieza a hablar o cambia de tema, por lo que utilizaría más turnos. Sin embargo, en esta misma fase, el médico hace preguntas para obtener información sobre el paciente, y este mismo las contesta siendo sus turnos más largos que los del médico.
3. Siguiendo a Heritage (1997) existen varios tipos de asimetría entre médico y paciente en una conversación institucional: asimetría de participación, asimetría de conocimiento sobre la interacción y la institución en la que se produce, asimetría de conocimientos (propósito del médico) y asimetría de acceso a los conocimientos (conocimientos médicos). Estas asimetrías están presentes en todas las interacciones médico-paciente, pero se intensifican cuando este último no domina la lengua en la que se produce la interacción (ver Valero y Taibi 2004, Lázaro y Valero 2006).

En esta comunicación me voy a centrar en el segundo aspecto: el número y duración de los turnos de habla.

3. CORPUS

La investigación que se presenta en esta comunicación consiste en un estudio piloto sobre los turnos de habla en conversaciones médico-paciente. Su carácter experimental es lo que motiva que su corpus sea reducido. En un futuro próximo se ampliará este corpus para seguir investigando los turnos de habla en este tipo de interacciones.

Dicho esto cabe comentar que se utilizaron 9 conversaciones repartidas en tres grupos (3 conversaciones por grupo) con las siguientes características:

1. Conversaciones médico-paciente consideradas estándar, esto es, tanto el médico como el paciente eran hablantes nativos de la misma lengua (inglés o español). Estas interacciones fueron grabadas en un centro de salud español y en una consulta de médico generalista en el Reino Unido.
2. Conversaciones médico-paciente en las que el paciente no era hablante nativo de la lengua en la que se produjo la interacción (español). Estas grabaciones fueron realizadas en centros de salud españoles.
3. Conversaciones médico-paciente en las que el paciente tampoco era hablante nativo de la lengua en la que se produjo la interacción (inglés en este caso), mediadas por un intérprete profesional especializado en los servicios públicos. Las dos lenguas utilizadas en estas conversaciones fueron inglés y español. En este caso las interacciones se produjeron en el Reino Unido, país que cuenta con servicio de interpretación en algunos de sus centros sanitarios.

Estas conversaciones forman parte del corpus del Grupo FITISPos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos) de la Universidad de Alcalá.

4. HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

La hipótesis de este estudio es la siguiente: tal y como se ha comentado antes y como ya se ha demostrado en estudios anteriores, las asimetrías entre médico y paciente en una conversación institucional crecen cuando el paciente no es hablante nativo de la lengua en la que se produce la interacción. De este modo, la participación del paciente en la conversación se verá reducida en estos casos. Sin embargo, el uso de un intérprete profesional especializado ayudaría a equilibrar esta asimetría y, de este modo, aumentaría la participación del paciente. Esto demostraría la importancia de que los pacientes hablantes no nativos de la lengua de la interacción cuenten con intérpretes debidamente formados.

Se han tenido en cuenta dos factores para medir la participación del paciente:

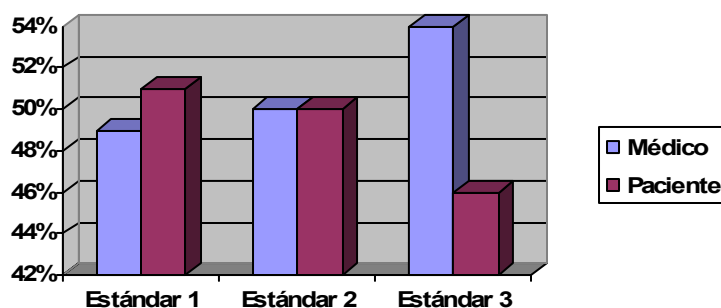
1. El número de turnos de habla que el paciente utiliza en comparación con los turnos que produce el médico.
2. El número de palabras producidas por el paciente en comparación con las que utiliza el médico.

En algunas de estas conversaciones, además del médico y el paciente, intervenían otros participantes: acompañantes de los pacientes, enfermeros y auxiliares y, en el tercer grupo de conversaciones, el intérprete. Para presentar los datos de una manera más clara, los porcentajes de participación se han calculado tomando como total la suma de los turnos de habla en un caso y número de palabras en otro de médico y paciente, dejando fuera de este total las intervenciones de los otros participantes.

5. ANÁLISIS

5.1. Duración de los turnos de habla

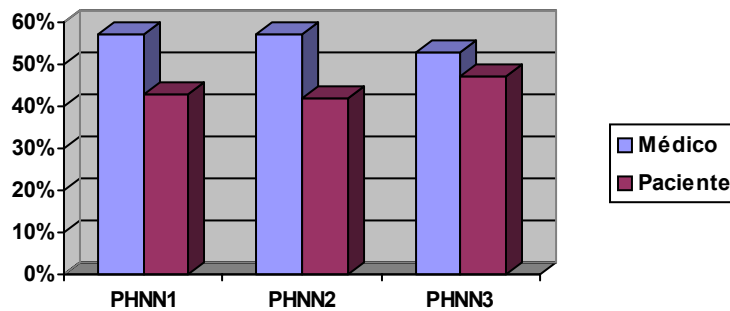
El primero de los factores que se analizaron fue la duración de los turnos de habla tanto de pacientes como de médicos. Se consideraron los tres grupos de conversaciones por separado. Como podemos ver en el gráfico siguiente, en las conversaciones estándar los turnos de habla de médico y paciente se encuentran bastante equilibrados en número. En la primera conversación el médico produjo el 49% de los turnos, mientras que el paciente utilizó el 51%. En la segunda conversación, la participación está totalmente equilibrada, ya que médico y paciente se repartieron los turnos al 50%. La última conversación es la que presenta una mayor diferencia entre médico y paciente, habiendo producido el primero el 54% de los turnos y el segundo, el 46%.



G.1. Porcentajes de turnos de habla en las conversaciones del grupo 1 (Estándar)

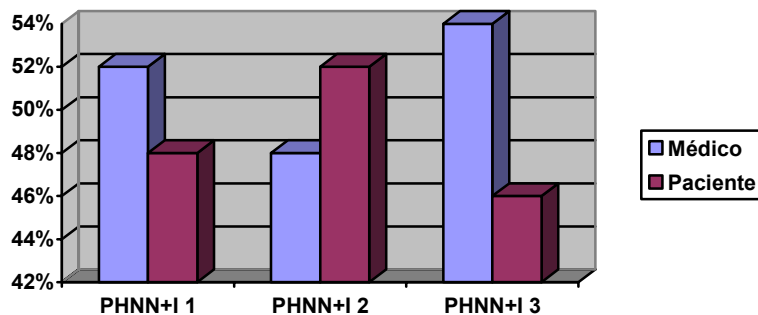
Como ya se ha señalado anteriormente, cuando el paciente es un hablante no nativo de la lengua en la que se produce la interacción, las asimetrías entre médico y paciente aumenta.

Tal y como podemos ver en el gráfico siguiente, en el grupo de conversaciones número 2, el paciente produce considerablemente menos turnos de habla que el médico: 43% frente a 57% del médico en la conversación n° 1, 42% frente a 57% en la n° 2 y 47% frente a 53% en la n° 3.



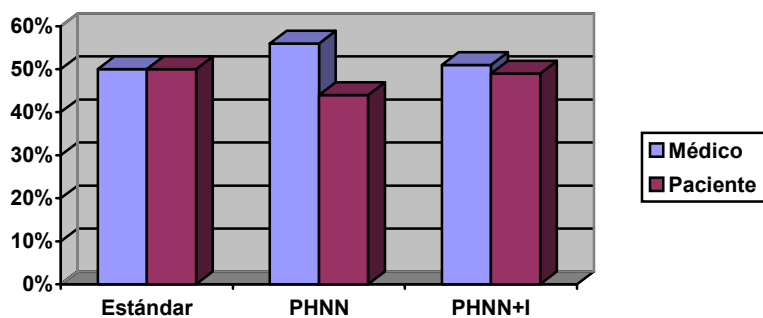
G.2. Porcentajes de turnos de habla en las conversaciones del grupo 2 (PHNN)

No obstante, este estudio ha revelado que, con el uso de un intérprete, el número de turnos de médico y paciente se equilibra. En el gráfico siguiente podemos ver que en la primera conversación de este grupo el paciente produjo el 48% de los turnos, mientras que el médico produjo el 52% de ellos. En la segunda conversación el paciente produjo incluso más turnos (52%) que el médico (48%). La tercera conversación es la que está más desequilibrada, habiendo producido el paciente el 46% de los turnos y el médico el 54%.



G.3. Porcentajes de turnos de habla en las conversaciones del grupo 3 (PHNN+I)

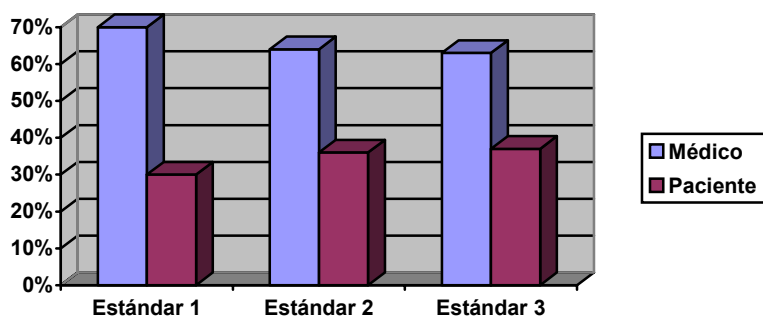
Hallando la media entre los turnos de habla de médico y paciente de las conversaciones de cada grupo los resultados son más reveladores. En el gráfico siguiente podemos observar cómo los turnos de médico y paciente están completamente equilibrados en una conversación estándar (al 50%). Cuando el paciente no comparte la lengua materna del médico su participación medida en turnos de habla desciende al 44%. Sin embargo, cuando un intérprete interviene en la interacción, la participación del paciente vuelve a ascender al 49%, situándose muy próxima de la del médico.



G.4. Comparación de porcentajes de turnos de habla entre los 3 grupos de conversaciones

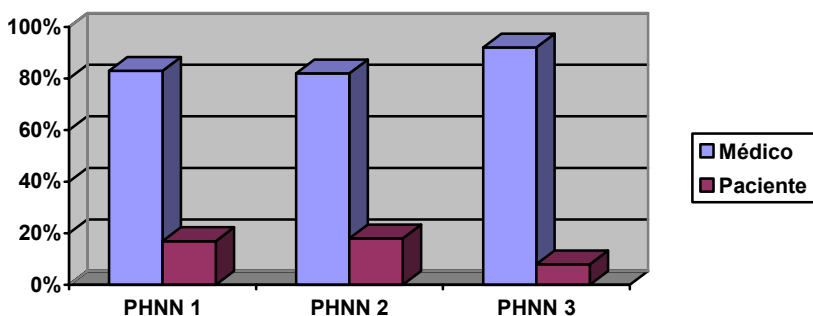
5.2. Número de palabras

Si atendemos al otro factor que pretendíamos analizar, es decir, el número de palabras producidas por los participantes en la interacción, obtenemos resultados similares. Como se ve a continuación en el gráfico siguiente, el 70% de las palabras de la primera conversación estándar fueron producidas por el médico. En la segunda conversación el médico produjo el 64% de las palabras, mientras que en la tercera, produjo un 63%. Esto demuestra la asimetría que presentan este tipo de interacciones.



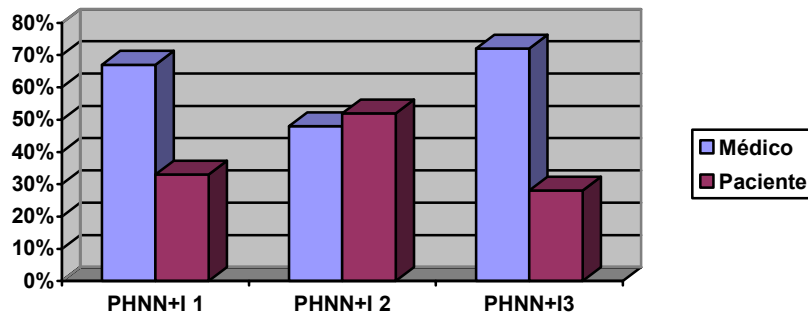
G.5. Porcentajes de número de palabras en las conversaciones del grupo 1 (Estándar)

Como se puede observar en el grupo siguiente, el número de palabras producidas por el paciente desciende drásticamente cuando el paciente es un hablante no nativo de la lengua en la que se produce la interacción. De este modo, en la primera conversación del grupo 2 el paciente produjo el 17% de las palabras, en la segunda, el 18%, y en la tercera, solamente el 8%.



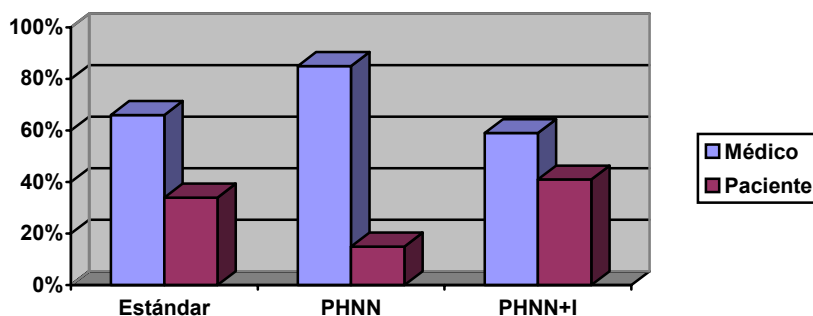
G.6. Porcentajes de número de palabras en las conversaciones del grupo 2 (PHNN)

Cuando un intérprete participa en la interacción, de nuevo el número de palabras producidas por el paciente aumenta considerablemente. En la primera conversación de este grupo el paciente utilizó el 33% de las palabras de la interacción. En la segunda conversación, la participación del paciente es incluso mayor que la del médico, habiendo producido el 52% de las palabras. Por último, en la tercera conversación el paciente llega a pronunciar el 28% de las palabras de la interacción. En el gráfico siguiente se muestran estos resultados.



G.7. Porcentaje de número de palabras en las conversaciones del grupo 3 (PHNN+I)

Por último, si centramos la atención en el último gráfico de este estudio, donde se comparan los 3 grupos de conversaciones entre sí, podemos ver cómo la participación del paciente, medida esta vez en función del número de palabras producido desciende considerablemente respecto a la conversación estándar cuando el paciente es un hablante no nativo de la lengua en la que se produce la interacción (el paciente produce el 34% de las palabras en una conversación estándar y el 15% cuando es un hablante no nativo). Sin embargo, cuando un intérprete asiste a los participantes, el número de palabras producidas por el paciente crece hasta situarse en un 41%, superando incluso a las producidas en una conversación estándar.



G.8. Comparación de porcentajes de palabras entre los tres grupos de conversaciones

6. CONCLUSIÓN

Como ya se ha expuesto anteriormente, las conversaciones institucionales médico-paciente son asimétricas y, consecuentemente, la participación de estos dos actores es diferente, siendo el médico el que más participa. Los datos presentados en esta comunicación evidencian que, cuando el paciente es un hablante no nativo de la lengua en la que se produce la interacción, su participación desciende notablemente respecto a las conversaciones estándar. Esto hace pensar que el paciente se queda con muchas cosas sin decir, por ejemplo, sin pedir aclaraciones sobre su enfermedad o su tratamiento, o sin dar ciertos detalles sobre

sus síntomas, todo ello debido a que su escaso dominio de la lengua le impide encontrar las palabras para expresarse. Esta hipótesis se ve reforzada por el hecho de que la participación del paciente aumente cuando un intérprete media en la conversación que mantiene con el médico. Tanto sus turnos de habla como el número de palabras que produce aumentan. Contando con un intérprete, tiene a su disposición las herramientas necesarias para comunicarse plenamente con el médico y puede superar, así, las barreras comunicativas existentes en este tipo de conversaciones en las que el paciente no es un hablante nativo de la lengua en que se produce la interacción. Se demuestra de esta manera que el uso de intérpretes especializados en hospitales y centros de salud es muy necesario para mejorar y agilizar la comunicación entre médicos y pacientes no nativos. Sin embargo, es necesario que estos intérpretes cuenten con una formación adecuada, no sólo en temas lingüísticos, culturales y de trasvase de la información, sino también sobre las especificidades del entorno en el que van a desempeñar su trabajo. De este modo, se hace imprescindible contar con una formación de calidad específica para traductores e intérpretes en los servicios públicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson, J.M. 1999. "Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility". *Talk, Work, and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Eds. S. Sarangi y C. Roberts. New York: Mouton de Gruyter. 75-106.
- Bélanger, D. 2003. "Les diferentes figures d'interaction en interprétation de dialogue". *The Critical Link 3. Interpreters in the Community*. Eds. L. Brunete et al. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 51-66.
- Bot, H. 2003. "The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology" *The Critical Link 3. Interpreters in the Community*. Eds. L. Brunete et al. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 27-35.
- Díaz, F. 1999. "Asimetría profesional en la consulta de oncología: algunas constricciones conversacionales de la clínica". *Discurso y Sociedad*, 1 (4): 35-68.
- Drew, P. Y J. Heritage, eds. 1992. *Talk at Work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Drew, P., y M. L. Sorjonen, 1997 "Institutional Dialogue". *Discourse as Social Interaction*. Ed. T. A. Van Dijk. London: Sage. 92-118.
- Frankel, R. M. 1990. "Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated question in physician-patient encounters" *Interaction Competence*. Ed. G. Pasathas. Washington DC: University Press of America. 231-62.
- Lázaro Gutiérrez, R. 2004. *Institutional Discourse Analysis between Native Speakers and Non-Native Speakers in the Medical Setting* (Trabajo de Investigación Tutelado no publicado). Universidad of Alcalá.
- Lázaro Gutiérrez, R. y C. Valero Garcés, 2006. "Intercultural communication in healthcare settings. A case study". *Studies in Contrastive Linguistics*. Eds. C. Mourón Figueroa y T.I. Moralejo Gárate. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Lindquist, P. 2005. "The MRC approach to interpreter performance evaluation: applying discourse analysis and corpus linguistics to the spoken word". *Traducción como mediación entre lenguas y culturas / Translation as mediator or how to bridge linguistic and cultural gaps*. Eds. C. Valero Garcés. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Mason, I. 2001. *Triadic Exchanges* Manchester: St. Jérôme Publishing.

- Mikkelsen, H. 1996. "Community Interpreting. An Emerging Profession" *Interpreting*, 1, 1:125-129.
- Sacks, H., E. Schegloff, y G. Jefferson, 1974. "A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation" *Language* 50: 696-735.
- Sarangi, S., y C. Roberts, 1999. *Talk, Work and Institutional Order*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Scollon, R., y S. Scollon, 2001. *Intercultural Communication*. Oxford: Blackwell, 2nd ed.
- Valero Garcés, C. 2001. "Estudio para determinar el tipo y calidad de la comunicación lingüística con la población extranjera en los Centros de Salud.". *OFRIM, Suplementos* 9 (diciembre 2001), 117-132.
- Valero Garcés, C. 2002a. "Análisis conversacional de las interacciones entre proveedores de servicios y usuarios inmigrantes en los centros de salud". *Oralia*, vol 5, 2002, págs. 265-296.
- Valero Garcés, C. 2002b. "Modificaciones en la conversación institucional. Análisis de los turnos de habla en la entrevista clínica con pacientes inmigrantes". *Las lenguas en un mundo global*. Ed. G. Luque. Jaén: Servicio de Publicaciones de la Universidad. 29-38.
- Valero Garcés, C. 2002c. "Interaction and Conversational Constrictions in the Relationships Between Suppliers of Services and Immigrant Users in Healthcare Centers". *Pragmatics*, 12, 4: 469-496.
- Valero Garcés, C. 2003. "Talk, Work and Institutional Order in Doctor/Immigrant Patient Interaction". *Fifty Years of English Studies in Spain (1952-2002). A Commemorative Volume*. Eds. Palacios Martínez et al. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad. 663-670.
- Valero Garcés, C. y T. Mustapha, 2004 "Análisis de la interacción comunicativa en contextos institucionales entre proveedores de servicios, usuarios e intermediarios lingüísticos". *ORALIA*, 7: pp. 207- 228 .
- Valero Garcés, C. Y R. Lázaro, 2004. "Institutional Discourse Análisis Applied to Medical Consultations in NS-NNS Encounters"- Paper read at the XXVIII AEDEAN Conference. Valencia 2004.
- Wadensjö, C. 1998 *Interpreting as Interaction* London: Longman