

**TRABAJO FINAL DE GRADO EN TRADUCCIÓN E
INTERPRETACIÓN**

TREBALL FINAL DE GRAU EN TRADUCCIÓ I INTERPRETACIÓ

Departament de Traducció i Interpretació

**ANÁLISIS DE LOS PATRONES COMUNICATIVOS EN
ESPAÑA Y EN LO ESTADOS UNIDOS EN EL ÀMBITO
SANITARIO**

*ANÀLISI DELS PATRONS COMUNICATIUS A ESPANYA I ALS
ESTATS UNITS EN L'ÀMBIT SANITARI*

Autora: Mar Ruiz Blay

Tutor: Francisco José Raga Gimeno

Data de lectura: juliol 2014



Resum

Aquest Treball Final de Grau conté diferents parts, totes centrades en qüestions transculturals que pretenen ser útils per a l'àmbit de la traducció i la interpretació i, més concretament, per a la interpretació sanitària. En primer lloc, farem un resum dels aspectes teòrics i empírics relacionats amb l'estudi dels patrons comunicatius. A continuació es transcriuran, s'analitzaran i es compararan dos casos concrets d'interacció metge-pacient en l'àmbit sanitari en dues cultures diferents (Espanya i Estats Units). Finalment, extraurem conclusions sobre les aportacions que fa l'estudi dels patrons comunicatius transculturals per a la nostra disciplina i plantejarem altres qüestions que es consideren d'interés per al desenvolupament de la tasca dels professionals de la interpretació mèdica.

Paraules clau: comunicació transcultural, comunicació intercultural, patró comunicatiu, interpretació sanitària.

Índex

1.	Introducció.....	4
1.1.	Objectius.....	4
1.2.	Metodologia.....	4
2.	Breu introducció bibliogràfica.....	6
2.1.	Teories d'anàlisi transcultural dels patrons comunicatius.....	6
2.2.	Principals aspectes empírics dels patrons comunicatius.....	11
3.	Breu contextualització del material audiovisual.....	13
4.	Transcripció del fragment seleccionat.....	14
4.1.	ER (Urgencias).....	14
4.2.	Hospital Central.....	17
5.	Anàlisi.....	18
5.1.	ER (Urgencias).....	19
5.2.	HOSPITAL CENTRAL.....	22
5.3.	ANÀLISI COMPARADA.....	25
6.	Conclusió:.....	27
7.	Aspectes rellevants per a futurs treballs.....	28
8.	Bibliografia.....	31

1. Introducció

1.1.Objectius

En realitzar aquest treball busquem aconseguir diversos d'objectius. Des d'un punt de vista general, es volen adquirir coneixements sobre comunicació transcultural. Des d'un prisma teòric, es pretén interioritzar la informació cultural i la metodologia que cal seguir per treballar en aquest àmbit, així com una sèrie de conceptes bàsics que cal dominar per elaborar estudis que tracten aquesta qüestió. Després, amb un caire més pràctic, es procurarà aplicar la base que haurem assolit, tot duent a terme una anàlisi comparada de dues situacions comunicatives. D'altra banda, amb aquest treball, es vol atènyer una major profunditat en els coneixements de comunicació transcultural que ja s'havien après durant la carrera i que seran importants en el nostre ofici, on haurem de superar barreres no només lingüístiques, sinó també culturals. Finalment, tenim l'objectiu fer un recull d'alguns aspectes rellevants relacionats amb l'àmbit de la interpretació sanitària. Aquest és un camp que encara s'està consolidant a Espanya i li manca, per tant, un bagatge teòric i pràctic.

1.2.Metodologia

Al llarg de l'elaboració d'aquest treball s'ha seguit una metodologia ben rigorosa, que quadra amb el caire empíric que han de tindre els estudis científics. Per suposat, s'ha basat en l'observació i l'anàlisi dels fenòmens socials que tracta.

En primer lloc, s'ha dut a terme una recerca bibliogràfica en aquesta àrea, on conflueixen diferents disciplines com la sociologia, la psicologia o la sociolingüística. Després, s'han buscat estudis anteriors de l'anàlisi comparada dels patrons culturals i, sobre el funcionament dels sistemes sanitaris a Espanya i als Estats Units.

A continuació, s'ha realitzat una recerca de material audiovisual per dur a terme les posteriors anàlisis. S'han buscat sèries de temàtica policial i sanitària, ja que és en aquests dos àmbits on més aplicació tenen les anàlisis dels patrons culturals per als intèrprets professionals i on més cal treballar. I és que la figura de l'intèrpret mèdic i judicial a Espanya, tot i ser un ofici ben antic, des d'un punt de vista burocràtic es pot dir que acaba de nàixer i, de fet, la regulació legal i la seua posada en pràctica són poc enèrgiques. Després de visionar diverses sèries amb aquesta temàtica, s'han triat dos fragments de l'àmbit sanitari perquè reflecteixen dues situacions similars amb pacients

menors d'edat. En aquests queden reflectits grups socials diferents com són joves, adults i professionals del gremi de la medicina.

A continuació, s'han fet les transcripcions tot seguint una estructura especial, dissenyada per autors de l'àmbit de l'Anàlisi de la Conversa, per a dur a terme anàlisis dels patrons comunicatius de forma que, només en llegir-la, sentim com si «escoltarem» la conversa sense necessitat de presenciar la situació. A més, en els comentaris del transcriptor, s'afegeixen dades visuals de llenguatge no verbal, cosa que fa que pràcticament puguem «veure» la interacció. En aquest tipus d'anàlisi s'utilitzen els següents símbols:

MAJÚSCULES: indiquen que s'ha alçat la veu o que ha pujat la intensitat.

subratllat: indica que una part s'ha pronunciat de forma més emfàtica.

provocació: indica que una paraula s'ha pronunciat amb molta cura o marcant molt les síl·labes

< >: pronunciació ràpida amb un canvi en la línia melòdica.

((XXX)): un fragment indesxifrabable.

((bon dia)): un fragment dubtós.

("somriu"): comentari del transcriptor.

laaa: allargament d'una vocal.

eeeh: onomatopeia per emplenar el silenci.

mm mm: petició del torn de paraula.

hm hm: assentiment, conformitat.

ja ja: risos.

em va dir que [la casa

a mi] em va dir que no és seua: parts on els interlocutors s'han solapat.

=

= : successió immediata entre dues intervencions, sense pausa.

(.): pausa breu però significativa inferior a 1 segon.

(2.5): pauses superiors a 1 segon.

↑: entonació ascendent.

Una vegada feta la transcripció, s'ha realitzat una anàlisi sistemàtica de cada fragment, tot estudiant les qüestions de llenguatge no verbal que són rellevants per a l'estudi dels patrons comunicatius de cada cultura (Raga, 2003)¹. A continuació, s'han posat en comú les dues anàlisis i s'han resumit breument les diferències més rellevants entre els patrons d'un fragment i de l'altre.

Finalment, s'ha fet un recull d'aspectes paralingüístics que afecten a la pràctica de la interpretació en l'àmbit sanitari. Es conclou amb una breu reflexió sobre les aplicacions de l'estudi dels patrons comunicatius en el món de la traducció i la interpretació i una proposta d'aspectes a tindre en compte per a futurs treballs.

2. Breu introducció bibliogràfica

2.1. Teories d'anàlisi transcultural dels patrons comunicatius

Començarem la contextualització teòrica per definir el concepte de *comunicació transcultural*. Gudykunst 2000² assenyala que aquest sovint s'empra com a sinònim de *comunicació intercultural*, però no són el mateix. La comunicació transcultural compara dues o més cultures, mentre que la intercultural estudia la interacció entre un o més membres de dues o més cultures diferents.

Altre concepte que cal aclarir és el de *llenguatge no verbal*. Hi ha dues accepcions: una més concreta, que engloba tot allò que analitzarem en les transcripcions i es limita a qüestions merament corporals (gestos, distàncies). L'altra, més general, abasta tot allò que no és purament gramatical (torns de paraula, paralenguatge), que és la que s'aplica en fer estudis de qüestions empíriques, com comentarem més endavant.

¹ En Raga Gimeno, Francisco José (2003): 37

² En Kotthoff and Spencer-Oatey et al. (2007:24)

A més, sembla necessari comentar que el concepte de «cultura», que sovint identifiquem directament amb «nació» o «ètnia», té un significat més ample. Aquesta observació la fa Piller (2012) i proposa una definició de Sandoval (2003)³, que abasta les qüestions que defineixen veritablement el concepte de «cultura» que utilitzarem en aquest treball:

[C]ulture is ubiquitous, multidimensional, complex, and pervasive. Because culture is so broad, there is no single definition or central theory of what it is. Definitions range from the all-encompassing ('it is everything') to the narrow ('it is opera, art, and ballet'). For our purposes we define culture as the deposit of knowledge, experience, beliefs, values, attitudes, meanings, social hierarchies, religion, notions of time, roles, spatial relationships, concepts of the universe, and material objects and possessions acquired by a group of people in the course of generations through individual and group striving.

Segons Gudykunst i Lee (2002), l'estudi de la comunicació transcultural es pot enfocar des de diferents perspectives. En aquest cas, es parteix de la base que es poden dissenyar teories que expliquen com varia la comunicació a través de les cultures. Per incorporar la cultura a l'estudi de la comunicació, cal considerar-la com una variable teòrica. Hi ha dimensions (qüestions que descriuen les teories internes dels individus sobre les seues cultures) que es troben en totes les cultures i es poden mesurar, i aquestes són les que s'utilitzaran en l'estudi teòric. Les diferències entre cultures es poden predir i explicar mitjançant aquestes dimensions de variabilitat cultural. La comprensió dels diferents patrons comunicatius requereix, per tant, informació general i específica de cada cultura.

L'**individualisme-col·lectivisme** és el principal aspecte utilitzat per a estudiar les diferències i similituds en la comunicació en diferents cultures. Aquest existeix a nivell individual i cultural (Gudykunst i Ting-Toomey, 1988)⁴.

Pel que fa a la cultura, en aquelles més individualistes predominen els interessos personals sobre els del grup i, en les cultures col·lectivistes, ocorre al contrari. Segons

³ En Paulston et al. (2012:5)

⁴ En En Kotthoff and Spencer-Oatey et al. (2007:60)

Triandis, Bontempo, Villareal, Asai i Lucca (1995)⁵, la importància del *ingroup* —el grup amb el qual els individus se senten identificats i que més influeix en el seu comportament— és la principal diferència entre una cultura col·lectivista i una d'individualista. Al mateix temps, dins de les cultures col·lectivistes, la influència que exerceixen els *ingroups* té una jerarquia variable (la religió per damunt de la família o al contrari). Kim (1994)⁶ proposa tres tipus de relació individu-*ingroup*. A saber: **indiferenciada** (unió ferma i explícita), **relacional** (unions poroses que permeten desenvolupar les idees pròpies) o **coexistència** (hi ha una separació entre la part privada i la pública).

Aquesta dimensió està relacionada amb la comunicació transcultural perquè influeix en les normes socials i per la informació que aporta l'estudi de les relacions entre els membres de *ingroups* i de *outgroups*.

D'altra banda, segons Triandis (1995)⁷, les relacions dins d'una cultura poden ser horitzontals o verticals. En aquelles del primer tipus no s'espera que l'individu destaque sobre els demés i aquest se sentirà igual a la resta. En canvi, en les del segon tipus, sí que es buscarà sobresortir i els individus se senten diferents als altres. Brewer (1991)⁸ explica que els éssers humans necessiten, d'una banda, sentiment d'inclusió i, d'altra, sentir-se diferents. El model òptim es troba en l'equilibri entre aquestes dues necessitats.

L'individualisme-col·lectivisme també afecta la forma de socialitzar-se de cada persona, bàsicament a través de tres característiques. La primera és la **personalitat**, que pot ser *idiocèntrica* o *alocèntrica*. Després, estan els **valors individuals**, que modelen les personalitats i ajuden a crear i mantenir l'autoestima. Per últim, els **constructes**, que poden ser independents (considerar-se u mateix com a una entitat singular), presents sobretot en les cultures individualistes; o interdependents (els actes i pensaments de l'individu reben una gran influència dels altres actors que participen en una relació), predominants en les societats col·lectivistes. Segons Gudykunst i Lee (2002), hi ha cinc

⁵ En Gudykunst i Lee (2002:27)

⁶ En Gudykunst i Lee (2002:28)

⁷ En Gudykunst i Lee (2002:29)

⁸ En Gudykunst i Lee (2002:29)

qüestions teòriques pel que fa als constructes que han de ser tractades. La primera és el nombre d'aspectes del *jo* que existeixen. La segona, és si aquests aspectes són independents els uns dels altres o si interactuen i formen constructes. La tercera és si van lligats a una situació, context o relació o si, pel contrari, són generals. La quarta qüestió és si aquests constructes són dependents o interdependents. Per últim, cal comprovar que efectivament els constructes independents predominen en les cultures individualistes i, els interdependents, en les col·lectivistes.

A més de l'individualisme-col·lectivisme, Hofstede (1980)⁹ proposa tres dimensions més de variabilitat cultural que també existeixen a nivell individual. La primera és l'**aversió a la incertesa**, que té relació, entre altres aspectes, amb la rigidesa i definició de les normes culturals. La segona és la **distància amb el poder**, és a dir, com accepten els membres menys poderosos d'una institució o organització la distribució desigual del poder. La tercera és la **masculinitat-feminitat** (distribució dels rols tradicionalment adjudicats a un gènere dins d'una cultura).

S'han dut a terme diversos intents de formular teories sobre les diferències transculturals en la comunicació que utilitzen dimensions tant individuals com culturals. Ting-toomey (1988 i 1998)¹⁰ proposa la **Teoria de la negociació de la identitat**, que estudia com els valors i les normes culturals modelen la forma que tenen els membres d'una cultura determinada de controlar la seua identitat i de gestionar els conflictes. Segons aquest autor, un conflicte és un procés de negociació de la identitat on els individus veuen amenaçades les seues identitats

La **Teoria de les restriccions conversacionals** de Kim (1995)¹¹ defén que les converses van dirigides a un objectiu i que es requereix coordinació en la comunicació per assolir-lo. Els individus tenen unes metes i, en tractar d'aconseguir-les, generen una sèrie de missatges i restriccions, ja siguin personals o culturals.

⁹ En Gudykunst i Lee (2002:36)

¹⁰ En Gudykunst i Lee (2002:40)

¹¹ En Gudykunst i Lee (2002:41)

La **Teoria de l'incompliment de les expectatives**, de Burgoon (1978)¹², tracta la comunicació com un procés del qual els individus han generat expectatives i aquestes poden ser o no satisfetes.

Gudykunst (1995)¹³ proposa la **Teoria de la gestió de l'ansietat i la incertesa**, que se centra en l'eficàcia de la comunicació entre persones i entre grups. Ho fa mitjançant la incorporació de la teoria de la variabilitat transcultural a l'estudi de la gestió de l'ansietat i la incertesa. Aquest autor considera que aquestes influeixen en l'eficàcia de la comunicació.

La **Teoria de l'adaptació de la comunicació** tracta d'entendre la comunicació entre persones de diferents grups tot fixant-se en qüestions de llenguatge, comportament no verbal i paralenguatge (Gallois, Giles, Jones, Cargile i Ota, 1995)¹⁴.

Els criteris que Gudykunst i Lee (2002) proposen per a l'avaluació de les teories de variabilitat cultural són els següents:

1. És important que les teories tinguin en compte més d'una dimensió de variabilitat cultural.
2. Aquestes teories han de relacionar directament les dimensions que s'utilitzen amb les normes culturals que influeixen el comportament comunicatiu que s'està tractant.
3. El comportament individual no hauria de relacionar-se amb les normes culturals. Les variacions individuals expliquen la comunicació dins d'una cultura, no generen normes.

Abans d'acabar amb la contextualització teòrica, cal dir que les qüestions que hem esmentat ací corresponen a un enfocament més tradicional i essencialista de la comunicació transcultural. Hui dia, aquests temes s'estudien des d'un punt de vista menys reduccionista que, no obstant això, manté gran part d'aquests elements de base

¹² En Gudykunst i Lee (2002:42)

¹³ En Gudykunst i Lee (2002:43)

¹⁴ En Gudykunst i Lee (2002:44)

(Holliday, 2011). Però més enllà d'aquests paràmetres, caldrà afegir certes qüestions més concretes.

Finalment, hem d'assenyalar que en els estudis més recents sobre interculturalitat es planteja un aspecte que té una gran influència a l'hora d'establir una comunicació eficaç i equilibrada: la relació de poder/submissió que es pot donar entre persones de cultures diferents (Paulston, Kiesling i Rangel (eds.), 2012: 97). Aquesta és una qüestió que haurem de tindre molt en compte especialment en l'àmbit de la interpretació en els serveis públics, ja que la distribució del poder entre cultures guanya encara més rellevància per les característiques del context on es treballa.

2.2. Principals aspectes empírics dels patrons comunicatius

Segons Argyle (1988)¹⁵, les funcions principals de la comunicació no verbal són: expressar els estats emocionals i l'actitud envers els altres, presentar-se, gestionar i sincronitzar la interacció, reforçar els missatges verbals, demostrar interès per mantenir converses, advertir de la natura de la comunicació verbal que caldrà seguir i, especialment, transmetre informació als altres. Aquestes funcions són comunes a totes les cultures, allò que varia són els codis que es fan servir en cadascuna. A continuació, els autors es disposen a tractar els diferents factors de la comunicació no verbal.

El **contacte físic** s'utilitza principalment per expressar amistat i intimitat. Cada cultura pot tindre un nivell de contacte físic alt, mitjà o baix, i les normes també hi canvien. **L'expressió facial** transmet les emocions, és prou internacional i, sovint, és en aquesta àrea on més control tenim sobre allò que transmetem. El **contacte visual i la mirada** són aspectes significatius en una interacció, el seu ús varia segons la cultura i ens informen, entre d'altres, sobre la jerarquia dins d'un grup.

Els **gestos** es poden dividir en primaris (aquells destinats a establir una comunicació) i casuals (aquells que no pretenen transmetre cap informació). Segons Argyle¹⁶ (1988) hi ha tres tipus diferents de **gestos**: els *emblemes*, que equivalen a conceptes verbals; els *il·lustradors* que aclareixen allò que es diu en el discurs; i l'*auto-contacte*, que sovint

¹⁵ En Hill, Watson, Rivers i Joyce (2007:126)

¹⁶ En Hill et al (2007:130)

transmet l'estat emocional d'una persona. A més a més, Morris (2002)¹⁷ hi afegeix gestos *tècnics*, relacionat amb certs rols o situacions i *simbòlics*, que són gestos abstractes que designen un objecte o acció.

La **postura**, segons Morris (2002)¹⁸, és el signe més estès i comú de tots els meta-signes. Saber gestionar-la pot conferir un gran avantatge i normalment també representa un paper important en la regulació de la interacció.

Finalment, d'acord amb Argyle (1988)¹⁹, el **comportament espacial** «consisteix a la proximitat, orientació, comportament territorial i moviment». Hall (1966)²⁰ defineix quatre zones: íntima, personal, social i pública: les distàncies en cadascuna variaran en cada cultura. Dins del comportament espacial s'estudien l'espai vital; l'orientació que adopten les persones i l'ús i les marques del territori. Morris (2002)²¹ classifica aquestes últimes en tres tipus: personal (relacionada amb la privacitat, els béns, la identitat i la seguretat), familiar (sovint la llar familiar) i tribal (en l'actualitat es pot aplicar a barris, pandes i també a la identitat personal).

A més, les **vocalitzacions** no verbals es poden dividir en aquelles lligades al discurs i aquelles que són independents. Argyle (1988)²² apunta que les que no estan lligades al discurs, al seu torn, es divideixen en prosòdiques (ritme, entonació i pauses), sincronitzadores (regulen o controlen les interaccions) i pertorbacions del discurs (repeticions o frases inacabades). Les vocalitzacions independents del discurs són els sorolls emocionals, els trets paralingüístics i allò relacionat amb la qualitat de la veu.

Una altra qüestió que cal tindre en compte és la importància dels **silencis**. En els estudis sobre interculturalitat s'ha considerat tradicionalment que en les cultures asiàtiques, en comparació amb les occidentals, hi ha una major incidència de silencis. Però això no ha de ser necessàriament així, si bé és cert que les concepcions del silenci i les converses

¹⁷ En Hill et al (2007:130)

¹⁸ En Hill et al (2007:131)

¹⁹ En Hill et al (2007:132)

²⁰ En Hill et al (2007:132)

²¹ En Hill et al (2007:133)

²² En Hill et al (2007:135)

tendeixen a ser diferents en ambdós grups culturals. Així, també hi ha altres qüestions que hi influeixen, com l'edat o el lloc de naixement (Paulston et al., 2012: 170).

Ellis i Beattie (1986)²³ consideren l'**aparença**, la **vestimenta** i l'**ornamentació** corporal com mostres de «prestigi» dins d'una interacció. Aquestes influeixen molt en la primera impressió i també poden portar a l'estereotip. És una forma de reafirmar la identitat, sovint guarda una estreta relació amb les subcultures urbanes i rep una gran influència dels estils tribals. Des dels anys 80, la subcultura i l'estil han anat separant-se: ara els grups que formen els joves són més reduïts i l'estil no indica pertinença a les grans subcultures. Tanmateix, a causa de l'evolució de les noves tecnologies, s'han generat una sèrie de tendències globals.

Finalment, en relació amb qüestions de comunicació no verbal, identitat i consum, hui dia les cultures occidentals es poden considerar «consumidores». Per tant, la interacció social està influenciada per la importància atorgada al consum, que envien missatges als demés sobre qui som i ens generen una identitat. Aquest també «demostra» els altres quin és el nostre estatus (o quin volem aparentar) i els nostres béns poden arribar a adquirir molt de significat i, en conseqüència, un gran protagonisme en la comunicació. Bourdieu (1972)²⁴ incorpora també el concepte del «gust» cultural com a forma d'aconseguir poder social, així com el dels nostres hàbits de consum, que fem coincidir amb la nostra percepció del món social.

3. Breu contextualització del material audiovisual

El primer fragment que analitzarem s'ha extret d'ER o *Urgencias* en la seua traducció al castellà. Aquesta va ser una sèrie de televisió estatunidenca produïda per la NBC i emesa entre el 1994 i el 2009, que va gaudir d'un gran èxit arreu del món. Tracta el dia a dia en les urgències de l'hospital fictici County General, als Estats Units, a més de les relacions personals que es desenvolupen entre el personal sanitari que allí treballa. Es

²³ En Hill et al (2007:136)

²⁴ En Hill et al (2007:142)

van gravar 15 temporades. Va rebre una gran quantitat de guardons com els Emmy o els Golden Globe i també va comptar amb la participació d'actors que més endavant es van consagrar i van assolir un gran èxit, com són George Clooney o Noah Wylér.

L'altre fragment prové d'Hospital Central. Aquesta sèrie és espanyola, va ser produïda per Telecinco, emesa entre el 2000 i el 2012, i és, amb 20 temporades, la més longeva de la història de la televisió nacional espanyola. Tracta la rutina de l'Hospital Central, també fictici, i fets de la vida dels protagonistes. Tant els actors com la sèrie han rebut diversos premis i nominacions, com un premi Ondas o diversos premis Zapping.

En els dos fragments esdevenen situacions amb protagonistes més o menys equivalents, però hi ha grans diferències tant en el perfil dels personatges com en la qüestió mèdica que els ocupa. El xic espanyol té una estètica *hippy* i, de fet, arriba a l'hospital perquè ha resultat ferit a una manifestació, tot i que la raó per què l'ingressen és una infecció. D'altra banda, la xica dels Estats Units, és molt més formal i seriosa i ve d'una família molt religiosa.

4. Transcripció del fragment seleccionat

4.1.ER (Urgencias)

Temporada 12, episodi 11. Títol: *If not now*.

Una adolescent ha arribat a l'hospital perquè no es trobava bé, es troba a la sala d'urgències, que és molt ampla i està plena de gent, els pacients estan separats per cortines però tenen poca intimitat. Ella està asseguda a la llitera esperant la metgessa, duu posat un pijama d'hospital i té un rostre seriós. Aleshores arriba la doctora, que duu el fonendoscopi i la bata de metgessa. La informa que, després d'unes proves, resulta estar embarassada.

Part I:

A: amanda (.) i'm doctor rasgotra

B: <how long do you think it will be ↑ cause i don't want to make a big deal (“nega amb el cap, somriu”) i probably need some motrin or something>

A: we ran a test on your urine

B: do i have a bladder infection ↑

A: (.) you're pregnant (4) did you know that ↑

B: (6) you didn't tell my parents (.) did you ↑

A: (“desvia la mirada”) they've been told that you were here but that's all (.) who's the father ↑ (3)

B: some guy from school (“sospir”) (2)

A: boyfriend ↑ (.)

B: no (“sospir”) (4)

A: i can get an adolescent clinic to come down and talk to you

B: my parents won't like that

A: there are a number of options

B: yes i can keep it or put it off for adoption

A: or you could choose not to have it (3)

B: (“somriure amarg”) i could never do that (3.5) (“veu quebrada”) that would be against god

Part II:

Els pares de la pacient han arribat però encara no saben què li passa a la seua filla. Estan amb ella en una habitació apart, ja no estan a la sala d'urgències. La doctora els acompanya i, quan anava a deixar-los sols per que parlaren, la pacient li demana que es quede i al final és ella la que els dóna la notícia. Els participants estan molt separats

entre ells i repartits per l'espai de l'habitació amb l'excepció de la mare, que està asseguda al llit amb la seua filla, però tot i això està a un metre d'ella.

A: Doctora Rasgotra

B: Amanda (pacient)

C: pare

D: mare

A: i leave you alone to talk

B: could you stay ↑

A: (3) sure

(“la mare es gira, mira la metgessa, després mira el pare i després torna a mirar la seua filla”)

B: (3) mum (“mira a la mare”) (2) daddy (“mira al pare”) (2) (“respira fons”) something happened and i'm very sorry=

D: =what happened sweetie ↑

B: (“no pot parlar perquè està quasi plorant, fa una mirada de súplica a la doctora”)

A: we ran a test and did an ultrasound (2) amanda is pregnant (2) we're waiting for some blood results as soon as [they are

C: (“mig somriure”) that's fine] (3)

(“la mare mira de dalt a baix la seua filla amb cara estupefacta, li acaricia el muscle”)

A: there are a number of places we can offer you for counseling

C: (“s’acosta al llit on està la seua filla”) we want to be alone with our daughter now
thank you

A: (“mig somriure”) (“només amb els llavis, sense emetre cap so”) ok (“ix de l’habitació”)

4.2.Hospital Central

Temporada 8, episodi 1. Títol: *Amor de hermanos*.

El pacient ha arribat amb algunes contusions i han telefonat la seua mare perquè ell és menor. Com que tenia febre, no li han donat l’alta i, més endavant, han descobert que la febre era provocada per una infecció a l’orella, generada al seu torn per un pírcing que no havia curat correctament. En l’escena, el pacient es troba tombat en una llitera, a l’esquerra hi ha un metge que el cura, al capçal hi ha un altre i a la dreta està la mare, tots molt apropats a la llitera i molt junts, tot i que la sala és prou gran.

A: metge argentí

B: metge que realitza la cura

C: pacient

D: mare del pacient

A: (“el pacient està fent gestos de dolor”) (“accent argentí”) lo que no entiendo es cómo no te dolió todo este tiempo=

D: =estaba muuuuy ocupado salvando el mundo (.) no↑

C: (“aspira fort l’aire amb la boca mig tancada, en una onomatopeia de dolor”) iros todos a la mierda (“parla arrastrant”) (“torna a fer una onomatopeia de dolor”)

D: (“arronsa les espatlles”) y ese bulto qué es ↑ (“mira el metge, mira el fill i torna a mirar el metge”)

C: (“veu tremolosa”) no (.) no será un tumor no↑

B: nooo (“amb to de cansament i certa sobreria”) (.) la infecció del piercing ha provocado una inflamació en el cartílag (“renta l’orella amb una gasa, el pacient fa un gest de dolor”) (.) y eso a su vez también ha provocado una condritis auricular

C: yyy se me va a quedar así para siempre ↑

B: el daño es bastante grande (.) hay zonas del cartílag necróticas (.) mucho me temo que al final vas a perder el pabellón auditivo

C: (“sorprés”) joder (.) no quiero perder mi oreja

A: (“alça les celles”) habría una solución pero pasaría por una intervención de cirugía estética

C: (.) (“sospir”) (“arrufa les celles”) cirugía estética ↑

A: sí (.) para reconstruir la zona dañada (.) (“nega amb el cap”) aunque nunca te va a quedar igual

C: (“sospir, ulls en blanc”) joooder

5. Anàlisi

Ara compararem aquestes dues interaccions, que tenen lloc en un context mèdic on els facultatius atenen a menors. En els dos fragments estan presents els pares, com és obligatori segons la llei. Es tracta, per tant, d’una conversa on interactuen joves, progenitors i professionals del gremi de la medicina. Cal tindre en compte, per tant, aspectes que influiran en el llenguatge i el parallenguatge, com són l’edat dels interlocutors, el grau de proximitat entre ells, l’autoritat que tenen i el grau d’especialització del tema. Ací farem una anàlisi sistemàtica on es tractaran, separadament, aspectes referits a usos verbals, al parallenguatge i a la distribució de l’espai i el temps. Per a aquesta anàlisi hem seguit el model de Raga²⁵.

²⁵ En Raga Gimeno, Francisco José (2003): 37

5.1.ER (Urgencias)

1. Usos verbals

Grau de seguiment de les màximes

1. **Màxima de quantitat**

La informació que intercanvien es limita a la qüestió mèdica que estan tractant. Es toquen dos temes col·laterals, ambdós relacionats amb l'embaràs: la relació sentimental que té la xica amb el pare del bebé i la qüestió ètica de l'avortament. Els dos temes apareixen mesclats amb la resta de la conversa, ja que estan directament relacionats amb el tractament de l'embaràs. En el segon fragment no hi ha temes col·laterals.

2. **Màxima de veracitat:**

No hi apareixen mentides socials.

Pel que fa a la polifonia, que comprén la responsabilitat de l'emissor sobre la veracitat dels enunciat, podem dir que quan la jove diu «that would be against God», probablement estiga repetint un discurs que no és propi, sinó que és una conseqüència del context social en què viu. No queda clar si és realment la seua opinió.

3. **Màxima de manera:**

El llenguatge que utilitza la metgessa és senzill i poc especialitzat. Entenem, per tant, que pretén ser clara i concisa i, igualment, el cas no requereix massa terminologia especialitzada. Després, tant els pares com la pacient utilitzen un llenguatge estàndard, sense trets de gerga ni expressions informals.

2. Parallenguatge

1. **Qualitats primàries:**

Tant la doctora com la pacient fan intervencions prou monòtones i maquinals. En el segon fragment, el pare és molt taxatiu per acabar la conversa.

2. **Diferenciadors:**

La xica sospira repetides vegades en els instants que segueixen a la notícia que està embarassada, probablement perquè està tractant d'assimilar la informació que acaba de rebre. També riu irònicament quan la doctora li proposa l'avortament com a solució.

Més tard, amb els pares, sanglota i sospira molt profundament en el moment en què intenta explicar-los el que ha passat.

3. La distribució del temps

1. **Presa del torn de paraula:**

En el primer fragment, les transicions es fan amb silencis significatius, la metgessa dóna temps a la pacient abans de formular la següent pregunta: es respecten els torns de paraula.

En canvi, en el segon fragment, hi ha tres interrupcions: la primera, quan la filla no aconsegueix expressar el que li ha passat i la mare la talla per instar-la a parlar («What happened, sweetie?»). Les altres dues ocorren quan el pare talla a la metgessa quan aquesta està explicant-los les opcions que tenen, perquè vol que ella se'n vaja («That's fine» i «We want to be alone with our daughter now»).

2. **Estructura de la conversa**

1. Ubicació en el temps absolut: la conversa té lloc a un hospital dels Estats Units.

2. Seqüències

En el primer fragment hi ha tres seqüències: la seqüència de presentació es desenvolupa de la següent forma: la doctora s'assegura que la pacient és Amanda i a continuació es presenta. Després, la pacient, que encara no sap el que té, es preocupa del temps que haurà de quedar-se a l'hospital fins que la metgessa li dóna la notícia del seu embaràs. L'última seqüència consisteix a un intercanvi d'informacions al voltant del procediment a seguir pel que fa a l'embaràs de la xica.

En el segon fragment podem dir que hi ha dues seqüències: en la primera la pacient intenta explicar els seus pares el que passat. La segona comença

quan, com que no pot, cedeix el torn de paraula a la doctora i ací els pares intenten ràpidament que aquesta se'n vaja per estar sols amb la seua filla.

4. La distribució de l'espai

1. **Macroespai**

En el primer fragment, la comunicació té lloc a un espai públic, tancat i específic (un hospital). Es tracta de la sala d'urgències, sense habitacions individuals, on hi ha llits amb altres malalts.

En el segon fragment, està la pacient amb els pares. Tenen més intimitat perquè es troben en una habitació individual del mateix hospital.

2. **Microespai:**

1. Distàncies

La distància és prou gran i no varia al llarg de la interacció, tant en el primer com en el segon fragment. En l'últim moment del segon fragment, el pare s'acosta a la filla en saber la notícia de l'embaràs.

2. Contacte

En cap moment hi ha contacte entre les participants, llevat del moment en què la mare està al llit amb la seua filla i li toca el braç en adonar-se que aquesta està embarassada.

3. Postures

En el primer fragment, les postures són prou estàtiques: la pacient està asseguda al llit i la metgessa de peu, només alterna en un parell d'ocasions el pes del cos d'un peu a l'altre. No estan una en front de l'altra, sinó que la doctora se situa un poc a l'esquerra de la pacient, de forma que aquesta ha de girar el cap per parlar amb ella.

En el segon, els interlocutors tampoc canvien massa de postura, la metgessa té una postura especialment tancada, amb els braços creuats.

4. Gestos manuals

En el primer fragment hi ha escassos gestos manuals, cap remarcar que la metgessa fa un gest d'obertura de la mà esquerra quan respon que els pares

de la xica només saben que està allí però això és tot. Probablement açò és degut a que la incomoda un poc aquesta qüestió perquè entren aspectes legals i ella està obligada a comunicar als pares que la seua filla està allí, encara que sap que a la pacient no vol que ells ho sàpiguen.

En el segon, només ressalta el gest tallant que fa el pare amb la mà per interrompre la metgessa quan aquesta està explicant les proves que s'han realitzat a la pacient.

5. Rostre

En el primer fragment, la metgessa manté un semblant seriós al llarg de tota la conversa. La xica, en canvi, varia: somriu fins que se li explica que està embarassada, quan es posa seriosa.

En el segon fragment, la xica està molt nerviosa i fa cara d'amoïnada fins finalment començar a plorar. La metgessa manté un mig somriure cordial, igual que el pare. La mare també està tensa i fa cara d'alarma.

6. Ulls:

En el primer fragment, la metgessa manté una mirada fixa, mira als voltants quan explica que els pares només saben que està allí, perquè està incomoda. La xica aparta la mirada i mira al buit quan li diuen que està embarassada.

En el segon fragment, les mirades de la pacient estan carregades de significat. En primer lloc, mira alternativament el teu pare i la seua mare, ja que els va a donar als dos una notícia molt important. Després, mira a la metgessa en adonar-se'n que és incapaç de parlar per demanar-li amb la mirada que l'ajude. També les mirades de la mare van de la filla a la metgessa i d'aquesta al pare a l'espera d'una resposta.

5.2.HOSPITAL CENTRAL

1. Usos verbals

Grau de seguiment de les màximes

1. Màxima de quantitat

L'intercanvi informatiu respecte al tema de conversa és molt poc restringit, ja que es comenten aspectes irrellevants, com l'activitat política del pacient.

Hi ha temes col·laterals que són de caràcter personal i que es mesclen amb el tema de conversa principal.

2. Màxima de veracitat:

Actes de parla: el comentari de la mare sobre el seu fill és el típic que cap esperar d'una mare. Ací es detecta un to irònic per part de la mare, que es burla del que fa el seu fill perquè pareix que l'únic que li importa és anar a manifestacions.

3. Màxima de manera:

1. El metge que està curant el pacient (Vilches) no utilitza la possibilitat expressiva més clara per a l'interlocutor, sinó que emprava les formes més complexes possibles, és a dir, tecnicismes mèdics: «condritis auricular», «necróticas» o «pabellón auditivo».

2. Pel que fa a les variants sociolingüístiques, cal subratllar que Vilches utilitza el llenguatge del gremi de la medicina. Quant a les variants geogràfiques, hi ha un metge que és argentí i té per tant l'accent, però aquesta qüestió no és rellevant per a la conversa. Pel que fa al registre, cal apuntar que és prou informal, com podem notar en la utilització del tuteig o d'expressions com «iros todos a la mierda» o «ese bulto, ¿qué es?».

2. Parallenguatge

1. Qualitats primàries:

La intervenció de Vilches és prou monòtona.

2. Diferenciadors:

El pacient tartamudeja en preguntar: «No será un tumor, ¿no?». I també solta un esbufec en saber que haurà d'operar-se si no vol perdre l'orella i que mai li quedarà igual.

3. La distribució del temps

1. El torn de paraula es pren de forma lliure i espontània.

Les transicions són sense silencis ni solapaments, excepte quan la mare contesta una pregunta que anava dirigida al fill. Hi ha un silenci significatiu després que el metge diga que probablement serà necessari intervenir amb cirurgia per reconstruir l'orella, ja que tant el pacient com la mare queden sorpresos.

2. La ubicació en el temps absolut de la conversa són les urgències d'un hospital públic en una sala apartada.

4. La distribució de l'espai

1. **Macroespai**

La conversa té lloc a un espai públic però hi ha certa privacitat. És més bé tancat, ja que és una sala on només estan els metges, el pacient i la mare. Ambdós doctors duen la vestimenta típica dels metges: bata blanca i fonendoscopi. Un d'ells duu guants i utilitza una gasa per rentar la zona que el pacient té infectada, també té una lupa que amplia la part afectada, així com una llum blanca per veure-la millor. El pacient duu el pijama d'hospital i es troba estirat sobre la llitera, i la mare va vestida amb roba de carrer.

2. **Microespai:**

Podem dir que hi ha un grup que ve definit pel gremi, on es trobarien els dos metges, que desenvolupen la funció d'informar el pacient i la seua mare sobre la patologia, així com les possibles solucions. El segon grup, en canvi, es determina pels llaços familiars: mare i fill, que tenen una actitud més ve inquisitiva per saber com és de greu la infecció i quines són les solucions.

La distància es manté igual al llarg de tota la interacció: estan molt junts els uns dels altres malgrat que tenen molt d'espai perquè l'habitació és molt gran.

Quant al contacte, no s'estableix cap de rellevant entre els participants.

En allò referent a les postures, ambdós metges estan relaxats i aquestes no varien al llarg de la conversa. El pacient tampoc no canvia de postura, ja que està estirat en un llit. La mare, en canvi, té una postura més bé tancada i transmet cert nerviosisme perquè es toca contínuament el collar.

Pel que fa als gestos manuals, cal dir que els actors gesticulen poc, amb l'excepció de la mare, que arronsa les espatlles quan pregunta pel «bulto» i es toca el collar. Tant la mare com el fill obren molt els ulls, sorpresos, quan el metge diu que aquest podria perdre l'orella.

5.3. ANÀLISI COMPARADA

Després d'haver dut a terme una anàlisi de la interacció comunicativa dels dos fragments, es poden assenyalar algunes diferències i similituds entre els patrons comunicatius.

En primer lloc, abordarem les qüestions relacionades amb els **usos verbals**, entre les quals es troba la **màxima de quantitat**. El tema és molt més restringit en el fragment estatunidenc que en el vídeo espanyol. En el cas d'ER, la doctora només indaga sobre qüestions íntimes de la pacient quan el tema ho requereix: li pregunta si sap qui és el pare perquè està tractant un embaràs. En canvi, en el context espanyol, el tema no es limita a la malaltia, sinó que, de forma espontània, apareixen temes col·laterals relacionats amb qüestions privades mare/fill en un context públic amb la presència de desconeguts. Destaca la gran diferència entre els pares americans, que són molt més reservats i busquen intimitat, i la mare espanyola que es queixa del seu fill davant els metges.

En les qüestions que tenen relació amb la **màxima de manera** també trobem diverses diferències:

Els metges no tenen el mateix tacte amb els pacients. En la sèrie ER, la metgessa dona més rodejos per donar la notícia, tant amb la pacient com amb els pares. En canvi, a Hospital Central, els metges són sincers i directes, no busquen reconfortar el pacient: «mucho me temo que al final vas a perder la oreja».

També canvia molt la incidència de vocabulari específic. Els metges espanyols utilitzen una terminologia molt especialitzada «condritis auricular» o «pabellón auditivo» que, d'altra banda, el pacient i la mare pareixen entendre. Tanmateix, la doctora estatunidenca s'expressa de forma molt senzilla i és fins i tot la pacient la que parla d'aspectes mèdics, també senzills: «I probably need some motrin or something» o «Do I have a bladder infection? ».

L'últim aspecte important relacionat amb la **màxima de manera** és el nivell de formalitat de les interaccions, que canvia molt d'un context a un altre, potser ací també influeix el context social dels pacients i les seues famílies. En Hospital Central es tutegen en tot moment, hi ha expressions més informals, com «y ese bulto, ¿qué es?»; inclòs se sent una expressió vulgar («*iros todos a la mierda*») i ningú pareix trobar-ho estrany. En ER es guarden molt més les distàncies i es parlen de manera més formal.

En les qüestions de **parallenguatge** també trobem diferències importants. En els fragments d'ER, les intervencions són molt més monòtones i pausades, a més no tenen elements alternants. En el cas espanyol, en canvi, s'utilitza un llenguatge molt més enfàtic amb canvis de to, de ritme i d'intensitat i algunes onomatopeies.

Pel que fa a la **distribució temporal**, destaca la qüestió dels torns de paraula perquè és la que més varia d'un fragment a l'altre. En el context espanyol són més ràpids i informals: no hi ha pràcticament silencis entre una intervenció i l'altra i fins i tot hi ha solapaments (quan la mare talla al fill). En l'estatunidenc hi ha llargs silencis, i l'única interrupció que es dona és la del pare, que interromp a la metgessa, de forma educada però taxativa, per demanar intimitat.

Finalment, cal esmentar la diferència quant a la **distribució espacial**. En el cas americà, tots els participants estan allunyats en l'espai i només hi ha contacte durant un instant del segon fragment, on la mare seu en el llit amb la seua filla i li toca lleugerament el braç quan ella els comunica que està embarassada. Aquest gest que és, no obstant, prou fred si tenim en compte el dramatisme del moment. En el context espanyol, tot i que hi ha també una certa distància física perquè la situació (una cura) ho requereix, els cinc participants estan molt pròxims entre ells: estan tots ajuntats al voltant del llit, malgrat que la sala és prou gran i tenen espai de sobra.

A mode de recapitulació, cal dir que, en principi, el context sanitari està molt estandarditzat i no hi ha grans diferències entre els patrons comunicatius. No obstant això, n'hem trobat algunes que en permeten treure conclusions. En el fragment dels Estats Units podem observar que es dona un model distant: els participants estan allunyats entre ells, les qüestions de família es tracten en la intimitat, la doctora és seriosa i guarda les distàncies amb la família i amb la pacient. En canvi, en el fragment espanyol el model és més pròxim: el metge li pregunta com és que no li ha fet mal

abans, la mare parla de la vida del seu fill amb els metges, el pacient parla d'una forma col·loquial i tots es tutegen. Malgrat açò, en el context espanyol també es detecten trets de model llunyà, com el llenguatge dels metges, que és molt especialitzat, o la manca de tacte a l'hora de donar males notícies: «mucho me temo que al final vas a perder la oreja».

6. Conclusió:

Al llarg d'aquest treball, hem fet una contextualització bibliogràfica del tema de l'anàlisi dels patrons comunicatius. També hem posat en pràctica una forma sistemàtica d'anàlisi de dues situacions comunicatives paregudes en països diferents, cosa que ens ha permès observar-ne les diferències. Hem obtingut, en definitiva, un resum de les qüestions culturals i comunicatives que afecten a la interacció a Espanya i als Estats Units. A continuació, ens plantejarem quines aplicacions pot tindre aquest camp per a la disciplina de la traducció i la interpretació.

L'estudi comparat dels patrons d'interacció comunicativa confereix una gran capacitat d'anticipació als possibles conflictes o malentesos. Un professional de la interpretació amb coneixements sòlids en aquesta qüestió sempre podrà expressar-se de forma que facilite la comunicació i estalvie situacions de confusió tant en l'emissor com en el (o els) receptor(s). A més, aquests coneixements sempre poden pal·liar mancances en la llengua d'entrada i de sortida, ja que confereixen una major capacitat d'anticipació. Al mateix temps, el traductor sabrà quan cal aclarir, mitjançant el bon ús dels recursos que ofereix la llengua, els malentesos que puguin derivar-se de les diferències en els patrons comunicatius. Per últim, si en algun àmbit resulta especialment útil l'estudi comparat dels patrons d'interacció comunicativa, és en la mediació intercultural. En aquesta disciplina, establir una connexió i una bona relació de confiança amb els participants és essencial. En situacions de conflicte, en qualsevol cultura, és molt difícil aconseguir que els implicats deleguen en una altra persona perquè aquesta els ajude a comunicar-se i a resoldre el problema. Especialment si aquesta persona és desconeguda. A més, en el procés de mediació, és molt important que ambdues parts sentisquen que són igualment importants i que el mediador les entén i les escolta per igual. Per tant, el coneixement dels patrons comunicatius d'ambdues parts dona al mediador, en primer lloc, més

facilitat per obtenir la confiança de les parts. En segon lloc, de nou, la capacitat d'anticipar el tipus de conflictes que es poden generar i, per tant, de trobar-ne solucions. A més, té les eines necessàries per saber transmetre a una part el que l'altra vol dir, allò que està sentint i les raons per les quals actua d'una determinada forma. En aquest àmbit es podria dir, fins i tot, que aquests coneixements són més importants que els coneixements lingüístics.

D'altra banda, també cal dir que l'estudi comparat dels patrons d'interacció comunicativa pot resultar un poc limitat. Per això es planteja en aquest treball un estudi més ample que incloga aspectes referits a la cultura en general. La llengua és un retrat de la història i la cultura d'un poble. Conèixer aquestes ambdues, per tant, donarà al professional una qualitat i una profunditat en el seu treball inigualables. No cal oblidar que els traductors i intèrprets busquem, com a objectiu últim, permetre la comunicació eficaç entre dues parts (emissor i receptor) que parlen llengües diferents. Aquest treball requerirà irremediablement una gran capacitat de botar per damunt de les barreres culturals i de resoldre els problemes comunicatius que d'aquestes se'n poden derivar.

7. Aspectes rellevants per a futurs treballs

L'estudi dels patrons comunicatius resulta de molta utilitat per a un intèrpret, especialment en l'àmbit dels serveis públics. Tanmateix, quan es desenvolupa aquest ofici, també hi ha altres aspectes que cal conèixer o, com a mínim, tenir en compte. Per això volem apuntar algunes qüestions que considerem que caldria incorporar a futurs estudis més específics.

En primer lloc, considerem que seria molt enriquidor afegir algunes nocions de psicologia i antropologia, que aporten molt a l'estudi del discurs, com ja hem vist en l'anàlisi dels patrons comunicatius. En el cas de l'intèrpret judicial, pot resultar útil, per exemple, conèixer les estratègies més comunes per evitar contar la veritat i com reaccionar a aquestes evasives. En el cas de l'intèrpret mèdic, també pot ser d'ajuda tindre alguns coneixements sobre la gestió del dol. Un concepte que es podria

incorporar a futurs estudis és el dels *explanatory models*. Aquest va ser introduït per Arthur Kleinman (1976)²⁶, i es refereix a la percepció que té el pacient de la seua malaltia com afecta a la forma que té el personal mèdic d'explicar al pacient què li passa. El model explicatiu variarà depenent del pacient amb què es tracte i els intèrprets han de saber reflectir-ho.

En segon lloc, cal tindre en compte que al món hi ha diferents models sanitaris i funcionen de forma diferent. Això resulta rellevant, primer, perquè influirà en el tracte i l'estatus del pacient; segon, perquè l'intèrpret podrà anticipar els dubtes del pacient i; per últim, perquè genera diferències que poden resultar en problemes comunicatius. En Temes Montes, Pastor Aldeguer i Díaz Fernández (1997:11) podem trobar resumits els tres tipus de sistemes segons la procedència dels recursos econòmics. Tanmateix, hui dia, el principal criteri de classificació dels sistemes sanitaris contempla essencialment dues variables: l'econòmica i la política. Per tant, la comparació es farà en funció de les prestacions, la cobertura poblacional i allò que ha de pagar la ciutadania (Temes Montes et al., 1997).

En tercer lloc, cap analitzar el marc legal que contempla l'activitat de l'intèrpret, en aquest cas a Espanya i als Estats Units. Cal dir que les situacions d'ambdós països són ben diferents: Espanya és un país que fa poc que ha esdevingut receptor d'immigrants, mentre que els Estats Units, des dels inicis, han tingut una necessitat constant d'intèrprets per raons històriques.

A Espanya, les referències legals a la figura de l'intèrpret en els serveis públics es troben en el BOE²⁷. Tanmateix, aquestes se centren en la figura de l'intèrpret judicial i no tant en la de l'intèrpret mèdic, on trobem a faltar una regulació més clara i enèrgica.

A més, aquesta llei no concorda amb la directiva **2010/64/UE** del Parlament Europeu i del Consell, del 20 d'octubre de 2010, que contempla el dret a fer ús del servei d'interpretació en qualsevol moment d'un procés legal²⁸. De moment, a la Unió Europea com a Espanya, tampoc s'ha estipulat oficialment el dret a un intèrpret en

²⁶ En <http://medanth.wikispaces.com/Explanatory+Model>

²⁷ En <http://www.boe.es/boe/dias/2009/10/31/pdfs/BOE-A-2009-17242.pdf> i en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2000-544

²⁸ En <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX:32010L0064>

l'àmbit sanitari i aquesta tasca la fan sovint familiars, coneguts o algun professional de l'àmbit sanitari que conega la llengua del pacient.

Pel que fa als Estats Units, les lleis estatals sí que reconeixen aquest dret, però, malgrat això els centres hospitalaris, de caire privat, no sempre es fan càrrec de les seues obligacions envers els pacients de parla no anglesa. Per tant, tot i que la llei els empara i la figura de l'interpèret està més reconeguda i demandada, sovint els que realitzen aquesta tasca són, com a Espanya, els familiars o el personal sanitari (Chen, Youdelman, Brooks 2007)²⁹.

En resum, al nostre país no existeix una estructura sòlida ni una borsa d'interpèrets amb criteris definits. A més, cal subratllar que aquesta tasca sovint es troba a meitat camí entre la interpretació i la mediació intercultural³⁰. En l'actualitat, s'està intentant assentar certes bases des de diverses associacions, com RITAP (Red de Intérpretes y Traductores en la Administración Pública) que intenten que es consolide la figura de l'interpèret en els serveis públics. Aquesta associació ha publicat amb aquesta intenció el *Libro Blanco* (que es pot descarregar de forma gratuïta)³¹, on es troben totes aquelles qüestions importants que tenen a veure amb el desenvolupament d'aquesta activitat professional. A més d'aquesta, també hi ha altres publicacions internacionals en aquesta línia, com *En otras palabras* (també de descàrrega gratuïta)³², on es tracten qüestions de caire ètic, legal, tècnic i psicològic. Ara falta una decisió ferma per implantar aquestes normes a nivell estatal.

²⁹ En <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2150609/?report=reader>

³⁰ En <http://www.ritap.es/traduccion-institucional/sanidad-2/>

³¹ En <http://www.ritap.es/recomendaciones-y-libro-blanco/>

³² En http://medecine-internationale.hug-ge.ch/recherche_publications/En_otras_palabras_2010.pdf

8. Bibliografia

Argyle, M (1988). *Bodily Communication* Madison: International Universities Press (2a ed.).

Bischoff, A., Loutan, L, Bayaert, S. (2009). *En otras palabras*. Recuperat de http://medecine-internationale.hug-ge.ch/recherche_publications/En_otras_palabras_2010.pdf.

B. Gudykunst ,W. i Lee, C. (2002). Cross-Cultural Communication Theories. En B. Gudykunst, W. i Mody, B. *Handbook of International and intercultural communication* (pp. 25-49) Londres, Nova Delhi: Sage Publications.

Bourdieu, P (1979) *La Distinction. Critique sociale du jugement*. París: Les Éditions de Minit

Brewer, M. B. (1991) The social self: On being the same and different at the same time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, volum 17 pp. 475-482.

Burgoon, J.K. (1978). A communication model of personal space violations. *Human Communication Research*, volum 4, pp. 129-142.

Chen, A et al. (2007) The Legal Framework for Language Access in Healthcare Settings: Title VI and Beyond. *Journal of Internal Medicine*, volum 22, pp 362-365.

Ellis, A i Beattie, G (1986). *The Psychology of Language And Communication*. Londres: Psychology Press

- Gallois, C et al. (1995). Accommodating intercultural encounters: Elaborations and extensions. En Wiseman (Ed.), *Intercultural communication Theory* (pp.115-147). Thousand Oaks, California: Sage.
- Gudykunst, W. B et al. (1988). *Culture and Interpersonal Communication*. Newbury Park, California: Sage.
- Gudykunst, W. B (1995). Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: Current status. En Wiseman (Ed.), *Intercultural communication Theory* (pp.8-58). Thousand Oaks, California: Sage.
- Gudykunst, W. B (2000) Methodological issues in conducting theory-based cross-cultural research. En: Helen Spencer-Oatey (ed.), *Culturally Speaking. Managing Rapport through Talk across Cultures*, pp. 293–315. Londres: Continuum.
- Hall, E. T. (1966) *The hidden dimension*. Nova York: Doubleday.
- Hill, A et al (2007). Non-verbal Communication, Culture and Consumption. En Hill, A., Watson, J., Rivers, D. i Joyce, M. *Key Themes in Interpersonal Communication: Culture, Identities and Performance*. (pp. 126-146) Londres: Mc Graw Hill.
- Hofstede, G. (1980) *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, California: Sage.
- Holliday, A. (2011). Culture, communication, context and power. En: Jackson (ed) *The Routledge Handbook of Language and Intercultural Communication* (pp. 37-51). Londres, Nova York: Routledge Taylor&Francis Group.

- Kim, M. S. (1994). Cross-cultural comparison of the perceived importance of conversational constraints. *Human Communication Research*, volum 21 pp.128-151.
- Kim, M. S. (1995). Toward a theory of conversational constraints: Focusing on individual-level dimensions of culture. En Wiseman (Ed.) *Intercultural communication theory* (pp. 148-169). Thousand Oaks, California: Sage.
- Kleinman, A. et al. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* volum 88, núm. 2, pp. 251-258.
- Kothoff, H. i Spencer-Oatey, H. (eds.) 2007. *Handbook of international communication*. Berlín: Walter de Gruyter.
- Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. BOE núm. 263 § 90860 (2009).
- Morris, D. (2002). *Peoplewatching: The Desmond Morris Guide to Body Language*. Londres: Vintage Books.
- Paulston, C. B. et al. (eds.) (2012) *The Handbook of Intercultural Discourse and Communication*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Raga Gimeno, Francisco José (2003). Para un análisis empírico de las interacciones comunicativas interculturales. En Grupo CRIT: *Claves para la comunicación intercultural. Análisis de interacciones comunicativas con inmigrantes*. Castelló, Universitat Jaume I, pp. 37-87.

RITAP (2011). *Libro blanco de la traducción y la interpretación institucional*.

Recuperat de: http://www.ritap.es/wp-content/uploads/2012/11/libro_blanco_traduccion_vfinal_es.pdf

Samovar, R. i Porter, E. (2009) *Communication Between Cultures*. Boston: Cengage Learning.

Temes Montes, J. L. et al. (1997). *Manual de Gestión Hospitalaria*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.

Ting-Toomey, S. (1988) Intercultural Conflicts: A Face-Negotiation Theory. En *Theories in Intercultural Communication* Kim and Gudykunst eds. (pp. 213–235). Newbury Park, Califòrnia: Sage.

Ting-Toomey, S. i Kurogi, K. (1998). Facework Competence in Intercultural Conflict: An Updated Face-Negotiation Theory. *International Journal of Intercultural Relations* volum 2, pp. 187-225.

Triandis et al. (1995). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-ingroup relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, volum 54 pp. 323-338.

Wikipèdia (en línia) ER. <http://ca.wikipedia.org/wiki/ER>

Wikipèdia (en línia) *Hospital Central*.
[http://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_Central_\(serie_de_televisi%C3%B3n\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_Central_(serie_de_televisi%C3%B3n))