

MÉDICOS, *MARABOUTS* Y MEDIADORES: PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS INMIGRANTES DE ORIGEN SENEGALÉS

Francisco Raga Gimeno
raga@uji.es
Universitat Jaume I

En el presente trabajo (1) se analizan los problemas de comunicación intercultural que se observan en las interacciones entre inmigrantes de origen senegalés y personal sanitario español. Para intentar comprender el origen de este tipo de problemas comunicativos se analizan las características del sistema sanitario senegalés en general, y en particular las de la sanidad tradicional, prestando especial atención al modelo de entrevista terapéutica entre paciente y *marabout* (curandero). Finalmente se ofrecen diversos tipos de recomendaciones dirigidas tanto a los inmigrantes como al personal sanitario, y sobre todo, a los mediadores interculturales.

Introducción

En el presente trabajo pretendemos analizar los problemas de comunicación que presenta, tanto para los pacientes como para el personal sanitario, la atención sanitaria que reciben los inmigrantes de origen senegalés (2) en España. En primer lugar conviene precisar qué factores comunicativos no vamos a abordar: no vamos a tratar los problemas relacionados directamente con el nivel lingüístico, ni los relacionados con el grado de conocimiento de los procedimientos administrativos-burocráticos, ni los relacionados con las diferentes concepciones culturales del funcionamiento del cuerpo humano o con las diferentes concepciones de la enfermedad (con sus implicaciones biológicas, psicológicas o sociales); aunque, como veremos más adelante, estos últimos aspectos comunicativos no se pueden desligar del todo de los que vamos a tratar.

Nuestro análisis se va a centrar exclusivamente en los problemas relacionados con la dinámica de la interacción comunicativa. Para ello vamos a comparar los patrones comunicativos que se observan en la sanidad occidental y en la senegalesa (especialmente la tradicional); es decir, vamos a intentar establecer qué tipo de diferencias se observan entre ambos patrones por lo que respecta a la cortesía verbal, el paralenguaje, la distribución de los turnos de palabra o el lenguaje no verbal.

La comunicación en la atención sanitaria occidental

En las últimas décadas ha ido cobrando cada vez mayor importancia en el mundo de la medicina occidental el tema de la comunicación entre médico y paciente. Lo cual ha provocado,

entre otras cosas, la aparición de numerosos manuales de “buenas prácticas comunicativas” en el ámbito sanitario, destinados especialmente a médicos y enfermeras (3). Los análisis de los problemas de comunicación entre pacientes y personal sanitario suelen incidir en primer lugar en el tema del intercambio informativo. En general los pacientes occidentales se suelen quejar de que los médicos les dan muy poca información, o muy vaga, especialmente por lo que respecta al diagnóstico. La opinión del paciente respecto al médico depende en gran medida de la cantidad y tipo de información que reciba (West y Frankel, 1991: 168). Otro problema que suele destacarse es el del tipo de terminología empleada por los médicos, ininteligible en muchas ocasiones para los pacientes. Hay que tener en cuenta que hasta los nombres de enfermedades más comunes pueden significar cosas muy diferentes para paciente y médico (4). En tercer lugar, se destaca la cuestión de la veracidad. En determinadas situaciones los médicos no son del todo sinceros sobre la gravedad de las enfermedades; muchos médicos piensan que no hay que ser sincero cuando no se está absolutamente seguro de las implicaciones de la transmisión de determinadas informaciones (West y Frankel, 1991: 170). Por último, se suele citar el tema de la distribución de los turnos de palabra, que influye de manera decisiva en las posibilidades de expresión de los pacientes. En general los médicos interrumpen mucho más que los pacientes, y aunque estas interrupciones estén justificadas por la dinámica del examen médico, es habitual que una nueva pregunta corte la anterior respuesta del paciente. Como señalan los propios pacientes, si el médico tiene derecho a preguntar, ellos tienen derecho a responder (West y Frankel, 1991: 185-6).

Cada uno de estos comportamientos comunicativos tiene sin duda una cierta justificación médica, técnica o psicológica. Por ejemplo, las interrupciones pueden entenderse en el marco del “modelo entrevista” que domina la comunicación entre médico y paciente, y la ocultación de información puede explicarse como un mecanismo atenuador de la ansiedad del paciente. Pero junto a estos “motivos prácticos” se ha venido igualmente señalando el fundamento social de las características específicas de este tipo de interacciones. La práctica médica contemporánea se apoya en una relación social asimétrica entre médico y paciente, las características especiales antes comentadas tienen por objeto, entre otras cosas, el mantenimiento de la autoridad y control del médico sobre el paciente (Heath, 1992: 235-6). Como ocurre en general en las interacciones institucionalizadas, se ha ritualizado una serie de comportamientos comunicativos especiales, que tienden a perpetuar la asimetría social entre médico y paciente.

Podríamos decir, siguiendo la propuesta de Raga (2005: 165-7), que las interacciones entre médico y paciente siguen el “modelo asimétrico”, que se corresponde con una situación de desigualdad social entre los interlocutores, y que se caracteriza por una distribución desigual de la información, por la sinceridad de una de las partes y posibilidad de insinceridad de la otra, por un registro lingüístico diferenciado entre los interlocutores (que puede derivar incluso en ininteligibilidad), por un paralenguaje diferente dependiendo del estatus, por unos turnos de palabra preestablecidos y poco equitativos, y por un lenguaje no verbal igualmente asimétrico, en el que uno de los interlocutores distribuye el espacio en general, mira más al otro, gestualiza más, toca más al otro, va vestido de una forma especial, etcétera.

Ahora bien, como señalan Giles y otros (1991), la relación entre los comportamientos comunicativos y los valores sociales no tiene por qué ser rígida o automática. Es decir, en una

situación en la que se da una clara relación de desigualdad entre los interlocutores, estos pueden mantener la complementariedad y ceñirse al comportamiento comunicativo asimétrico; pero igualmente, uno de ellos puede intentar converger con el comportamiento comunicativo del otro, tendiendo a un modelo más simétrico (5). En general, como señala Raga (2005: 171-174), las posibilidades de negociación, los juegos de convergencia y divergencia, se dan más en situaciones de carácter coloquial, mientras que las situaciones rituales admiten poca negociación y se ciñen llamativamente al modelo asimétrico, con plena aceptación por parte de los participantes del comportamiento comunicativo esperable. A este respecto, son especialmente interesantes las situaciones institucionales, semirituales, como las que se observan en el aula o en la consulta médica. Se trata de situaciones con una marcada tendencia a la asimetría, pero que, fruto de procesos históricos y sociales, se van prestando a una cierta tendencia a la negociación, a la convergencia. Son cada vez más los médicos (6) que intentan apartarse del patrón asimétrico de comunicación y “naturalizar” las interacciones con los pacientes, dando más información y más precisa, siendo más sinceros, con un lenguaje más coloquial y directo, con un tono de voz más cordial, permitiendo interrupciones por parte de los pacientes, y naturalizando la comunicación no verbal, especialmente el contacto físico (7).

Problemas en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés

Como señalan Mascarella, Comelles y Aullé (2002), una de las quejas más extendidas entre el personal sanitario respecto al trato con pacientes de origen senegalés (y subsahariano en general) es su pasividad, su escasa colaboración: los pacientes no dan mucha información acerca de sus dolencias, ni esta es demasiado fiable; sus silencios provocan una mala dinámica conversacional; no colaboran demasiado activamente en la observación, no se dejan examinar físicamente con facilidad, no aceptan demasiado bien ni el contacto, ni la desnudez, ni que se inmiscuyan demasiado en sus asuntos íntimos físicos como la higiene o las relaciones sexuales.

Por su parte, los pacientes de origen senegalés, que valoran muy positivamente los medios técnicos y humanos de la sanidad española, manifiestan que tienen dificultades con el lenguaje, con la complejidad administrativa, y con el enfoque médico, deshumanizado para ellos, que se centra en el funcionamiento de sus órganos y no en las características globales, individuales y sociales, del paciente. Como hemos comentado anteriormente, en este trabajo no vamos a abordar estas problemáticas. Por otro lado, y esto es lo que nos interesa ahora, y casi como la otra cara de lo expresado por el personal sanitario, los inmigrantes se quejan de la falta de tacto o de respeto que demuestran estos respecto a su persona y respecto a sus asuntos más íntimos y comprometidos. En general piensan que el personal sanitario se entromete demasiado en asuntos que no debería, es demasiado directo tratando determinados temas, hace preguntas que no son adecuadas, les interrumpe, y tiene muy poco tacto a la hora de examinarles físicamente.

Este tipo de problemas puede llevar a un rechazo generalizado de la sanidad occidental por parte de amplios grupos de inmigrantes de origen africano (8). Lo cual se traduce, por un lado, en una marcada tendencia de los inmigrantes a la automedicación y al auto cuidado, y a no acudir a los servicios médicos hasta que no se encuentran en un estado muy grave. Y por otro, en la presencia

cada vez mayor en Europa de *marabouts*, curanderos provenientes de los países de origen de los inmigrantes. Actualmente en París, incluyendo el área metropolitana, se calcula que hay más de medio millar de *marabouts* trabajando a pleno rendimiento (Kuczynski 2002:59), y son cada vez más habituales en las grandes ciudades españolas.

La sanidad occidental en Senegal

Para entender qué hay detrás de estos problemas de interacción hemos de conocer cuál es el tipo de interacción en el ámbito sanitario, especialmente el tradicional, al que están acostumbrados los inmigrantes de origen senegalés (9).

En Senegal funcionan dos tipos de sanidad, la biomédica, introducida por los europeos en la época colonial y que se ha asentado y crecido considerablemente después de la independencia; y la sanidad tradicional, que incluiría los cuidados familiares y, sobre todo, los tratamientos de los curanderos o *marabouts*.

La sanidad tradicional es más habitual en las zonas rurales, aunque tiene una gran implantación en las ciudades, y para determinadas enfermedades, especialmente las que tienen mayor carga psicológica y social, como enfermedades sexuales, mentales, o contagiosas. En muchos casos se acude a una de las dos sanidades cuando ha fallado la otra, y en otros se simultanean ambos tipos de sanidad. Además, en general las relaciones entre ambos tipos de sanidad no son del todo malas, y en ocasiones colaboran, sobre todo en el tratamiento de enfermedades mentales (Kaplan 1998: 136).

Por lo que respecta a la medicina occidental, en la que no nos detendremos, hay que decir que los médicos senegaleses tienen en general fama de buena formación, no sólo dentro del África Occidental, de hecho muchos médicos senegaleses son contratados por centros sanitarios franceses. Sin embargo, el personal de enfermería en general, incluidos ayudantes o comadronas, tiene por el contrario fama de escasa profesionalidad, trato poco humano hacia los pacientes, y falta de ética. Como señalan Jaffré y Olivier de Sardan (2003), en general en los hospitales, y muy especialmente en los ambulatorios, además de la falta de medios técnicos y humanos, está muy extendida la corrupción y sobre todo el amiguismo. Además, hay que tener en cuenta que la sanidad no es gratuita, los precios de los hospitales son considerables, por lo que se acude a los ambulatorios, o directamente a las farmacias, muy poco fiables. Por el contrario, la biomedicina rural cumple en general un papel de tránsito pedagógico entre la medicina tradicional y la medicina occidental, colaborando además con los *marabouts* y con los grupos de salud comunitaria. En general podríamos decir que las quejas de los inmigrantes respecto al trato en la sanidad española se multiplican e intensifican respecto a la sanidad occidental en Senegal.

La sanidad tradicional en Senegal. Las interacciones con *marabouts*

En realidad podríamos decir que la sanidad de origen de los inmigrantes senegaleses es la de la medicina tradicional. Aunque conozcan la biomedicina de su país, los senegaleses están socializados en la medicina tradicional, en el trato con los *marabouts*.

Los y las *marabouts* son hombres o mujeres que tienen ciertos poderes espirituales, y que normalmente han heredado de alguno de sus padres ciertos conocimientos sobre herbolaria y sobre

cómo tratar determinadas enfermedades, en las que se especializan (Kuczynski 2002:209). Sobre todo en zonas urbanas, y en los últimos tiempos, mezclan el animismo con creencias y ritos musulmanes (10). Los *marabouts* son “personas normales” en el conjunto de la sociedad, y en general gozan de gran prestigio (11). Se puede ir a visitar a un *marabout* a cualquier hora del día o de la noche, siempre que haga falta, normalmente acompañado por algún familiar. Se les suele pagar de acuerdo con las posibilidades económicas del paciente. En general no están en contra de la medicina occidental, y suelen derivar a hospitales (o a otros *marabouts*) a aquellos enfermos que consideran que no pueden tratar.

Por lo que respecta a las interacciones comunicativas entre *marabout* y paciente, se caracterizan en general por un marcado respeto mutuo. Los pacientes tienen una actitud reverencial hacia el *marabout*, pero este a su vez es extremadamente respetuoso con los pacientes. Este comportamiento se manifiesta en los siguientes aspectos:

- Contenido: En general en las culturas de Senegal el intercambio informativo no debe darse nunca por sentado (12), ni siquiera en situaciones como las que estamos tratando. La actitud normal del paciente es la de ser muy escaso y muy vago en su información, tiene que encontrar el equilibrio entre no contar ni ocultar demasiados datos. Normalmente le dicen al *marabout* que se encuentran mal, y dejan que sea este el que averigüe el origen del mal por medios más o menos indirectos (13). Además, deben aceptar todo lo que se le diga, sin hacer preguntas comprometidas (Kuczynski 2002: 229). Por su parte los *marabouts* apenas preguntan nada, y tampoco hacen mucho caso de las explicaciones de los pacientes: es él el que sabe de la enfermedad. El *marabout* “ve” por los rasgos externos del paciente, y mediante técnicas de adivinación (mediante el lanzamiento de las *cauris*, o la selección al azar de determinados versículos, entre otras técnicas), y garantiza siempre la máxima confidencialidad (Kuczynski 2002: 227).

- Veracidad: La veracidad está fuertemente determinada por el carácter polifónico de la situación. El responsable de la veracidad es el azar adivinatorio, o las señales que interpreta el *marabout*. En el proceso de adivinación juega un papel muy importante la interacción con el paciente, su forma de estar y su forma de hablar (14). Por otro lado, en el ritual curativo es muy importante la confianza plena en el *marabout* (Kuczynski, 2002: 298).

- Manera: Los *marabouts* emplean en general un lenguaje de tipo coloquial, similar al de los pacientes, aunque siempre salpicado de una serie de versículos (no necesariamente del Corán) totalmente ininteligibles para estos, y a veces para los propios *marabouts*. Si los pacientes entendiesen los versículos no irían a ver al *marabout* (Kuczynski 2002: 230). Por otro lado, tanto el paciente como el *marabout* son muy indirectos a la hora de hablar de temas comprometidos. Finalmente, los pacientes deben dirigirse al *marabout* empleando unas formas de tratamiento especialmente respetuosas.

- Paralenguaje: Los *marabouts* utilizan un tipo de voz muy poco enfático, con un tempo muy lento, plagado de silencios, intentando transmitir seriedad y solemnidad; tan importante como el contenido de los versículos es el tipo de recitación (Kuczynski, 2002: 202).

- Turnos: En general no se da un intercambio “normal” de turnos de palabra. La interacción está marcada por los constantes silencios. Al principio habla casi exclusivamente el paciente, aunque de forma muy poco informativa, sólo para indicar que se encuentra enfermo; no es normal que el

marabout tome el turno de palabra para hacer preguntas, sus intervenciones se centran en el recitado de versículos y en las indicaciones acerca del tratamiento.

- Lenguaje no verbal: Se da un comportamiento distante mutuo, aunque más marcado por parte del paciente hacia el *marabout*. Los pacientes adoptan una postura de sumisión, de “bajar la cabeza” ante la autoridad, ante el maestro, unido a la vergüenza que les provoca la situación. Prácticamente no miran a los ojos del *marabout* (Kuczynski 2002:229). Por su parte, el *marabout* apenas examina físicamente al paciente (15), entre otras cosas para no ofender su pudor; sin embargo sí que mira fijo a los ojos del paciente, ya que esto le proporciona mucha información, además de actuar como una especie de protección contra el mal de ojo.

Patrones comunicativos y problemas de comunicación intercultural.

En el esquema 1 pretendemos reflejar cuáles serían en líneas generales las características propias del patrón comunicativo que siguen los participantes en las interacciones comunicativas en la sanidad española y en la sanidad tradicional senegalesa.

Obviamente, no estamos diciendo que todas las interacciones comunicativas en el ámbito de la sanidad española y senegalesa sigan este esquema al pie de la letra. Cada paciente, cada médico y cada interacción presentan unas características específicas que pueden hacer variar, en ocasiones de forma considerable, los comportamientos señalados. Lo que apuntamos es que estos son los comportamientos más habituales, y los que los propios participantes reconocerían como propios de su experiencia cultural.

Esquema 1: *Patrones comunicativos en la consulta médica*

	Médico (España)	Paciente (España)	Marabout (Senegal)	Paciente (Senegal)
Contenido	Poca información y comprometida	Mucha información y comprometida	Poca información y no comprometida	Poca información y no comprometida
Veracidad	Casos de insinceridad	Sinceridad	Azar adivinatorio	Casos de insinceridad
Manera	Lenguaje directo y a veces ininteligible	Lenguaje directo e inteligible	Lenguaje indirecto y a veces ininteligible	Lenguaje indirecto e inteligible
Paralenguaje	Ceremonial en ocasiones	Coloquial	Ceremonial	Ceremonial
Turnos de palabra	Dirige e interrumpe	Es dirigido y no interrumpe	Silencios y sin interrupciones	Silencios y sin interrupciones
Comunicación no verbal	Dirige y muy próximo	Es dirigido y distante	Distante excepto la mirada	Distante

De acuerdo con este esquema podemos prever que en una interacción entre un médico español y un paciente de origen senegalés, al médico español le chocaría la falta de información del

paciente, sobre todo sobre temas comprometidos, la insinceridad sobre determinadas cuestiones, el paralenguaje ceremonial, la dificultad de manejar la dinámica conversacional, las incomodidades del paciente ante las interrupciones, y los reparos del mismo a la exploración física.

Al paciente senegalés le chocaría (casi más cuando el médico adoptase una postura convergente) que le solicitasen mucha información, sobre todo comprometida, la sinceridad convergente del médico, el lenguaje directo respecto a determinados temas (16), el paralenguaje convergente del médico, las interrupciones y el comportamiento no verbal demasiado próximo (17).

Como hemos comentado, entre el personal sanitario español se está produciendo un proceso de convergencia que implicaría adoptar un comportamiento similar al del paciente por lo que respecta a los contenidos, veracidad, manera y paralenguaje, y desarrollar una práctica conversacional menos directiva, con menos interrupciones, y un comportamiento no verbal más natural. Lo que no esperan encontrarse los médicos occidentales es que la convergencia se plantee en la dirección contraria, que sea el paciente, como ocurre con los inmigrantes de origen senegalés, el que adopte el comportamiento comunicativo típico del médico (18).

Nuestra propuesta es que este choque entre los modelos comunicativos (con o sin convergencia por parte de los médicos españoles) explicaría las quejas del personal sanitario ante la “pasividad” de los inmigrantes de origen senegalés y las quejas de estos ante la “falta de tacto”, de consideración, de aquellos. Es decir, los problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés se deberían, al menos en parte, a que en las interacciones entre médico y paciente en la sanidad occidental se sigue el modelo asimétrico, mientras que en las interacciones entre *marabout* y paciente en la sanidad tradicional senegalesa, se sigue el modelo simétrico, caracterizado en este caso por una relación de respeto mutuo.

El papel de la mediación

En el caso de que la solución a este tipo de interacciones problemáticas recayese sobre un mediador intercultural, ¿qué tipo de actitud debería adoptar?, ¿sobre cuál de las partes debería incidir su acción?

Respondiendo primero a esta última pregunta, la lógica nos indica que la acción comunicativa debería incidir especialmente sobre el paciente. El sistema de interacción médica basado en el respeto mutuo requiere un tipo de atención sanitaria personalizado, próximo, en el que la distancia comunicativa se vea compensada por la cercanía personal. Como apuntábamos en el primer apartado, en la medicina tradicional las enfermedades nunca son fenómenos exclusivamente fisiológicos; no es el órgano el que está enfermo, ni siquiera el individuo, es la familia o el grupo social al que pertenece el que padece la enfermedad. Los problemas fisiológicos son la consecuencia de un mal que está siempre más allá del cuerpo, que afecta al paciente como individuo global, físico, psicológico y social. La familia y amigos, como corresponsables de la enfermedad, deben participar plenamente en el diagnóstico y en el tratamiento. El *marabout* actúa como psicólogo, sociólogo y consejero, y sus fuentes de información están compuestas por un conjunto de conocimientos contextuales, que incluyen informaciones indirectas de los vecinos y amigos. Se trata de un tipo de atención sanitaria

que es prácticamente imposible en la medicina occidental, que requiere una participación activa y explícita por parte del paciente.

En cuanto a las iniciativas que debe llevar a cabo el mediador, hay que señalar que, respecto a los aspectos comunicativos aquí tratados, el mediador no puede limitarse a una simple labor de traducción, en el sentido amplio del término, de enlace comunicativo presencial; la solución no puede darse sobre la marcha a lo largo de la interacción, el mediador no puede establecerse como puente entre los dos patrones comunicativos. Los patrones comunicativos se pueden explicitar y explicar, pero no traducir. Por tanto, a este respecto la labor del mediador con los pacientes debería ser más bien de tipo pedagógico, y no durante sino antes de la consulta.

En cualquier caso, opinamos que el resultado de esta labor pedagógica sería mucho más satisfactorio si no se circunscribiese al marco de la consulta médica. Lo más recomendable sería que el propio personal sanitario recibiera formación acerca de estos aspectos problemáticos de la interacción comunicativa, y que fueran ellos y ellas los que en el transcurso de las interacciones pusieran los medios necesarios, también de manera pedagógica, para intentar atraer a los pacientes a un comportamiento comunicativo más participativo. Los excelentes resultados que a este respecto está obteniendo el personal sanitario rural en Senegal nos hace pensar que este es el procedimiento más adecuado.

Naturalmente, esto nos llevaría a replantearnos, al menos para este tipo de problemática, el papel del mediador intercultural, que pasaría a cumplir una labor más de carácter pedagógico que de enlace comunicativo presencial. De hecho, en nuestra opinión, una posible solución a la actual indefinición de la figura del mediador intercultural y del intérprete en los servicios públicos (19) pasaría por una clara delimitación de qué problemáticas de la comunicación deberían abordarse mediante la labor pedagógica y cuáles mediante la labor de enlace presencial.

Notas

1. El presente trabajo se inscribe en el proyecto: “La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa y propuestas de formación”, que cuenta con una subvención del Ministerio de Educación y Ciencia (HUM2004-03774-C02-01/FILO).
2. La situación sanitaria de Senegal, tanto en el ámbito de la medicina tradicional como en el de la occidental, no difiere demasiado de la de países cercanos como Mauritania, Malí, Burkina Faso, Guinea, Costa de Marfil o Níger; o incluso algunos más alejados, como Camerún (De Rosny 1992: 18). Por tanto, los problemas de comunicación que presenten los inmigrantes procedentes de estos países no serán muy diferentes, en principio, de los que aquí vamos a tratar. De hecho, De Rosny (1992 : 47-8) señala que se podría hablar de una auténtica medicina tradicional universal, que no ha desaparecido ni siquiera en los países occidentales, en los que está experimentando un proceso de revitalización (Seppilli, 2000: 41).
3. Por ejemplo, Northouse y Northouse (1998). Según Thompson y Parrot (2002: 680-6) diversos estudios apuntan que la mayor parte de los errores médicos se deben a problemas

de comunicación, y que los pacientes entrenados en habilidades comunicativas tienen más éxito en las consultas médicas.

4. Aunque, como señalan West y Frankel (1991: 169-70), a algunos pacientes les tranquiliza la terminología médica, aunque no la entiendan.
5. La divergencia se da cuando un interlocutor adopta un comportamiento opuesto al de su interlocutor, con el objetivo de distanciarse socialmente, o de contrarrestar la actitud convergente del otro interlocutor.
6. Siguiendo, de alguna manera, las propuestas de los tratados de “buenas prácticas comunicativas” que antes comentábamos.
7. Aunque, como comenta (Street 1991), el grado de convergencia depende, además de la disposición del médico, de las características sociales de los pacientes.
8. Hay que tener en cuenta que, como comentaremos más adelante, ya en su país hay un cierto rechazo hacia la medicina occidental, que identifican con la medicina de la opresión colonial. Como indica Castiglioni (1997: 69) aún hay mucha desconfianza, por ejemplo, hacia las campañas de control de la natalidad que, piensan, pueden encubrir campañas de esterilización.
9. Estos datos proceden, además de las fuentes bibliográficas, de la observación directa y de las entrevistas que llevé a cabo en zonas urbanas y rurales de Senegal entre noviembre de 2003 y enero de 2004, con la inestimable ayuda de Alberto Longas, Marta Ochoa, El Hadji Amadou Ndoye y Dolors Galcerán, a quienes expreso mi agradecimiento.
10. Sobre los límites, difusos, entre los curanderos animistas y los curanderos islamistas véase Seck y Sarr (1997: 261-2).
11. Aunque siempre pueden derivar hacia la magia negra (De Rosny 1992: 28).
12. Señala Ndaw (1997: 99-102) que el silencio se convierte en el valor fundamental de todo comportamiento africano ético. Véase también Raga (2003: 150-1).
13. Castiglioni (1997:60) comenta que los pacientes de origen africano se suelen extrañar ante la cantidad de preguntas de los médicos occidentales.
14. Los *marabouts* de París inducen a veces un leve estado de hipnosis en el paciente, o provocan un tipo de conversación muy emocional, casi de tipo psicoanalítico (Kuczynski 2002:202).
15. Aunque en ocasiones sí les proporcionan “baños medicinales” integrales (Kuczynski 2002:238).
16. Además, el paciente tal vez no pida que le sean aclarados términos que no entiende, ya que la ininteligibilidad de determinados fragmentos es habitual en la sanidad tradicional de origen.
17. En el caso de la sanidad occidental en Senegal, que se ha desarrollado en un marco institucional impuesto, no asumido de forma natural por la sociedad senegalesa, lo que se produce es un proceso de divergencia, forzado por la búsqueda del personal sanitario urbano de una situación asimétrica asimilable a la que se da en la sanidad occidental. El personal de la sanidad urbana occidental en Senegal adopta un comportamiento

exageradamente distante, y un trato alienante hacia los pacientes. La solución a esta situación por parte de estos pasa por establecer lazos de amistad, de cercanía vivencial con el personal sanitario, por intentar restablecer el modelo de la sanidad tradicional. Véase Olivier de Sardan (2003).

18. Los datos de Valero (2002: 665-7) indican que los inmigrantes de origen marroquí adoptan una postura mucho más participativa, hacen más preguntas y negocian más que los pacientes nacionales.
19. Sobre la polémica acerca de los límites entre intérprete y mediador, de la legitimidad de ir más allá de la simple interpretación verbal, y cómo y cuándo hacerlo, véase Gentile y otros (1996), especialmente los capítulos 3 y 4, o Valero (2003).

Referencias bibliográficas

- Castiglioni, Marta (1997) *La mediazione linguistico-culturale (principi, strategie, esperienze)*. Milán: Franco Angeli.
- De Rosni, Eric (1992) *L'Afrique des guérisons*. París: Karthala.
- Gentile, Adolfo, Ozoloni, Uldis y Vasilakakos, Mary (1996). *Liaison Interpreting. A Handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Giles, Howard, Coupland, Justine y Coupland, Nikolas (eds.) (1991) *Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, Christian (1992) "The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation" en Drew, P. y Heritage, J. (eds.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*, pp. 235-267. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jaffré, Yannick y Olivier de Sardan, Jean-Pierre (2003) "Un diagnostic socio-anthropologique: des centres de santé malades..." en Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J.-P. (dirs.) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp. 51-102. París: Karthala.
- Kaplan, Adriana (1998) *De Senegambia a Cataluña. Procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Kuczynski, Liliana (2002) *Les marabouts africaines à Paris*. París: CNRS.
- Marcella, L., Comelles, Josep M. y Aullé, X. (2002). "La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España." Documento en línea, en: <http://www.salutepertutti.org/> Consultado en noviembre de 2004.
- Ndaw, Alassane (1997) *La pensée africaine. Recherches sur les fondements de la pensée négro-africaine*. Dakar : Les Nouvelles Éditions Africaines du Sénégal.
- Northouse, Peter G. y Northouse, Laurel J. (1998) *Health Communication: Strategies for health professionals*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 3ª edición.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003) "Pourquoi le malade anonyme est-il si mal traité? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé" en Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J.-P. (dirs.) en *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp. 265-294. París: Karthala.

- Raga Gimeno, Francisco (2003) “Comunicación efectiva y procesos de minorización en las interacciones comunicativas con inmigrantes procedentes de Senegal” en Grupo CRIT: *Claves para la comunicación intercultural*, pp. 149-176. Castellón: Universitat Jaume I.
- Raga Gimeno, Francisco (2005) *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara*. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana/Vervuert.
- Seck, Amadou Moctar y Saar, Doudou (1997) “Approche therapeutique de la folie au Sénégal“ en D’Almeida, L. y otros : *La folie au Sénégal*, pp. 257-282. Dakar : Association des Chercheurs Sénégalais.
- Seppilli, Tullio (2000) “De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación” en Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 33-44.
- Street, Richard L. (1991) “Accommodation in medical consultations” en Giles, H., Coupland, J. y Coupland, N. (eds.) *Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics*, pp. 131-156. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thompson, Teresa L. y Parrot, Roxane (2002) “Interpersonal communication and health care” en Knapp, M.K. y Daly, J.A. (eds.) *Handbook of interpersonal communication*, 680-725. Thousand Oaks: Sage, 3ª edición.
- Valero Garcés, Carmen (2002) “Talk, work and institutional order: processes of accommodation in doctor/immigrant patient interaction” *Actas del XXVI Congreso de AEDEAN*, pp. 663-670.
- Valero Garcés, Carmen (2003) “Traducción e interpretación en los servicios públicos. Realidad y futuro” en Ortega Arjonilla, E. (dir.) *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*, pp. 455-466. Granada: Atrio.
- West, Candace y Frankel, Richard M. (1991) “Miscommunication in medicine” en Coupland, N., Giles, H. y Wiemann, J. (eds.) *Miscommunication and problematic talk*, pp. 166-194. Newbury Park: Sage.