

Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva

Almudena Nevado Llopis*

Resumen: El propósito principal del presente artículo consiste en analizar la comunicación intercultural entre los profesionales sanitarios y las gestantes o puérperas de origen extranjero a las que estos atienden desde el punto de vista de los propios implicados en los intercambios comunicativos. En concreto, se presenta una parte de los datos recogidos en un estudio de caso realizado en un hospital materno-infantil de Aragón (España), con el fin de mostrar las barreras que los participantes en el estudio perciben en lo que respecta a aspectos tales como los patrones culturales relativos a la salud reproductiva, los modelos conversacionales y las actitudes demostradas ante la diversidad cultural.

Palabras clave: comunicación intercultural, salud reproductiva, cultura sanitaria, modelos conversacionales.

Linguistic and cultural barriers to communication in the field of assisted reproduction

Abstract: The main objective of this article is to analyze intercultural communications between healthcare providers and pregnant or post-partum patients from other countries by studying the perspective of the doctors and patients themselves. Specifically, the article presents a portion of the data collected during a case study in a mother and child unit of a hospital in Aragon (Spain), in order to show the barriers faced by study participants. These barriers include cultural patterns based around reproductive health, conversational models, and attitudes toward cultural diversity.

Key words: intercultural communication, reproductive health, health culture, conversational models.

Panace@ 2014; 15 (40): 278-289

Recibido: 3.IX.2014. Aceptado: 4.X.2014

1. Introducción

El propósito principal del presente artículo consiste en analizar la comunicación intercultural que tiene lugar entre los profesionales sanitarios y las gestantes o puérperas de origen extranjero a las que estos atienden desde el punto de vista de los propios implicados en los intercambios comunicativos. En concreto, se pretende mostrar las barreras y dificultades que ambos grupos perciben en lo que respecta a aspectos tales como los patrones culturales relativos a la salud reproductiva, los modelos conversacionales y las actitudes demostradas ante la diversidad cultural. Como se describe en los siguientes apartados, las barreras percibidas, las cuales son principalmente, aunque no exclusivamente, de carácter lingüístico y cultural, pueden provocar que la asistencia sanitaria ofrecida a las usuarias de origen extranjero no reúna los requisitos mínimos para ser considerada equitativa y de calidad.

2. Metodología

Los datos que presentamos a continuación forman parte de una investigación llevada a cabo en un hospital materno-infantil de Aragón (España) entre mayo de 2012 y julio de 2013, y fueron recogidos mediante el empleo de diversas técnicas de investigación cualitativas. Con respecto al método empleado, aplicamos, por una parte, el método etnográfico, ya que tratábamos de comprender una serie de comportamientos

y fenómenos sociales desde la perspectiva de los propios sujetos analizados; y, por otra, el estudio de caso, es decir, realizamos una exploración en profundidad de un caso concreto —el hospital materno-infantil como contexto de estudio— empleando diferentes fuentes de datos y durante un periodo de tiempo prolongado.

Nuestro objetivo principal consistía en analizar las interacciones comunicativas interculturales en el ámbito de la salud reproductiva y en determinar las barreras que pueden dificultar el éxito de la comunicación. Por este motivo, el estudio se llevó a cabo desde una perspectiva holística, en la que los acontecimientos y personas examinados aparecían contextualizados en su propio marco de referencia. En particular, los participantes en el estudio pertenecían, por una parte, a diversas categorías profesionales del ámbito estudiado y, por otra, a las comunidades inmigrantes más numerosas en la ciudad contexto de estudio¹.

El análisis de los datos recogidos siguió una progresión emergente y en cascada, y se dividió en diferentes fases. El primer estadio de la investigación consistió, por una parte, en el proceso de solicitud de autorizaciones al Servicio Aragonés de Salud y al Servicio de la Sección de Obstetricia del hospital y, por otra, en la revisión bibliográfica y el posterior análisis documental de fuentes relacionadas con el objeto de estudio. Este último nos ofreció valiosos datos contextuales y nos ayudó a detectar cuestiones de interés para la investigación.

* Universidad San Jorge, Zaragoza (España). Dirección para correspondencia: anevado@usj.es.

Una vez recibimos las autorizaciones necesarias, comenzamos el trabajo de campo, el cual, en un principio, se centró en el uso de las técnicas de las entrevistas semiestructuradas en profundidad y de la observación no participante. Concretamente, realizamos 49 entrevistas individuales², las cuales fueron grabadas en audio y transcritas literalmente para facilitar su posterior análisis, y entre 125 y 150 horas de observación en diferentes zonas del hospital³, de manera que pudiéramos tener un contacto directo con el entorno social y las interacciones examinadas. La información obtenida mediante la observación se registró tanto en un diario de campo como en unas fichas en las que incluíamos notas divididas por unidades y categorías previamente establecidas. Los datos recogidos mediante estas técnicas se fueron segmentando en unidades de análisis, codificando y analizando a medida que se obtenían, basándonos en la inducción analítica, consistente en la búsqueda de información que nos permitiera verificar o refutar nuestras hipótesis iniciales. Tanto en esta fase como en la siguiente, nos apoyamos en el programa de análisis de datos cualitativos NVivo⁴.

Tras analizar y contrastar los datos obtenidos con las técnicas mencionadas, llevamos a cabo, en la siguiente fase, tres grupos de discusión —uno con profesionales sanitarios de diversas categorías⁵ y dos con usuarias de origen extranjero⁶—, cuyo fin consistía principalmente en profundizar en aquellos temas que, hasta el momento, hubieran resultado ambiguos, no suficientemente desarrollados o contradictorios. Tras la finalización de los mismos, solicitamos a los participantes que rellenaran un cuestionario individual, lo cual nos permitió corroborar ulteriormente determinados datos. Como en el caso de las entrevistas, los grupos de discusión se grabaron en audio y, a continuación, se transcribieron *verbatim*.

En la cuarta y última fase, recurrimos al contraste y la triangulación de todos los datos recogidos en el trabajo de campo, y los cotejamos y relacionamos con anteriores investigaciones o publicaciones que versasen sobre esta área de estudio, con el propósito de tratar de responder a las preguntas que nos planteamos inicialmente como objetivos de la investigación.

3. Principales barreras en la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva

En el presente apartado presentamos de manera resumida las principales barreras que pueden surgir en la comunicación intercultural entre los profesionales sanitarios y las gestantes y púerperas de origen extranjero. De acuerdo con los datos que hemos podido recabar en nuestro estudio, dichas barreras están causadas principalmente por las diferencias lingüísticas y culturales que presentan los interlocutores, así como por la actitud de los mismos ante la diversidad.

Por cuestiones de espacio y organización, dividimos el análisis de los obstáculos que pueden dificultar la comunicación en las diversas fases del proceso reproductivo. Así, comenzamos presentando una serie de cuestiones generales relacionadas con la salud reproductiva y, a continuación, abordamos las fases del embarazo, el parto y el puerperio.

La primera cuestión que cabe señalar en relación con la comunicación intercultural, entendida como la interacción

comunicativa cara a cara que se da entre personas procedentes de diferentes países y culturas, es que en ella entran en juego numerosos aspectos, entre los que se encuentran la cultura, los sistemas de valores, las diferentes percepciones del tiempo y el espacio, las creencias, los ritos, las costumbres y, por supuesto, la lengua y los modelos conversacionales de los interlocutores.

En todo acto comunicativo, incluso en aquel que se establece entre personas procedentes de una misma cultura, pueden surgir malentendidos y conflictos, pero la probabilidad de que esto ocurra es mayor cuando quienes entablan una conversación presentan referentes culturales diferentes. Por consiguiente, cuando nos comunicamos con personas procedentes de otros países y culturas, debemos asumir que «el malentendido puede ser la norma y no la excepción» (Rodrigo Alsina, 1999: 79).

En relación con el ámbito que nos ocupa, el sanitario, la comunicación intercultural presenta una serie de características adicionales en comparación con la comunicación en contextos coloquiales (Raga Gimeno, 2006: 224) que están determinadas, entre otros factores, por el entorno específico en el que la interacción comunicativa tiene lugar, por las particularidades de los interlocutores y por la relación que se establece entre los mismos.

En cuanto a los implicados en las interacciones comunicativas en el ámbito sanitario, se debe tener en cuenta que, por lo general, se establece una relación asimétrica entre los profesionales de la salud y los pacientes, en la cual los profesionales se encuentran en una posición de mayor poder, principalmente por los conocimientos de los que disponen —por lo que se refiere a los conocimientos tanto científicos como los del medio en el que tiene lugar la interacción—. Esta posición de superioridad puede conducir a los profesionales sanitarios a tratar de imponer sus patrones de comportamiento —incluido el comportamiento comunicativo— y a interpretar el patrón comportamental ajeno según los parámetros institucionales o personales.

Si a estas características del entorno y los participantes en la interacción comunicativa en el ámbito sanitario sumamos las barreras lingüísticas y culturales que pueden surgir en el caso de los pacientes de origen extranjero, «el plato de la incomunicación intercultural», como veremos a continuación, está servido.

En referencia a las barreras causadas por las diferencias culturales entre los interlocutores, los resultados obtenidos en nuestra investigación demuestran, en primer lugar, que, si bien existen patrones relativos a las creencias, actitudes y comportamientos durante el embarazo, el parto y el puerperio que pueden asociarse a determinadas comunidades, no es posible atribuir dichos patrones a todas las integrantes de una misma comunidad. Por el contrario, cabe tener en cuenta que las culturas son cambiantes e internamente heterogéneas y que las personas inmigradas se hallan inmersas en un proceso de transformación en el que verán modificados sus patrones culturales de origen y asumirán patrones propios de la sociedad de acogida. Por consiguiente, nuestro propósito no consiste en establecer generalizaciones aplicables a todos los

miembros de las comunidades estudiadas, sino en «dar pistas» sobre cuáles podrían ser sus pautas de comportamiento y las posibles causas de las mismas.

En cuanto a las barreras lingüísticas, hemos podido comprobar que, si bien que para los participantes en el estudio resulta evidente que, ante la ausencia de una lengua común, existen enormes dificultades para poder comunicarse, no suelen apreciar o considerar las posibles diferencias en los modelos conversacionales⁷, las cuales se refieren a cuestiones relativas tanto a los usos verbales —como, por ejemplo, las formas de hablar directas o indirectas, el grado de formalidad, o la cantidad y tipo de información que se intercambia— como a los usos no verbales —como, por ejemplo, la distribución de los turnos de palabra entre los interlocutores—.

Por último, por lo que respecta a las actitudes que presentan los implicados en las interacciones con respecto a la diversidad cultural, hemos podido observar que, en las relaciones que se establecen entre los profesionales sanitarios y las usuarias inmigrantes, por factores como el desconocimiento mutuo y la presencia de actitudes etnocéntricas, surgen a menudo sentimientos negativos recíprocos de miedo, rechazo, frustración y desconfianza. Asimismo, son frecuentes los estereotipos y prejuicios que se aplican mutuamente los interlocutores, si bien hemos detectado una mayor predisposición a estereotipar y presentar juicios de valor por parte de los profesionales sanitarios que por parte de las usuarias inmigrantes, las cuales, en su mayoría, suelen evitar las generalizaciones al valorar el comportamiento del personal que las atiende.

Antes de pasar a analizar las mencionadas barreras que dificultan la comunicación entre los profesionales sanitarios y las gestantes o púérperas de origen extranjero, cabría realizar una serie de consideraciones de carácter general y exponer una serie de impresiones iniciales que nos mostraron los participantes en nuestro estudio.

De acuerdo con los datos recogidos con las diferentes técnicas empleadas, por lo general, los profesionales sanitarios suelen percibir la asistencia sanitaria a las usuarias autóctonas como menos dificultosa que la de las usuarias de origen extranjero. A pesar de ello, consideran que, con el paso del tiempo, a medida que estas últimas se han ido integrando en la sociedad de acogida, han ido aprendiendo la lengua y han adquirido mayores conocimientos sobre el sistema sanitario y su funcionamiento, los problemas en su atención van disminuyendo.

Asimismo, opinan que existen diferencias por colectivos en relación con las dificultades presentadas por las usuarias. Así, en general, señalan que aquellas cuya asistencia es más compleja suelen ser las procedentes de Asia —principalmente de China—, las del Magreb y las del África subsahariana. Por el contrario, creen que aquellas cuya asistencia suele ser más sencilla o, al menos, más similar a la que se presta a las usuarias autóctonas, son las procedentes de Europa del Este y de Latinoamérica. Las razones que aducen para estas diferencias en la complejidad de la asistencia por colectivos enlazan directamente con lo que estos profesionales perciben como las mayores causas de los obstáculos en la atención a las usuarias inmigrantes, que son, por este orden, las diferen-

cias lingüísticas, las diferencias en cuanto a la cultura general y, por último, las diferencias relativas a la cultura sanitaria. Cabe señalar que, pese a que los problemas comunicativos constituyen un obstáculo importante a la hora de atender a las usuarias de origen extranjero, no podemos limitar el origen de las dificultades en la asistencia a estas usuarias a una cuestión meramente lingüística, como así demuestran, por ejemplo, las complicaciones que surgen con las usuarias de origen latinoamericano o con aquellas procedentes de otras áreas que presentan un dominio considerable del español.

Otro punto que merece ser destacado es el hecho de que los profesionales perciben las diferencias relativas a la cultura general —asociadas con frecuencia a cuestiones referentes a las costumbres religiosas, los hábitos alimentarios, el rol del hombre y de la mujer o las relaciones de género, etc.— y, sin embargo, no son tan conscientes de las diferencias que existen en relación con la cultura sanitaria. Esto puede responder a dos motivos principales. Por una parte, probablemente a los profesionales sanitarios les resulta más sencillo observar aquellos aspectos de la cultura que son perceptibles a simple vista y, por el contrario, no son capaces de apreciar las conexiones intrínsecas que existen entre estos elementos culturales más superficiales y otros elementos menos visibles referidos a cuestiones como las creencias, los sistemas de valores o las relaciones intraculturales. Por otra parte, desde una visión etnocéntrica y anclada en la consideración de superioridad de los principios propios de la biomedicina hegemónica, la mayoría de los profesionales sanitarios no se plantea ni siquiera que puedan existir diferencias culturales en cuanto al concepto de salud y enfermedad o, en referencia a nuestro ámbito específico de estudio, en relación al concepto y la vivencia del embarazo, el parto y el puerperio.

Desde nuestro punto de vista, tanto si la asistencia a las usuarias inmigrantes resulta más dificultosa como si es similar a la de las usuarias autóctonas, cabe recordar que todos los ciudadanos deberían gozar del derecho a la salud y a una asistencia sanitaria de calidad y equitativa, independientemente de las características personales, como la nacionalidad, el credo, etc., tal y como se estipula en documentos como la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948: art. 25), la *Declaración de Ginebra* (1948), o la *Carta Social Europea* (1996: 6), entre otros.

Por lo que respecta a las usuarias inmigrantes que han participado en nuestro estudio, la gran mayoría valora positivamente los servicios sanitarios españoles y, en general, muestra una actitud de reconocimiento y agradecimiento por la atención recibida en los mismos. Los principales aspectos que destacan son los medios y las instalaciones de las que disponen y la gratuidad de las prestaciones, así como el trato recibido, en general, por los profesionales sanitarios. Son precisamente estas cuestiones positivas indicadas aquellas en las que estas usuarias observan mayores diferencias con respecto al sistema de salud de sus países de origen. Así, algunas usuarias, principalmente procedentes de Europa del Este, el África subsahariana o el Magreb, nos hacen partícipes de la falta de medios y de personal, la deficiencia de las instalaciones o la obligación de pagar las prestaciones sanitarias en

sus respectivos países, aunque algunas de ellas matizan que estos aspectos pueden variar dependiendo de si se procede de una zona urbana o rural, ya que en esta última el acceso y la existencia de servicios sanitarios suele ser más limitado, mientras que en las ciudades es posible hallar centros de salud y hospitales con unas condiciones más similares a los que se encuentran en España. En suma, cabe resaltar que, cuanto mayores sean las diferencias en lo que respecta la organización y el funcionamiento del sistema de salud de los países de origen de las usuarias inmigrantes y el de España, más aumentarán las dificultades que estas encuentren para acceder y usar los servicios sanitarios en la sociedad de acogida.

3.1. Cuestiones generales sobre la salud reproductiva

En primer lugar, cabe señalar que factores como la feminización de los flujos migratorios y el hecho de que las mujeres inmigrantes que residen en España sean mayoritariamente jóvenes y, por tanto, se encuentren en edad fértil, han traído consigo en los últimos años un aumento notable de su presencia en los servicios de obstetricia y ginecología. De hecho, tanto por lo que señalan algunos estudios publicados⁸ como de acuerdo con nuestra propia experiencia en el contexto investigado, se puede constatar que el uso por parte de las mujeres de origen extranjero de los servicios sanitarios relacionados con la salud reproductiva es considerable, y llega a ser similar o, en proporción con el porcentaje de población total, incluso mayor que el de las autóctonas.

Por otro lado, se asocian comúnmente con las mujeres inmigrantes, en general, o con aquellas pertenecientes a algunos colectivos, en particular, determinados patrones de comportamiento en torno a la fecundidad y la edad durante la maternidad. En relación con estos aspectos, por los datos oficiales publicados⁹, así como de acuerdo con los resultados de nuestro estudio, puede concluirse que las mujeres de origen extranjero, en especial las pertenecientes a determinadas comunidades, tienen su primer hijo a una edad más temprana y presentan un elevado número de hijos. Este hecho puede estar relacionado con la importancia de la fecundidad y el rol atribuido a las mujeres como madres en determinadas culturas, en las que se valora en positivo tener un gran número de hijos y se considera negativamente la infertilidad.

De todos modos, cabe señalar que, en el caso de las mujeres que han emigrado a nuestro país, es posible que su asimilación de las pautas de comportamiento de la sociedad de acogida, unido a sus condiciones socioeconómicas y familiares en el país receptor, por un lado, las hayan obligado a postergar el momento de tener su primer hijo y, por otro, hayan reducido sus posibilidades o sus deseos de tener un alto número de hijos. Además, las modificaciones en estas pautas se están observando también en los países de origen de estas mujeres, tal y como nos comentan algunas de las participantes en nuestra investigación. Este hecho queda también patente en algunos estudios, como por ejemplo, en el que presenta Aixelà Cabré (2010: 251), en el cual se indica que, en países como los pertenecientes al Magreb, donde la tasa de natalidad era bastante elevada hasta hace unos años, diversos factores —como las migraciones, tanto internas como externas; los procesos de

industrialización; la escolarización femenina, y la incorporación de las mujeres al mercado laboral— han contribuido a que se redujera dicha tasa, lo cual modifica al mismo tiempo las estructuras familiares.

Entre los aspectos incluidos en nuestra investigación, se encuentra también el análisis de la presencia de las mujeres inmigrantes en los servicios de planificación familiar. La información sobre este tema que hemos podido recabar por parte de los profesionales sanitarios es más bien escasa, debido a que este tipo de servicios no se suelen ofrecer en los hospitales, como es el caso de nuestro contexto de estudio, sino en los centros de salud¹⁰. Por lo que respecta a las usuarias inmigrantes que han participado en el estudio, tampoco hemos sido capaces de establecer ningún tipo de clasificación en lo que se refiere al uso de los servicios de planificación, y el empleo de los mismos no parece depender tanto de patrones culturales como de cuestiones personales. Así, por ejemplo, mientras que en las entrevistas la mayoría de las usuarias inmigrantes —de diferentes nacionalidades— manifiesta no haber empleado nunca estos servicios —algunas por desconocimiento y otras por decisión propia—, casi todas las usuarias participantes en los grupos de discusión —procedentes, recordemos, de Latinoamérica y del Magreb— sí los han utilizado. En la bibliografía consultada se señala que la elección sobre si acudir o no a las consultas de planificación familiar puede estar determinada por cuestiones culturales y religiosas. El hecho de que los temas relativos a la salud sexual y reproductiva —como la menstruación, los aparatos genitales o las relaciones sexuales— sean considerados tabú en determinadas sociedades —como, por ejemplo, las de religión musulmana— puede ser una de las causas por las que las mujeres de dichas sociedades no acuden con tanta frecuencia a los servicios de planificación. Asimismo, este problema se verá ulteriormente agravado si estas mujeres, por su desconocimiento del español, deben ir a las consultas acompañadas por familiares o amigos, quienes les ayudan a comunicarse con el personal sanitario realizando funciones de intérpretes *ad hoc*¹¹, y ante los cuales pueden sentirse todavía más cohibidas al tratar temas considerados muy íntimos.

En referencia a los temas tratados en las interacciones, unos pocos profesionales sostienen que las cuestiones planteadas a las usuarias se centran exclusivamente en el estado físico de la madre y el hijo, por lo que, en principio, no creen que estas puedan ser consideradas demasiado personales o delicadas. En la interpretación del carácter de la información, estos profesionales no tienen en cuenta que, en las culturas de origen de las usuarias, los temas considerados íntimos o incluso tabúes no tienen por qué ser los mismos que en la sociedad de acogida. Por el contrario, la gran mayoría de los profesionales participantes afirma que han percibido en algunas usuarias inmigrantes cierta incomodidad o incluso reticencia al tratar determinados temas relacionados, por ejemplo, con las enfermedades infecciosas, los abortos y embarazos previos, la menstruación, los aparatos genitales, las relaciones sexuales o la mutilación genital femenina. Dentro de los diferentes colectivos en los que han observado este tipo de comportamiento, destacan a las mujeres procedentes del Ma-

greb, las cuales, de acuerdo con los patrones comunicativos que suelen aplicar en las interacciones en ámbito sanitario, por lo general evitan intercambiar información comprometida con los profesionales de la salud, especialmente en el caso de que estos sean de sexo masculino, por el sentido del pudor y la distribución de los roles de género propios de su cultura. Cabe señalar, de todos modos, que, pese a que algunas usuarias inmigrantes pueden sentirse incómodas cuando surgen en las conversaciones en el ámbito sanitario temas considerados delicados o tabúes, la gran mayoría, de acuerdo con los datos recogidos en nuestro estudio, parece comprender que la situación comunicativa y los fines que se persiguen en la interacción requieren abordarlos.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, en nuestra investigación detectamos, por las respuestas de los dos grupos de participantes, algunos patrones de comportamiento que se dan en determinados colectivos. Así, por ejemplo, sin ánimo de generalizar, podríamos decir que la mayoría de las mujeres magrebíes que participaron en el estudio manifiestan decantarse por el empleo de dispositivos intrauterinos y la píldora anticonceptiva —hecho que parece contrastar con los datos presentados en diversos estudios¹²—. Por su parte, las latinoamericanas presentan dos comportamientos diferenciados: por un lado, se encuentran aquellas que conocen y emplean una gran variedad de métodos contraceptivos —como el parche, la vasectomía o incluso métodos naturales— y, por otro, algunas que, a pesar de disponer en ciertos casos de información, no han empleado ningún método, lo cual a veces las ha conducido a embarazos no planificados.

Los embarazos no planificados son también muy frecuentes, tanto por lo que señalan estudios al respecto¹³ como por los resultados de nuestra investigación, en las mujeres provenientes de Europa del Este, colectivo que presenta un gran número de interrupciones voluntarias del embarazo. En referencia a los datos recogidos en nuestro trabajo de campo, este hecho es comentado por un gran número de profesionales sanitarios, aunque esta información la han obtenido a través de conversaciones con las usuarias de esta procedencia, y el hospital no dispone —o, al menos, no nos ha facilitado— de datos sobre el número de interrupciones practicadas. La causa principal, de acuerdo con algunos profesionales y con algunas usuarias provenientes de Europa del Este, reside en el elevado precio que tienen los anticonceptivos en su país de origen, lo cual las conduce frecuentemente a recurrir al aborto como si se tratase de un método contraceptivo más.

Según la opinión de algunos profesionales sanitarios, los abortos se encuentran, junto con otras cuestiones —como, por ejemplo, los embarazos y enfermedades previas, o aspectos relativos a hábitos y estilos de vida— entre los temas sobre los que las usuarias de origen extranjero, así como las autóctonas, mienten en algunas ocasiones. Otra de las situaciones en las que han detectado que se da una ausencia de sinceridad en algunas usuarias inmigrantes concierne a los conocimientos de español que estas dicen poseer. No obstante, muchos de estos profesionales sostienen que no se encuentra entre sus funciones determinar el grado de veracidad de la información que las usuarias les transmiten. Por el contrario, algunos co-

mentan el dilema ético que se les plantea cuando sospechan que las usuarias inmigrantes afirman entender el mensaje que se les está transmitiendo y, sin embargo, ellos perciben ciertas señales de que no existe una completa comprensión, lo cual les puede conducir a tomar decisiones sin estar debidamente informadas.

El recurso a estas mentiras sociales puede asociarse, entre otros factores, al grado de preocupación por el conflicto, que suele ser mayor en las culturas colectivistas, en las que normalmente se evita la expresión explícita de reacciones y opiniones contrarias a las del interlocutor. Asimismo, probablemente también recurrirán con relativa frecuencia a este tipo de mentiras las usuarias de determinadas culturas en las que sean más evidentes las distancias de poder y se establezcan jerarquías sociales muy marcadas (Hofstede, 1991: 60), y en las que se atribuya una posición de mayor estatus o superioridad a los profesionales sanitarios.

3.2. El embarazo

Con respecto al embarazo, el primer aspecto que cabe señalar es que, a pesar de tratarse de un proceso fisiológico, ha experimentado una progresiva medicalización, por lo que se han visto notablemente incrementados el seguimiento y los controles que se suelen realizar durante el mismo. Al respecto, los profesionales sanitarios que han participado en nuestro estudio sostienen que la asistencia a las visitas de seguimiento y control por parte de las usuarias de origen extranjero es, por lo general, bastante irregular. Los motivos principales de dicha irregularidad, en su opinión, tienen que ver con las barreras lingüísticas, la excesiva burocracia y las diferencias de funcionamiento existentes entre los servicios destinados al cuidado de la salud reproductiva españoles y los de los países de origen de estas usuarias. Sin embargo, prácticamente todas las usuarias participantes en el estudio afirman haber realizado estas visitas periódicamente. Una de las causas de esta diferencia de opiniones puede estar en el hecho de que la mayoría de las usuarias que participaron en nuestra investigación presentan ciertos conocimientos de español y llevan residendo en España un tiempo relativamente largo. Por este motivo, probablemente, al acudir a realizar las visitas de control del embarazo no han debido de enfrentarse a todas las barreras señaladas por los profesionales. Además, las usuarias manifiestan que en sus países de origen estos controles suelen ser menos frecuentes e iniciarse cuando la gestación se encuentra en un estado más avanzado, a pesar de lo cual valoran positivamente que se realice un seguimiento exhaustivo durante el embarazo en España, y reconocen que puede resultar muy útil para detectar o prevenir posibles enfermedades en la madre o el feto.

Por otra parte, la falta de asistencia a las mencionadas visitas puede estar también determinada por las creencias relacionadas con el concepto de cuerpo, salud y enfermedad característico de las diferentes culturas, según las cuales se atribuye un determinado origen a las enfermedades. De hecho, entre las cinco áreas del ámbito de la salud que, de acuerdo con Penn *et al.* (1995: 643), están influidas por la cultura, se encuentra la solicitud de asistencia, la cual está determinada,

entre otros factores, por las creencias relacionadas con el origen de las enfermedades y con el concepto mismo de enfermedad. Por ejemplo, en determinadas culturas, como señala Galanti (2008: 21), se cree que el mundo es un escenario dominado por fuerzas supernaturales; que, en ocasiones, la enfermedad es un castigo por un determinado comportamiento trasgresor; y que el sufrimiento causado por la misma es algo inevitable. ¿Qué importancia tendrá entonces para las mujeres de dichas culturas controlar el embarazo desde un punto de vista médico si creen que las enfermedades que pueden surgir a lo largo de la gestación están provocadas por factores que no pueden evitarse o que dependen de cuestiones que los profesionales sanitarios no pueden controlar?

Igualmente, cabe señalar que estas creencias culturales y religiosas también determinarán una serie de comportamientos durante el embarazo¹⁴, entre los cuales el más comentado en nuestra investigación fue el relativo al ayuno prescrito para los musulmanes durante el Ramadán. Dicho ayuno, del cual las embarazadas están exoneradas, debería evitarse durante la gestación según la gran mayoría de los profesionales sanitarios, especialmente en los periodos estivales, y así lo recomiendan a las mujeres musulmanas que atienden. Por lo que respecta a las usuarias musulmanas entrevistadas y aquellas participantes en los grupos de discusión, la decisión sobre ayunar o no en estas circunstancias parece depender de factores personales, y hallamos casos tanto de mujeres que lo habían realizado durante el embarazo como de otras que habían decidido no ayunar. Vemos, por tanto, una vez más, que no es posible atribuir pautas de comportamiento generalizadas a todas las personas de un determinado grupo cultural, sino que, dentro de cada comunidad, existen diferentes modos de pensar, sentir y actuar.

3.3. El parto

En relación con el parto, existen diversos documentos que, tanto a nivel nacional como autonómico, proponen una serie de pautas que se deberían seguir durante el mismo, entre los cuales, se encuentran la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (2007) —en adelante, *EAPN*— o, por lo que respecta a la comunidad autónoma de Aragón, el *Plan de atención a la salud de la mujer 2010-2012* (2010). Dichas pautas no dejan de ser recomendaciones, las cuales, en muchos casos, no pueden seguirse por las infraestructuras con las que cuentan los hospitales, los protocolos y las rutinas de trabajo, o la formación y capacitación de los profesionales que trabajan en los mismos.

Cabe recordar que el parto, al igual que otras fases del proceso reproductivo, ha experimentado una progresiva medicalización; de hecho, en nuestra opinión, es quizás la fase que recibe una mayor atención médica, ajustada además, en numerosas ocasiones, a las demandas y las necesidades de los profesionales sanitarios y de las instituciones en las que estos trabajan. Por el contrario, en algunos de los países de origen de las usuarias inmigrantes, el parto continúa produciéndose con relativa frecuencia —cada vez menor— en el ámbito doméstico, y en él participan, junto a la parturienta, principalmente familiares de sexo femenino y figuras sanado-

ras tradicionales, entre las cuales, se encuentran las conocidas como parteras.

Por lo que respecta a la postura adoptada durante el expulsivo, la práctica común en los hospitales españoles es que esta sea horizontal, y que la parturienta se encuentre tumbada sobre una mesa quirúrgica, apoyada sobre la cabeza, el torso y las nalgas y con las piernas levantadas. Sin embargo, algunas mujeres —no solo aquellas de origen extranjero— preferirían que se les permitiera adoptar otras posturas —verticales o en cuclillas—, preferencia que la mayoría de los hospitales públicos en España, por las infraestructuras y los medios de los que disponen, no pueden contemplar.

Otra de las cuestiones tratadas en nuestro estudio en relación con el parto se refiere al suministro de la anestesia epidural como método para aliviar el dolor. En general, por la información ofrecida por los profesionales sanitarios y por las usuarias inmigrantes participantes en nuestra investigación, estas últimas suelen aceptar su aplicación, bien por decisión propia o porque el personal sanitario se lo recomienda, aunque esta decisión dependerá, en última instancia y entre otros factores, de los conocimientos previos que las usuarias tengan sobre esta técnica, de la percepción personal del dolor y de la ausencia de barreras lingüísticas que permita a los profesionales explicar en qué consiste. En referencia a esta cuestión, cabe destacar que el derecho a la información, así como los tratamientos que enfatizan el rol del individuo en la recuperación de la salud propios del sistema médico occidental pueden entrar en conflicto con las expectativas de aquellos pacientes que consideran que la familia debe implicarse en dicha recuperación.

Enlazamos así con la segunda de las cuestiones que han surgido en nuestra investigación al tratar el tema de la anestesia epidural. En concreto, una gran mayoría de los profesionales entrevistados afirma que, a la hora de decidir si esta anestesia se va a suministrar o no, en el caso de las mujeres magrebíes —o, por extensión, las musulmanas—, es el marido quien normalmente toma esta decisión, lo cual no le parece «correcto» —por decirlo de algún modo— al personal sanitario que las atiende durante el parto. En su opinión, la parturienta, por ser ella la que percibe el dolor, es, por tanto, quien debe decidir si desea aliviarlo mediante este método o si, por el contrario, prefiere rechazarlo y dar a luz de un modo más natural.

Para poder llegar a una conclusión en relación con este tema, resulta necesario que las propias implicadas —las mujeres magrebíes— puedan expresar su opinión al respecto, de modo que se lo hemos planteado en el grupo de discusión celebrado con ellas. Su respuesta ante esta cuestión es que, efectivamente, sus maridos participan a la hora de tomar esta decisión, pero que, en última instancia, son ellas quienes escogen optar por la aplicación de la anestesia o no. Su explicación de este comportamiento se basa en el hecho de que, en su cultura, las decisiones consideradas importantes se consultan y se toman en el seno de la familia. Por un lado, en este patrón cultural vemos la influencia de una cultura predominantemente colectivista, en la que el individuo basa su identidad en relación con su grupo —familiar o comunitario— de perte-

nencia. Por otro lado, este comportamiento se basa también en la asignación de unos roles determinados a las mujeres y a los hombres en cada cultura.

Cabe destacar, en este caso, que, tanto si las mujeres magrebíes se apoyan en sus maridos a la hora de tomar decisiones de este tipo como si son ellos los que deciden, por la información y la actitud mostrada por las participantes en nuestro estudio, no parece que ellas estén en desacuerdo con este patrón de comportamiento. Por ello, en nuestra opinión, deberíamos abandonar la posición etnocentrista que nos lleva a valorar como «justo/injusto», «adecuado/inadecuado» o «bueno/malo» los comportamientos y actitudes ajenos y permitir, siempre dentro de ciertos límites, que sean los propios miembros de cada cultura los que decidan de qué manera desean actuar en los casos en los que deben tomar decisiones que les afectan a ellos directamente. Dicho en otras palabras, si las mujeres desean usar la anestesia epidural o no, o si quieren tomar esta decisión autónomamente o teniendo en cuenta la opinión de sus maridos o familiares, se deberá, como recomienda la *EAPN* (2007: 38-39), informar a las parturientas sobre los diferentes métodos de alivio del dolor existentes y, en todo caso, y siempre que no haya complicaciones que lo impidan, respetar la decisión que tome la mujer, que es la principal implicada en el proceso del parto.

En cuanto a la expresión del dolor durante el parto, la gran mayoría de los profesionales sanitarios participantes en nuestra investigación señalan diferencias por colectivos. Así, opinan que las usuarias que manifiestan más abiertamente el dolor padecido son las mujeres procedentes de Latinoamérica y del Magreb. Además, algunos de ellos creen que, cuando el marido de estas usuarias está presente durante el parto, la expresión del dolor por su parte es más enfática. Al respecto, no hemos podido comprobar mediante la observación —por tratarse el parto de un momento tan íntimo que ni siquiera contemplamos la posibilidad de solicitar autorización para estar presentes durante el mismo— si efectivamente la presencia de los maridos provoca un mayor énfasis en la expresión del dolor en determinadas usuarias y, en dicho caso, cuáles son las causas que subyacen tras este comportamiento.

Por otra parte, según los profesionales sanitarios, las usuarias que son menos expresivas o, al menos, se asemejan más al patrón español, son las procedentes de Europa, dentro de las cuales destacan especialmente a las mujeres de Europa del Este, quienes, a su parecer, son muy «estoicas». Esta actitud menos enfática puede estar directamente relacionada con los patrones comunicativos propios de esta cultura concernientes al lenguaje no verbal.

Asimismo, una cuestión señalada por un gran número de profesionales sanitarios es el hecho de que las usuarias procedentes del África subsahariana presentan un comportamiento durante el parto que a ellos les resulta llamativo. En concreto, de acuerdo con los profesionales, estas mujeres suelen chasquear los dedos rítmicamente y repetir una letanía durante el parto y, aunque no saben dar una explicación de este comportamiento, creen que puede deberse a una intención de calmar el dolor padecido.

En conclusión, por los relatos de los profesionales sanitarios, podemos deducir que el comportamiento durante el parto

en lo que se refiere a la expresión del dolor puede estar condicionado por factores culturales y sociales, a los que nosotros sumaríamos los factores personales, ya que la vivencia de este momento es sobre todo una cuestión individual.

En relación con los tipos de parto, en general en España se ha producido un incremento del número de cesáreas en los últimos años, debido, entre otros factores, al aumento de la edad de las madres, el mayor número de partos múltiples y las demandas personales de algunas usuarias. Con respecto a este último factor, algunos de los profesionales sanitarios participantes en nuestro estudio comentan que son especialmente las usuarias procedentes de Latinoamérica las que más suelen demandar que se les efectúe este tipo de parto. Desconocemos si este hecho relatado por los profesionales se da con tanta frecuencia como ellos sostienen, pues no disponemos de datos al respecto y, en caso de que así fuera, no sabemos los motivos que podrían conducir a estas usuarias a solicitar la cesárea, ni si son ellas quienes realizan más a menudo esta petición porque, al no deber enfrentarse a barreras lingüísticas, tienen mayores posibilidades de expresarse.

Por el contrario, más que mostrar predilección por el parto por cesárea, la gran mayoría de las usuarias inmigrantes afirman que, a pesar de no haberse negado a que se la practicara en caso de que los profesionales les hubiesen indicado que era necesario, prefieren que el parto sea normal, y aducen diversas razones como, por ejemplo, que la recuperación y el malestar tras el parto por cesárea es mayor o, en el caso de las usuarias del África subsahariana, por la creencia de que este tipo de parto, del que además se suele culpabilizar a la parturienta, puede causar problemas de infertilidad —cuando la fecundidad es un aspecto muy valorado en las mujeres procedentes de esta zona—. Sin embargo, quisiéramos precisar que una de las entrevistadas de esta área de procedencia manifiesta que se trata de una creencia antigua que poco a poco se ha ido abandonando en su lugar de origen, lo cual es muestra, una vez más, del carácter cambiante de las culturas.

Por último, en referencia a los acompañantes durante el parto, en el hospital contexto de estudio, se suele aceptar la decisión al respecto que tome la parturienta, tal y como recomienda la *EAPN* (2007: 63). No obstante, el hecho de aceptar dicha decisión no siempre implica que se entienda o se respete, ya que algunos profesionales sanitarios manifiestan abiertamente su incompreensión —o incluso, en ocasiones, su desacuerdo— con la misma. Así, les resulta extraño el hecho de que algunas mujeres estén acompañadas por personas de fuera de su entorno familiar o íntimo. En este sentimiento de extrañeza está implícito un desconocimiento de las causas culturales, sociales y personales que pueden conducir a las usuarias inmigrantes a elegir a una determinada persona para que las acompañe durante el parto. Por ejemplo, en los casos de las usuarias cuyos conocimientos de español sean limitados, estas pueden decidir que sea alguien que domine este idioma —aunque no pertenezca a su familia— quien las acompañe, con el fin de facilitar su comunicación con los profesionales. En otras ocasiones, la falta de redes familiares en el país de acogida que posibilita

que algunas personas las acompañen o se ocupen de otros hijos de la familia puede limitar sus opciones a la hora de elegir al acompañante, o incluso hacer que tengan que enfrentarse solas a este momento.

3.4. El puerperio

La primera cuestión relativa al puerperio analizada en nuestro estudio se refiere a los momentos inmediatamente posteriores al parto. De acuerdo con las recomendaciones de los diferentes documentos relativos al parto y al nacimiento que hemos mencionado previamente, se debe favorecer el contacto prematuro —piel con piel— entre la madre y el recién nacido, puesto que dicho contacto estrecha el vínculo madre-hijo, reduce el estrés de este último tras el nacimiento y fomenta la lactancia materna. Sin embargo, por los relatos ofrecidos por los profesionales participantes, algunas usuarias inmigrantes, especialmente las procedentes del África subsahariana y Asia, parecen no desear que se establezca este contacto, lo cual es interpretado por el personal sanitario como una falta de cariño, algo que en muchas ocasiones les resulta incomprensible. Solo algunos de estos profesionales, en el afán de comprender este comportamiento diferente, han tratado de averiguar las causas subyacentes al mismo, y nos relatan que, de acuerdo con lo que les han comentado en algunos cursos de formación sobre patrones culturales o lo que les han contado otros compañeros, puede deberse a un deseo de protección del recién nacido por parte de las madres, por ejemplo, para evitar el mal de ojo o tratar de no llamar la atención de espíritus malignos.

Efectivamente, en algunas culturas, se cree que determinados comportamientos tras el parto —como evitar el contacto con el recién nacido, no expresar abiertamente sus características positivas o colocarle amuletos— son un modo de protección del recién nacido. Observamos de nuevo cómo, cuando las pautas comportamentales difieren de las comunes en el seno de la sociedad de acogida, suelen producirse malinterpretaciones motivadas por la valoración de los comportamientos ajenos desde los referentes de la propia cultura. Así, por ejemplo, estas actitudes se consideran una falta de interés y de amor maternal, o una falta de higiene en el caso de los amuletos mencionados. Un acercamiento a los patrones propios de otras culturas nos haría comprender que, en algunos casos, más que una falta de interés o amor por el recién nacido, estos comportamientos se originan por todo lo contrario, es decir, por un deseo de protección. En resumen, consideramos que se debería informar a las usuarias de los efectos beneficiosos que conlleva el contacto prematuro, pero, en todo caso, y como recomienda la *EAPN* (2007: 44), permitir y respetar que sea la propia madre quien decida qué tipo de contacto desea establecer con el recién nacido en el momento inmediatamente posterior al parto.

Una vez las mujeres dan a luz, suelen permanecer en el hospital un periodo breve de tiempo, del cual nos hemos ocupado en nuestra investigación en relación con el comportamiento y las actitudes que presentan las usuarias inmigrantes durante el mismo y las interacciones comunicativas de estas con los profesionales sanitarios.

En dichas interacciones, según los datos recogidos, suele ser el profesional sanitario quien dirige los turnos de palabra, y raramente se producen interrupciones o solapamientos por parte de las usuarias inmigrantes. Por el contrario, son frecuentes los silencios por parte de estas usuarias. Dichos silencios, interpretados en ocasiones por los profesionales como miedo o falta de interés, pueden estar causados por diferentes factores. Por un lado, los escasos o nulos conocimientos de español que poseen algunas usuarias inmigrantes implican que necesiten cierto tiempo para codificar y comprender los mensajes que los profesionales les transmiten y elaborar la respuesta que les van a ofrecer. Por otro lado, cabe recordar que, en las culturas colectivistas —como puede ser el caso de algunas comunidades de Asia y del África subsahariana—, el silencio se emplea para fomentar la armonía y es una muestra de respeto y sensibilidad. Por el contrario, en las sociedades predominantemente individualistas, como podría ser la española, se espera del interlocutor una participación activa, y se considera el silencio como una falta de iniciativa o desinterés (Jandt, 2010: 119). Estas diferencias en la consideración de los silencios son las que pueden conducir a errores en la interpretación de los mismos.

Con relación a las visitas que las usuarias reciben durante el puerperio, se plantean dos tipos de comportamiento que resultan llamativos para algunos profesionales sanitarios. Por una parte, de acuerdo con los profesionales, algunas mujeres inmigrantes, aunque son las menos, reciben numerosas visitas, en ocasiones incluso por parte del resto de hijos de la familia. La presencia de menores en el hospital no siempre es comprendida por el personal sanitario, quizás porque no son capaces de ponerse bajo la piel del otro y comprender que puede estar originada por la imposibilidad de dejar a sus hijos al cuidado de otras personas, al carecer de redes sociales y familiares de apoyo. Las numerosas visitas que reciben las púerperas de determinadas comunidades —algo que se produce, según los profesionales, especialmente en el caso de las mujeres procedentes de Latinoamérica o aquellas pertenecientes a la comunidad gitana— pueden responder al carácter colectivista de sus culturas, en las que se espera que la familia —entendida no solo en sentido nuclear, sino también como familia extensa— participe y acompañe cuando se dan este tipo de acontecimientos tan significativos como el nacimiento. Sin embargo, lo más común, por los datos que nos han proporcionado profesionales y usuarias y por lo que hemos podido observar en el trabajo de campo, es que las mujeres inmigrantes se encuentren solas durante su estancia hospitalaria, precisamente porque carecen de extensas redes familiares y sociales en el país de acogida, y los familiares que sí residen aquí deben atender sus obligaciones laborales y disponen, por tanto, de poco tiempo para poder dedicarlo a sus familias.

Precisamente esta ausencia de redes de apoyo provoca un cambio de roles en el seno de la familia del que nos han hecho partícipes algunas de las usuarias inmigrantes. En concreto, estas relatan que, en sus respectivos países de origen, es habitual que sean las figuras femeninas de la familia —especialmente las madres— las que se encarguen de ayudar a las

mujeres que acaban de dar a luz en sus propios cuidados y en los del recién nacido. Sin embargo, por la ausencia de estas figuras femeninas, que normalmente continúan residiendo en el país de origen, en numerosos casos ha debido ser el padre de familia quien se ocupara en el país de acogida de estos cuidados, modificando su comportamiento con respecto a los roles más comúnmente atribuidos al hombre en su cultura.

Además del tema de los cuidados y la ayuda por parte de la familia, existen otras costumbres que se siguen durante el puerperio en determinadas culturas. Usuaris de diferentes procedencias —Asia, el Magreb, Latinoamérica y África subsahariana— nos relatan diferentes comportamientos que se suelen producir en el periodo posterior al nacimiento en sus comunidades de origen. Entre ellas, citan la costumbre de evitar el frío para recuperar el calor perdido durante el parto —manteniendo así el equilibrio perdido—, de modo que las madres evitan ducharse, permanecen tapadas —aun cuando sea verano y la temperatura ambiental sea bastante elevada, como pudimos comprobar durante la observación— y evitan ingerir determinados alimentos o consumen preferentemente otros. En relación con los hábitos alimentarios, las usuarias citan algunos alimentos que las madres suelen comer tras el parto con el fin de obtener beneficios adicionales, como evitar que se produzcan gases en los niños o aumentar la producción de leche materna.

La lactancia materna es precisamente otro de los temas del que nos hemos ocupado en nuestra investigación. Por los datos ofrecidos por los profesionales sanitarios y por las usuarias inmigrantes, la gran mayoría de estas últimas suele optar por amamantar al recién nacido, algo que en el hospital contexto de estudio se trata de favorecer, por los beneficios que este tipo de lactancia puede proporcionar al recién nacido, de acuerdo con los estudios científicos y las recomendaciones que se ofrecen en los documentos sobre parto y nacimiento citados. La única comunidad que, según los profesionales, es más reacia a dar el pecho a los recién nacidos es la procedente de China. En su opinión, esto se debe a que la mayoría de las madres de esta procedencia suelen enviar a sus hijos al país de origen poco después del nacimiento, dato que no hemos podido corroborar en nuestro estudio. Otra de las causas del recurso a la lactancia artificial en este colectivo podría ser la imposibilidad de las madres de origen chino de dar el pecho a los recién nacidos, por sus horarios y cargas laborales y su incorporación casi inmediata al trabajo tras el parto.

De todos modos, según nos relatan algunos profesionales, esta pauta de comportamiento está cambiando en los últimos tiempos, y las madres de origen chino optan cada vez más por la lactancia materna, lo que las equipara al resto de usuarias inmigrantes, quienes se muestran muy favorables a este tipo de lactancia.

Para finalizar, una última cuestión de la que se han de ocupar las usuarias antes de abandonar el hospital se refiere al registro de los recién nacidos. Son numerosas las usuarias inmigrantes que se deben enfrentar a obstáculos a la hora de cumplir con este trámite administrativo: por un lado, se encuentran las barreras lingüísticas, en el caso de las usuarias alófonas; por otro, existen barreras culturales, en el caso de

las usuarias que proceden de países en los que el sistema de registro funciona de otro modo, o en los que las costumbres en cuanto a uno de los datos que se deben aportar en dicho registro —el nombre y los apellidos del recién nacido— difieren de las propias de la sociedad de acogida. Así, por ejemplo, en algunas comunidades solo se utiliza el apellido del padre, los apellidos se colocan en un orden diferente al que suele seguir en España o los nombres que se pueden dar al recién nacido se alejan bastante del modelo tradicional en las sociedades occidentales o europeas.

4. Conclusiones

Mediante la presente investigación hemos podido comprobar que, efectivamente, las usuarias de origen extranjero que acuden al hospital contexto de estudio se encuentran con una serie de barreras principalmente, aunque no exclusivamente, lingüísticas y culturales, que merman la efectividad de su comunicación con los profesionales sanitarios y, en definitiva, les impiden recibir una asistencia sanitaria equitativa y de calidad. Al respecto, cabe señalar que la comunicación intercultural es, como afirma Bennett (1998), un *two-way process*, es decir, que la adaptación de los interlocutores debe ser mutua, y que estos deben hallar un marco común y unos objetivos compartidos en el que se tengan en cuenta y se respeten las diversas características de los participantes.

En primer lugar, cabe resaltar que las barreras de tipo lingüístico están causadas no solo por la ausencia de una lengua común entre los interlocutores, sino también por las diferencias existentes en sus modelos conversacionales, de acuerdo con los cuales los hablantes emplean formas de expresión más o menos directas, ofrecen una cantidad determinada de información e incluyen o evitan mencionar algunos temas, recurren a lo que se conocen como mentiras sociales y presentan unos usos no verbales —distribución de los turnos de palabra, solapamientos, silencios, etc.— concretos y, a menudo, distintos a los que emplea su interlocutor, lo cual frecuentemente da lugar a malentendidos e incomprensiones.

En segundo lugar, existe una serie de barreras relacionadas con la cultura sanitaria y, en concreto, con las diferencias existentes en la vivencia, las creencias y las actitudes ante el proceso reproductivo. Podemos concluir, por tanto, que, a pesar de que el embarazo, el parto y el puerperio son procesos biológicos, están «moldeados culturalmente, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales» (Blázquez Rodríguez, 2005: 2). De todos modos, y como hemos señalado anteriormente, cabe recordar que las culturas no son inmutables, sino que van variando a lo largo del tiempo y, además, son internamente heterogéneas, por lo que no todos los miembros pertenecientes a una misma cultura presentan siempre los mismos modos de pensar, sentir y actuar. Por el contrario, cada persona posee una identidad única e irrepetible y unos condicionantes sociales específicos. Asimismo, en el caso de las personas inmigrantes, cabe considerar que estas suelen conjugar aspectos propios de su cultura de origen con aquellos que van adquiriendo en la sociedad de acogida. Por ello, a la hora de interrelacionarse con las usuarias de origen extranjero, los profesionales sanitarios deberían

tener en cuenta que pueden existir diferencias en cuanto a la cultura sanitaria de las mismas pero, al mismo tiempo, huir de los estereotipos y generalizaciones aplicados a las mismas.

En conclusión, queda patente la pertinencia de realizar estudios más exhaustivos sobre las pautas asociadas a la salud reproductiva disgregados por nacionalidades, con el fin de detectar las necesidades específicas de las distintas usuarias y, de este modo, poder responder a las mismas adecuadamente. Igualmente, las políticas sanitarias de atención a la salud reproductiva deberían realizarse desde un punto de vista antropológico y de acuerdo con un enfoque de género, ya que los comportamientos y creencias relacionados con el proceso de reproducción son, en cierto modo, indicadores de los roles atribuidos a los hombres y las mujeres en las distintas sociedades, como puede comprobarse al analizar las diversas representaciones de la mujer gestante o los modelos de maternidad y paternidad comúnmente aplicados en las diferentes culturas. Por último, se debería abandonar la postura etnocéntrica que lleva a imponer un modelo comunicativo único y aceptar que existen distintos modos de interactuar igualmente válidos y respetables.

La comprensión y aceptación de todas estas cuestiones señaladas pueden conducir a una comunicación intercultural eficaz en el ámbito de la salud reproductiva y, en consecuencia, a una considerable mejora en la asistencia sanitaria ofrecida a las mujeres culturalmente diferentes que viven en nuestro país su proceso de gestación, parto y puerperio.

Notas

1. Véanse las siguientes notas para obtener información más detallada sobre los participantes en el estudio y otros datos contextuales relativos a las diferentes técnicas empleadas.
2. Por lo que se refiere a los profesionales sanitarios, entrevistamos en total a 24, divididos en los siguientes perfiles profesionales: anestesiastas (5), enfermeros (6), matrones (7), obstetras (3) y profesionales sociosanitarios (3). Este último grupo estaba compuesto por la trabajadora social del hospital y por dos auxiliares de enfermería encargadas de las labores de información a las usuarias y a sus familias. Respecto a las usuarias inmigrantes, entrevistamos en total a 25, las cuales se agruparon por procedencia en cinco grandes zonas: África subsahariana —Camerún (1), Ghana (1), Nigeria (2) y Senegal (1)—, Asia —China (3) y Pakistán (1)—, Europa del Este —Rumanía (5) y Ucrania (1)—, Latinoamérica —Brasil (1), Colombia (1), Ecuador (2) y Honduras (1)— y el Magreb —Argelia (2), Marruecos (1) y Mauritania (1)—. Asimismo, aunque su origen no era extranjero, entrevistamos también a una usuaria de la comunidad gitana, ya que los profesionales sanitarios entrevistados habían mencionado hasta el momento en diversas ocasiones a las usuarias de este colectivo, especialmente en relación con los problemas derivados de los excesivos acompañantes o del incumplimiento de las normas del hospital.
3. La observación no participante se llevó a cabo principalmente en las plantas de puerperio, en las cuales se pudieron observar interacciones comunicativas entre los profesionales sanitarios y las usuarias —o los familiares o acompañantes de las mismas— durante las consultas diarias a las puérperas ingresadas, así como aspectos de la vida cotidiana de los sujetos mencionados en el hospital. Además, se realizaron breves observaciones en otros lugares del hospital, tales como la zona de urgencias, las salas de dilatación, la planta de consultas a gestantes, el ingreso a la zona de paritorios y la zona de gestoría e información para el usuario.
4. Concretamente, empleamos la última versión del programa informático NVivo (NVivo 10), lanzada al mercado en junio de 2012 por QSR International. Se trata de un software de apoyo a la investigación cualitativa y de métodos mixtos que ayuda a compilar, clasificar, combinar y analizar mediante diferentes herramientas de búsqueda y consulta datos no numéricos ni estructurados de entrevistas, grupos de discusión, encuestas, audio, redes sociales y páginas web.
5. El grupo de discusión con profesionales sanitarios estaba compuesto por sujetos con diferentes perfiles, en particular tres obstetras, dos matrones y una enfermera.
6. Las usuarias inmigrantes participantes en los dos grupos de discusión procedían, respectivamente, de Latinoamérica y del Magreb. En concreto, los países de origen de dichas usuarias eran los siguientes: Ecuador (1), Colombia (2) y Perú (1), por una parte; y Marruecos (5), por otra.
7. En referencia a las diferencias en los modelos conversacionales, cabe considerar que las interacciones comunicativas tienen un carácter efímero y orquestal y, además, en ellas se presenta una gran multitud de datos simultáneamente, por lo que muchos de ellos pueden pasar desapercibidos ante los ojos de los propios interlocutores. Ese carácter inconsciente de los diferentes elementos que intervienen en la comunicación, unido a la interpretación subjetiva que puede realizarse de dichos elementos, conlleva que los datos relativos a los modelos conversacionales que hemos recogido en nuestra investigación mediante el empleo de las diferentes técnicas no siempre sean exhaustivos y deban ser considerados con cautela. Para futuras investigaciones, creemos que podríamos enriquecer el análisis de los usos verbales y no verbales presentes en las interacciones comunicativas entre profesionales sanitarios y usuarias inmigrantes mediante la grabación (audio)visual de dichas interacciones, lo cual, si bien no eliminaría la subjetividad inherente en la interpretación, al menos permitiría un análisis reiterativo y más pausado.
8. Al respecto, véase por ejemplo el informe *Inmigración y Salud en Aragón* (2007), en el que se señala que las mujeres inmigrantes suponían, en el año de su publicación, entre un 10 y un 37% del total de ingresos hospitalarios relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.
9. Por un lado, la edad media de maternidad de las usuarias autóctonas, de acuerdo con los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística relativos a 2012, se sitúa en 32,15 años, mientras que la de las usuarias inmigrantes es de 28,9 años. No se dispone de datos disgregados por nacionalidad, por lo que no nos resulta posible saber si dicha edad media es superior o inferior en las mujeres procedentes de un determinado país. Por otro lado, también de acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2012, la tasa de fecundidad de las mujeres en España era de 0,9 para las autóctonas y 1,7 para las extranjeras.

10. Por la ausencia de datos concluyentes, opinamos que este tema podría ser objeto de futuras investigaciones centradas en los centros de salud donde se ofrecen servicios de planificación familiar, con el fin de conocer el patrón de uso por parte de las usuarias inmigrantes de dichos servicios y averiguar si este puede estar relacionado con un mayor o menor número de hijos o con la presencia de embarazos no planificados.
11. Por alejarse de los fines que perseguimos con el presente artículo, no nos detenemos a analizar las consecuencias negativas que, tal y como demuestran numerosas investigaciones (Bischoff *et al.*, 2009; Flores *et al.*, 2003; Sánchez-Reyes/Martín Casado, 2005), puede acarrear el recurso a familiares y amigos de las usuarias alófonas como intérpretes *ad hoc*.
12. De acuerdo con Aixelà Cabré (2010: 257), el uso de métodos anticonceptivos en el área del Magreb, si bien se fomenta por parte de los gobiernos con el fin de contener el crecimiento demográfico del país, solo está justificado desde el punto de vista religioso si está en peligro la vida de la madre, mientras que se acepta el recurso a otros métodos de contracepción naturales, como el método Ogino o el amamantamiento tardío. Sin embargo, cabe recordar que, como sostienen Oliver *et al.* (2007: 87), el uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres magrebíes dependerá también de su nivel de estudios y de su grado de islamización, por lo que, a la hora de interpretar los datos que hemos obtenido, deberíamos pasarlos por el tamiz de estos y otros factores. Cabe, además, considerar que el hecho de que las magrebíes analizadas en nuestro estudio ya no vivan en sus respectivos países de origen también puede haber provocado cambios en sus comportamientos relativos al empleo de métodos anticonceptivos.
13. En el estudio previamente citado *Inmigración y Salud en Aragón* se indicaba que las mujeres inmigrantes representaban el 47% de las interrupciones voluntarias del embarazo en un periodo de seis meses en el año 2007 y, dentro de este porcentaje, se destacaba especialmente al colectivo de las rumanas, las cuales suponían un 15%.
14. Así, por ejemplo, en algunos países de Latinoamérica se cree que las mujeres gestantes no deben realizar ningún esfuerzo físico o deben evitar ingerir determinados alimentos, como la miel, para evitar que la placenta «se pegue» (Mendoza González, 2009: 318).

Referencias bibliográficas

- Aixelà Cabré, Yolanda (2010): «Mujeres, reproducción y contracepción en Marruecos», en Josep Maria Comelles Esteben, Xavier Allué Martínez, Mariola Bernal Solano, José Fernández Rufete y Laura Mascarella Terradellas: *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, pp. 251-264.
- Asociación Médica Mundial (1948): *Declaración de Ginebra*. <<http://www.wma.net/es/30publications/10policias/g1/>> [consulta: 24.VIII.2014].
- Bennett, Milton J. (1998): *Basic Concepts of Intercultural Communication: A Reader*. Boston: Intercultural Press.
- Bischoff, Alexander; Louis Loutan y Sofía García Beyaert (2009): *En otras palabras. Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud*. Ginebra: Hôpitaux Universitaires de Genève. <http://www.universaldocctor.com/EnOtrasPalabras/En_otras_palabras.pdf> [consulta: 24.VIII.2014].
- Blázquez Rodríguez, María Isabel (2005): «Aproximación a la Antropología de la Reproducción», *Revista AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, julio-agosto, 42. Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red. <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=62304208>> [consulta: 24.VIII.2014].
- Consejo de Europa (1996): *Carta Social Europea*. <<http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/Spanish.pdf>> [consulta: 24.VIII.2014].
- Flores, Glenn; Michael Barton Laws, Sandra J. Mayo, Barry Zuckerman, Milagros Abreu y Leonardo Medina (2003): «Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters», *Pediatrics*, 111 (1): 6-14.
- Galanti, Geri-Ann (2008): *Caring for Patients from Different Cultures* (4.ª ed.). Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo (2010): *Plan de atención a la salud de la mujer 2010-2012*. <http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/04_Temas_de_salud/Documentos/Plan_mujer_14_enero_2010-OK.pdf> [consulta: 24.VIII.2014].
- Hofstede, Geert G. (1991): *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. Londres: McGraw-Hill UK.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012): «Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos». <<http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>> [consulta: 24.VIII.2014].
- Jandt, Fred E. (2010): *Intercultural Communication. An Introduction* (6.ª ed.). Londres: SAGE Publications.
- Mendoza González, Zuanilda (2009): «La salud materno-infantil en un contexto intercultural: el proceso reproductivo», en Luca Citarella Menardi y Alessia Zangari (eds.): *YACHAY TINKUY. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: PROHISABA, pp. 311-327.
- Ministerio de Salud y Consumo (2007): *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. <<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>> [consulta: 24.VIII.2014].
- Oliver Reche, María Isabel; Pilar Baraza Cano y Encarnación Martínez García (2007): «La salud y la mujer inmigrante», en Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (ed.): *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Sevilla: Publicaciones de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud, pp. 77-105. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf> [consulta: 24.VIII.2014].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948): *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <<http://www.un.org/es/documents/udhr/>> [consulta: 24.VIII.2014].
- Penn, Nolan; Snehendu Kar, Joyce Kramer, John Skinner y Ruth E. Zambrana (1995): «Ethnic Minorities, Health Care Systems, and Behavior», *Health Psychology*, vol. 14, n.º 7: 641-646.
- Raga Gimeno, Francisco (2006): «Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario», en Carmen Valero-Garcés y Francisco Raga Gimeno (eds.): *Retos del siglo XXI para la lingüística aplicada: Nuevo mapa lingüístico y cultural de la Península Ibérica*. Número monográfico de la *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA)*, pp. 217-230.
- Rodrigo Alsina, Miquel (1999): *Comunicación intercultural*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Sánchez-Reyes, M.^a Sonsoles y Manuel Martín Casado (2005): «Intérpretes profesionales e intérpretes ad hoc en un entorno sanitario», en Carmen Valero-Garcés (ed.): *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones Universidad de Alcalá, pp. 139-146.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Grupo de trabajo Inmigración y Salud (2007): *Inmigración y Salud en Aragón*. <http://www.semfyc.es/es/grupos_trabajo/inmigraci%F3n+y+salud/documentos_grupo/detalle/Inmigraci%F3n+y+Salud+en+Arag%F3n/> [consulta: 24.VIII.2014].

