

Índice

Agradecimientos

Resumen

Резюме

1. Introducción

1.1. Justificación de interés y motivación.....	6
---	---

2. Marco teórico

2.1. Droga y adicción.....	7
2.2. Análisis de los problemas de drogadicción en los países postsoviéticos.....	9
2.2.1. Rusia	
2.2.2. Ucrania	
2.2.3. Georgia	
2.2.4. Bielorrusia	
2.2.5. Lituania	
2.2.6. Letonia	
2.2.7. Estonia	
2.3. El alcoholismo en los países de Europa del Este.....	13
2.4. Situación actual en España.....	16
2.4.1. Organizaciones e instituciones para extranjeros con problemas de adicción.....	18
2.5. Inmigración.....	23
2.5.1. Inmigrantes de Europa del Este con problemas de adicción.....	25
2.6. Interpretación en los Servicios Públicos.....	25
2.6.1. Interpretación en el ámbito sanitario.....	28
2.6.2. Interpretación y mediación.....	29

3. Objetivos y metodología

3.1. Objetivos.....	31
3.2. Estructura y metodología.....	32

4. Contexto de trabajo

4.1. Efectos psicológicos derivados de la adicción.....	38
4.2. Dificultades a las que se enfrenta un intérprete.....	43

5. Encuestas. Resultados y análisis..... 49 |

6. Entrevistas60

7. Conclusiones.....78

8. Bibliografía.....81

9. Anexos

9.1. Anexo I. Entrevistas.....	88
9.1.1. A profesional del Centro de Atención a las Drogodependencias	
9.1.2. A mediadoras interculturales del Programa Istmo	
9.2. Anexo II. Encuestas.....	103

Agradecimientos

Gracias a todos los que han colaborado de alguna manera para ayudarme a realizar este trabajo.

Gracias a Angieszka, Sanaa y Gerardo, por concederme las entrevistas y atenderme a pesar de estar muy ocupados.

Y muchas gracias a mi tutor Enrique Quero, por su ayuda y guía siempre que lo he necesitado.

Resumen

Uno de los mayores problemas en las sociedades actuales es el consumo de drogas, lo que puede provocar que muchas personas acaben sufriendo de problemas de adicción, y en algunos casos esto conlleva un grave riesgo de exclusión social. En el caso de los inmigrantes esta situación es si cabe todavía más compleja, ya que, dependiendo de su país de origen, pueden encontrarse con barreras lingüísticas y culturales que dificulten su adaptación a la sociedad y el acceso a los recursos sanitarios y programas de atención a las personas con drogadicción.

En el presente trabajo analizamos la demanda de profesionales de la interpretación en dicho campo, el perfil de los intérpretes que llevan a cabo este tipo de servicios, y la realidad del trabajo diario en el campo de la drogadicción, no solo desde el punto de vista de los intérpretes, sino también de los profesionales sanitarios y los mediadores interculturales. Para ello hemos llevado a cabo una encuesta a 50 intérpretes con distintos niveles de experiencia y preparación, centrada en conocer su perfil profesional y su opinión acerca del trabajo con personas con problemas de drogadicción, y por otro lado hemos realizado tres entrevistas a profesionales, que nos han permitido identificar las dificultades y problemas más comunes a los que se enfrentan en su trabajo con personas con adicciones, en nuestro caso más enfocado en la dependencia del alcohol y las drogas.

En relación con esto último, analizaremos algunas situaciones que suelen producirse durante las sesiones de interpretación en este ámbito, y que pueden suponer un problema para el intérprete a la hora de desempeñar su trabajo. Además, propondremos algunas pautas para intentar evitar o resolver dichos problemas.

Palabras clave:

Mediación intercultural, interpretación sanitaria, adicciones, inmigración, centros de atención a las drogodependencias, ruso, español.

Резюме

Одной из самых больших проблем в современном обществе является проблема употребления наркотиков, которая может привести к возникновению наркозависимости, и в некоторых случаях также стать угрозой социальной изоляции. Данная ситуация является еще более сложной в случае с иммигрантами, поскольку в зависимости от страны происхождения, они могут столкнуться с языковым и культурным барьерами, которые препятствуют адаптации и затрудняют доступ к ресурсам здравоохранения и программам оказания помощи наркозависимым.

В данной работе мы проанализируем необходимость переводчиков в этой области, рассмотрим тип специалистов, которые предоставляют данные услуги; и также ознакомимся с особенностями повседневной работы с наркозависимыми не только с точки зрения переводчиков, но и с точки зрения медицинских работников и

межкультурных посредников. Для этого мы опросили 50 переводчиков с разным опытом работы и уровнем подготовки. Данный опросник был разработан с целью ознакомиться с типом переводчика, и также с целью узнать профессиональное мнение по поводу работы с наркозависимыми. Также мы взяли три интервью у других специалистов с целью определить наиболее распространенные трудности и проблемы, с которыми они сталкиваются во время работы с теми, кто страдает от алкогольной и наркотической зависимости.

В связи с этим мы проанализируем некоторые ситуации, которые обычно возникают во время устного перевода в данной области, и которые могут стать проблемой для переводчика при выполнении его работы. Кроме того, мы предложим некоторые рекомендации, необходимые для предотвращения или разрешения данных проблем.

Ключевые слова:

Межкультурная коммуникация, устный медицинский перевод, наркозависимость, иммиграция, центры помощи наркозависимым, русский, испанский.

1. Introducción

1.1. Justificación de interés y motivación

Uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las sociedades actuales es el consumo de drogas, lo que puede provocar que muchas personas acaben sufriendo de problemas de adicción, y en algunos casos esto conlleva un grave riesgo de exclusión social. En el caso de los inmigrantes esta situación es si cabe todavía más compleja, ya que, dependiendo de su país de origen, pueden encontrarse con barreras lingüísticas y culturales que dificulten su adaptación a la sociedad y el acceso a los recursos sanitarios y programas de atención a las personas con drogadicción.

Consideramos que el tema elegido resulta de interés debido a que, tanto el contexto en el que se lleva a cabo la interpretación, como el propio tipo de usuarios para los que se presta el servicio, presentan diferencias y particularidades con respecto a la interpretación realizada comúnmente en los servicios públicos, y más concretamente en el sector sanitario.

Existen numerosas investigaciones acerca de la interpretación para víctimas de violencia de género, interpretación en el puesto fronterizo, en los centros penitenciarios, etc., que han ido surgiendo a la par que la demanda de este tipo de servicios. En cambio, no existen a penas estudios relacionados con la interpretación para personas con enfermedades mentales, las personas que se encuentran en la situación de calle y en grave riesgo de exclusión social, y desde luego para personas con problemas de adicción.

Por otra parte observamos que existen bastantes estudios para los trabajadores sociales o educadores, que deben seguir un plan de intervención para poder desarrollar sus funciones en un contexto con personas con problemas de adicción. Hemos observado esto mismo en lo que respecta al personal médico y sanitario, pero para los profesionales de la interpretación que llevan a cabo su labor en contextos de drogadicción u otro tipo de dependencia, este tipo de pautas no existen.

Cuando intentamos encontrar información en internet al respecto, nos enfrentamos al problema de que esta es muy limitada y casi nunca centrada en el ámbito de la interpretación en estos contextos. Es posible encontrar algunas entrevistas a personas adictas acerca del consumo de sustancias y su experiencia, pero la información disponible se limita tan solo a esto. Ello supone que el intérprete que debe realizar un servicio sin poderse preparar adecuadamente y, lo cual le resultará particularmente complejo cuando lleve a cabo las primeras intervenciones.

Para comprender el problema en toda su dimensión, analizaremos a los tres participantes habituales en este tipo de servicios: el usuario, el intérprete, y el profesional, y para ello intentaremos contactar con los distintos tipos de profesionales relacionados con este ámbito, y analizar el perfil de los usuarios que suelen requerir el servicio de interpretación. Por otro lado, nos mueve la curiosidad de escuchar la voz de los propios intérpretes, conocer su perfil profesional y la específica de trabajo.

Debido a la falta de estudios relacionados con el tema de la interpretación en los servicios públicos para personas con adicciones, hemos decidido realizar este trabajo ya que esperamos que pueda servir de ayuda o guía a futuros estudiantes o intérpretes que necesiten familiarizarse con el desarrollo del trabajo en este contexto. Además también puede ser útil para otros profesionales no relacionados directamente con la interpretación, pero que sí desarrollan su actividad profesional con este tipo de usuarios e intérpretes tal es el caso de los profesionales médicos o administrativos.

Esperamos también que este trabajo pueda ser en el futuro la base sobre la que futuros estudiantes puedan llevar a cabo sus trabajos tanto de fin de grado, como de máster, completando la labor que nosotros hemos iniciado con este. Estamos seguros de que partiendo de una base ya existente, conseguirán analizar más detalladamente las dificultades a las que se enfrenta un intérprete trabajando en el contexto de las drogadicciones, lo que les permitirá diseñar unas pautas más específicas y tal vez la creación de un glosario relacionado con esta cuestión.

2. Marco teórico

2.1. Droga y adicción

Consultamos la definición de droga propuesta por la Real Academia Española:

2. f. Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud define droga como “toda sustancia que una vez introducida en el cuerpo (a través de diferentes vías de administración) provoca una alteración de nuestro sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia y tolerancia (física, psicológica o ambas)”.

Según el Diccionario de la RAE, adicción es la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico. En este trabajo vamos a centrarnos en las personas adictas a las drogas y al alcohol. La dependencia de cualquiera de estas sustancias en muchas ocasiones puede ser entendida como una enfermedad. X. Pons (2008: 6) encuadra esta visión de la drogadicción dentro del modelo médico tradicional: “Se contempla el problema de la drogadicción como un problema médico más, como una enfermedad más, poseída por un individuo y causada por la acción de una sustancia psicoactiva sobre los procesos internos – biológicos – de un individuo”. Aunque destaca que dicha visión no es suficiente para entender la compleja problemática de la drogadicción.

La necesidad de alcohol o drogas que da como resultado el uso de esa sustancia, incluye tanto cambios mentales como físicos que dificultan a los individuos a controlar cuándo usan la sustancia y cuánto consumen (Centro para el tratamiento de abuso de sustancias, 2006: 200). Cabría diferenciar entre sí el uso, el abuso y la dependencia de las sustancias. En la página web del Ayuntamiento de Madrid sobre Servicio de Prevención de Adicciones, encontramos la descripción del uso de las sustancias, que se caracteriza por el consumo no frecuente y de poca cantidad, por lo que en esta etapa no influye negativamente ni a la persona, ni a su

entorno familiar o social. Además, se destaca que dependiendo del tipo de sustancia consumida, no siempre es fácil entender la diferencia entre uso y abuso, ya que en muchos casos la persona no se da cuenta del paso de uno a otro.

Por otra parte, según el glosario de la OMS (1994: 64), el uso recreativo se entiende como: “Consumo de una droga, normalmente ilegal, en situaciones sociales o relajantes, que implica que no existe dependencia ni otros problemas. Los autores que pretenden definir como problemático cualquier tipo de consumo de drogas ilegales desaprueban este término”.

En cuanto al abuso de sustancias, de acuerdo con X. Pons (2008:3), supone un riesgo para la salud ya sea por los elementos tóxicos de las drogas o por los efectos psicoactivos que pueden provocar, y los comportamientos asociados a ello.

Además el autor expone dos tipos de abuso de sustancias: consumo abusivo cuantitativo y cualitativo, el primer tipo se trata del consumo de una sustancia en cantidades y frecuencias incompatibles con la salud del consumidor; el segundo tipo consiste en el consumo de una sustancia en ciertas circunstancias y sin atender a la frecuencia, ya sea conduciendo vehículos, durante la jornada laboral, etc.

En los países postsoviéticos, debido a su pasado, en el que la propaganda estatal afirmaba que en la URSS no existían problemas de alcoholismo ni drogodependencia, la adicción a las sustancias todavía se entiende como algo vergonzoso, algo de lo que no se habla, y que no se considera un gran problema. Aunque en el nivel sociosanitario la dependencia alcohólica o drogadicta se considera como una enfermedad, lo que se confirma por la existencia de programas de ayuda, pero una gran cantidad de la población prefiere no prestar atención. Esto podría explicarse debido a que existe la opinión de que solo se convierten en adictos a las drogas o el alcohol las personas desfavorecidas o delincuentes, por lo que la sociedad no considera la dependencia a las sustancias como algo que pueda afectar a una persona “normal”. Además los profesionales muchas veces opinan que las personas con adicciones son como un agujero negro, que absorbe mucho tiempo, energía y medios y no devuelve nada a cambio.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA), la institución estatal estadounidense, define la adicción como “una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados”.

En el recurso electrónico – diccionario Academic.ru encontramos información sobre una persona drogadicta, de acuerdo con el libro de texto para cadetes de la Academia del Ministerio del Interior de la Federación Rusa sobre la prevención del delito en la esfera del tráfico ilícito de drogas: «*Наркоман – опустившееся, безвольное, порочное существо, уничтожающее все живое, угроза обществу и нашим детям*».*

* “Un drogadicto es una criatura decaída, de débil voluntad y degenerada, que destruye toda vida, y es una amenaza para la sociedad y para nuestros hijos”.

Nos gustaría presentar otros modelos recogidos y explicados por X. Pons, ya que conocerlos nos ayuda, no solo a entender el consumo de drogas en toda su complejidad, sino a ver la percepción del problema en diferentes situaciones y la actitud de la gente acerca del problema de drogadicción:

El modelo jurídico-moralista entiende que la persona que consume drogas puede convertirse en un delincuente y en alguien peligroso para la sociedad (Pinzano, 1993).

El modelo de distribución del consumo trata las drogas de forma institucionalizada y la explicación del consumo se encuentra en la disponibilidad de encontrar y acceder fácilmente al producto.

El modelo de reducción del daño se entiende como una estrategia de un centro de tratamiento que consiste en reducir el consumo de las sustancias y minimizar los efectos que perjudican la salud. Como veremos más adelante, en España existen dichas instituciones, en las que las personas no intentan superar su adicción, pero el proceso de consumo está supervisado y controlado por los especialistas.

El modelo de privación social, según X. Pons (2008: 11): “[...] factores tales como la pobreza, la discriminación o la carencia de oportunidades [...], se convierten en terreno abonado para la aparición del fenómeno del consumo de las drogas”.

El modelo de factores socio estructurales, entiende el consumo de drogas como parte del estilo de vida del individuo, y que está influenciado por el estilo de vida de su entorno. Es por ello que el consumo de sustancias varía dependiendo de la edad, sexo, lugar de residencia, etc.

El modelo de educación para la salud aborda el consumo de drogas como un problema de salud física y psíquica, que puede ser reducido mediante la educación. Éste modelo se basa en la necesidad de compartir información con la sociedad para reducir el consumo de sustancias, pero enfocándose especialmente en aspectos comunicativos y educativos y no solo en aspectos divulgativos.

El modelo psicológico individualista propone que no puede entenderse el consumo de drogas sin llevar a cabo un análisis de la personalidad del individuo, así como sus hábitos de conducta y sus relaciones sociales.

El modelo socioecológico propone que los estilos de vida del individuo están relacionados con sus características personales, así como su entorno social, familia, trabajo, etc.

2.2. Análisis de los problemas de drogadicción en los países postsoviéticos

2.2.1. Rusia

En la Federación Rusa, de acuerdo con la Ley Federal №3 del 08.01.1998 “Sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas” en el capítulo VII «Ayuda narcológica a las personas adictas a las drogas y acerca de su rehabilitación social” nos encontramos con lo siguiente:

1. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи и социальную реабилитацию.

1.1. Наркологическая помощь больным наркоманией включает профилактику, диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию.

1. El estado garantiza a las personas que sufren de adicción una asistencia narcológica y rehabilitación social.

1.1. La asistencia narcologica para las personas que sufren de adicción incluye prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación médica.

En el artículo 55 “Actividades de las organizaciones médicas para la prestación de asistencia narcológica a las personas adictas a las drogas” se destaca:

- *Лечение больных наркоманией проводится только в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.*

- El tratamiento de las personas que sufren de adicción se lleva a cabo solo en organizaciones médicas de los servicios de salud estatales y municipales.

Por otra parte, tras consultar los diferentes programas y terapias ofrecidas por las organizaciones públicas en Rusia, hemos encontrado en el Decreto del Gobierno de la Federación Rusa de 01.10.2012 № 1002 “Sobre la aprobación de cantidades significativas, grandes y especialmente grandes de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, así como de tamaños significativos, grandes y particularmente grandes para plantas que contienen estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o partes de las mismas que contienen estupefacientes o sustancias psicotrópicas” (“*Об утверждении значительного, крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ, а также значительного, крупного и особо крупного размеров для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества*”) la Lista de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, cuyo tráfico en la Federación Rusa está prohibido conforme la legislación de la Federación Rusa y los tratados internacionales.

Según dicho listado, está prohibido el uso de metadona con el fin de ofrecer a los adictos terapia sustitutiva con metadona. La razón por la que existe esta prohibición es porque la metadona puede causar dependencia como cualquier sustancia opiácea. Como vemos las personas con problemas de adicción no tienen acceso a bastantes tratamientos, que como veremos más adelante, están aceptados en otros países. Esto supone una gran diferencia y una razón de peso a la hora de buscar un tratamiento fuera de su país.

Existen además clínicas privadas, en las que se ofrecen servicios de desintoxicación, ayuda psicológica y rehabilitación, así como codificación del alcoholismo, hipnosis, codificación con Naltrexone (que consiste en la realización de una incisión y aplicación de una capsula que contiene el tratamiento bajo la piel), programas individuales de tratamiento (que pueden incluir desintoxicación, analítica, consulta psicológica individual, ECG, plasmaféresis).

Existen también diferentes métodos desarrollados por médicos-narcólogos, tales como el desarrollado por Dovzhenko y Marshak.

Por último, nos gustaría señalar la existencia de diferentes centros religiosos que ofrecen programas de rehabilitación, que incluyen consultas con el sacerdote, el narcólogo, el psicólogo, etc.

Según los datos del Servicio Federal de Estadística del año 2017 las personas diagnosticadas por primera vez de alcoholismo y psicosis alcohólica en el año 2016 son 95.000 personas; de drogadicción 16.300 y de toxicomanía 500.

Dados de alta en organizaciones profilácticas y centros de salud diagnosticados de alcoholismo y psicosis alcohólico son 1444,5; de drogadicción 259,5; de toxicomanía 7,8.

Coefficiente de muertos en 2016 por intoxicación alcohólica por 100 000 habitantes – 9,6.

10.8. СМЕРТНОСТЬ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ПРИЧИН, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ¹⁾

	2011	2012	2013	2014 ²⁾	2015	2016
	Все население					
Всего умерших, тыс. человек	61,1	56,0	52,8	57,0	58,7	56,3
в том числе в трудоспособном возрасте	44,6	40,3	38,0	40,6	40,6	38,5
На 100 000 человек населения	42,7	39,1	36,8	39,6	40,1	38,4
в том числе в трудоспособном возрасте	51,3	46,8	44,5	48,2	48,0	46,2
	Мужчины					
Всего умерших, тыс. человек	45,0	41,2	39,4	42,3	43,4	41,9
в том числе в трудоспособном возрасте	35,4	32,0	30,5	32,4	32,3	30,8
На 100 000 человек населения	68,1	62,2	59,3	63,5	64,0	61,7
в том числе в трудоспособном возрасте	79,2	72,0	69,0	74,0	73,4	70,8
	Женщины					
Всего умерших, тыс. человек	16,1	14,8	13,4	14,6	15,2	14,4
в том числе в трудоспособном возрасте	9,2	8,3	7,5	8,2	8,3	7,7
На 100 000 человек населения	21,0	19,2	17,4	19,0	19,4	18,3
в том числе в трудоспособном возрасте	21,7	19,9	18,2	20,3	20,4	19,3

¹⁾ Случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени, алкогольная кардиомиопатия, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этиологии. С 2011 г. входят алкогольная полиневропатия, алкогольная миопатия, алкогольный гастрит, алкогольный синдром у плода (дизморфия), преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем, отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями.

²⁾ Без учета данных по Республике Крым и г. Севастополю.



Tabla 1

2.2.2. Ucrania

De acuerdo con la Ley del 15-02-1995 “Sobre medidas para contrarrestar el tráfico ilícito de drogas, sustancias psicotrópicas y precursores y sobre el abuso de ellos” capítulo III art. 15 (“Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними”) encontramos la información que el narcólogo tiene la obligación a ofrecer a la persona drogodependiente el tratamiento voluntario y dirigirla al centro específico para recibir el tratamiento. Los gastos del tratamiento están cubiertos por el estado.

Según la información expuesta en la “Guía de Asistencia a drogadictos en Ucrania” (E.Anichyn, 2014: 7) encontramos que existen programas de corta duración (alrededor de 2 horas) y de larga duración (entre 1 y 5 años). A los primeros pertenecen los siguientes: codificación del alcoholismo, hipnosis, programa “Detox”, mensaje subliminal, etc.; a los segundos: programa 12 pasos, comunidades terapéuticas, etc.

Existe también terapia de sustitución con metadona o buprenorfina. Aparte de los centros financiados estatalmente, existen centros de rehabilitación que se diferencian por el tipo de organización, por las edades de los pacientes con los que trabajan, por el método utilizado, y por la duración del programa.

Nos encontramos también centros religiosos que dan asistencia a las personas con este tipo de problemas, así como también organizaciones de alcohólicos anónimos y drogadictos anónimos. Por otro lado, es habitual que estas personas acudan a remedios de medicina tradicional.

Según los datos (2011-2015) propuestos por el Centro de Monitoreo y Control de Drogas y Alcohol del Ministerio de Salud de Ucrania (en adelante UMMCDA), el 66% de las personas comienzan consumiendo drogas no inyectadas y más adelante pasan a las drogas inyectadas. Entre las personas encuestadas un total de 7614 personas consumen drogas no inyectadas, de los que 6175 son hombres. Con respecto a la edad 3481 personas estaban entre 25-34 años y 3286 tenían más de 35 años. En cuanto a las drogas inyectadas, nos encontramos con un total de 9227 personas de los que 7388 son hombres y 4217 personas se encontraban en el rango de edad de 35 años o más.

Entre las personas encuestadas la droga de consumo principal es la metanfetamina 8,6%; metadona 6%; anfetaminas 5,4 %; buprenorfina 3,2 %; y heroína 0,6%.

De acuerdo con los datos del UMMCDA, hay 42 247 personas dadas de alta a 1 de enero de 2017 por el consumo de sustancias opiáceas, y el número de pacientes con trastornos psicológicos y de comportamiento causados por el uso de sustancias psicoactivas es 1631,6 por cada 100000 habitantes. La mortalidad por el uso de drogas en 2016 es de 237 casos.

2.2.3. Georgia

Existe un programa público “Metadona” que ofrece un tratamiento sustitutivo a las personas drogodependientes. En este programa están inscritos el 11,5% de las personas con adicciones. Según los datos de la Agencia de Ayuda Social, en Georgia reciben tratamiento 2200 personas. Además encontramos información sobre las posibilidades de participar en este programa que tienen las personas jóvenes, los que acceden por primera vez, los que sufren de VIH, etc.

2.2.4. Bielorrusia

De acuerdo con los datos expuestos en la página del Ministerio de Asuntos Interiores de la Republica de Bielorrusia, hay un incremento en la cantidad de personas drogadictas de 540 personas al año. A 1 de enero de 2018 alrededor de 11000 personas sufren de adicción a las

drogas y más de 2000 de toxicomanía. La mayoría de personas tienen edades entre 20 y 40 años. Además existen organizaciones especializadas en cada una de las etapas del tratamiento: desintoxicación, rehabilitación hospitalaria, rehabilitación e integración.

2.2.5. Lituania

La información disponible de Lituania nos muestra que también existen organizaciones públicas y privadas que trabajan con las personas con adicciones, normalmente son centros específicos de ayuda que ofrecen un tratamiento sustitutivo con metadona.

Tras consultar los datos expuestos por European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (en adelante EMCDDA) relativos a Lituania, descubrimos que existe un Plan para la prevención de drogas, tabaco y alcohol. La droga de mayor consumo es la heroína 89%, otras 4%, cannabis y anfetamina 3% y cocaína 1%.

2.2.6. Letonia

Existe un programa público gratuito de tratamiento sustitutivo de metadona y desde 2003 un programa de pago de tratamiento con buprenorfina. Además, según datos disponibles online, encontramos que existen centros que ofrecen un programa de reducción del daño y otro que consiste en el trabajo continuo con personas con adicciones, dispensación de jeringuillas, realización de diferentes análisis y proporcionan información.

Además existen centros privados que proponen un tratamiento que puede ser ambulatorio o con rehabilitación hospitalaria. La mayor parte de las personas admitidas al tratamiento acuden debido al consumo de las siguientes sustancias: heroína 47%, cannabis 23%, anfetaminas 16%, otras sustancias 13% y cocaína 1% (EMCDDA).

2.2.7. Estonia

Al igual que en otros países, consultamos el porcentaje de los usuarios admitidos a tratamiento según la droga de consumo principal: heroína 93%, cannabis 4%, anfetaminas 2%, cocaína 1%. Y al igual que ocurre en otros países, existe una estrategia nacional para la valoración, tratamiento y rehabilitación de las personas con adicciones. Por otra parte, encontramos información según la cual anteriormente solo los centros de salud que disponían del servicio psiquiátrico ofrecían dicho tratamiento, pero en actualidad existen otros centros específicos. Y también como en otros países el tratamiento está subvencionado por el gobierno.

2.3. Алкоголизм в странах Восточной Европы

Согласно исследованию Ю. Разводовского (2003: 4), в странах Восточной Европы до сих пор наблюдаются серьезные проблемы с алкогольной зависимостью и смертностью населения. Он утверждает, что результаты антиалкогольной компании в СССР очень неоднозначны, ведь в связи с ограничением в 1985 году производства алкоголя, возросло употребление крепких спиртных напитков собственного приготовления, что и изменило модель потребления алкоголя.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ситуация в Российской Федерации с употреблением алкоголя следующая: среднее количество употребляемых крепких алкогольных напитков в 2010 году равно 51%, а процент употребления пива – 38%.

В Украине ситуация достаточно похожая: водка – 48%, пиво – 40%.

В Беларуси: водка – 47%, другое – 31% и пиво – 17; в Литве процент употребления пива – 46%, а крепких алкогольных напитков – 34%; в Эстонии употребляют пиво – 41%, водку – 37%; а в Грузии ситуация следующая: вино – 50%, крепкие алкогольные напитки – 33%, пиво – 17%.

Ситуация за 2000-2015 гг. в связи со смертностью от злоупотребления алкоголя (возрастная группа 00-64) на 100 000 человек следующая:



Gráfico 1

Нужно обратить внимание на то, что данные насчет Российской Федерации на сайте ВОЗ отсутствуют, и в данном графике нет возможности рассмотреть ситуацию, которая сложилась в России и сравнить ее с данными с других стран. Также после 2004 года отсутствуют данные об Украине.

Также согласно вышеупомянутому источнику, в России, Литве и Беларуси имеется прописанный план национальной политики в связи с алкоголем, а в Украине, Грузии и Эстонии – он отсутствует.

По мнению Ерпылова А., (2014: 31), ситуация в России в 90-х гг. насчет употребления алкоголя резко ухудшается, и на душу населения приходится 14,5 литров алкоголя в год; а после 2000 г. – 15 л/чел. Также он утверждает, что «в стране складывается антикультура питья и разрушаются старинные питейные традиции» (2014: 34), приводя в пример употребление не только алкоголя, но и любых других препаратов, которые

содержат алкоголь. Нужно добавить, что действительно имеет место употребление настойки боярышника, пустырника, этилового спирта, но информация об этом не входит в данные официальной статистики.

Рассмотрим данные ВОЗ (с 2010 г.) на счет учтенного потребления алкоголя (количество литров чистого спирта на одного человека старшего 15 лет):

- Беларусь

В 2016 году был заявлен самый низкий показатель – 10,5 л алкоголя на человека, тогда как самый высокий показатель – 15,05 л/чел в 2011 г.

- Эстония

Самый низкий показатель – 2016 г. – 15,35 л/чел; самый высокий – 2013 г. – 17,75 л/чел.

- Латвия

Самый высокий показатель был отмечен в 2016 г. – 11,19 л/чел, в то время как самый низкий – 2010 г. – 9,83 л/чел.

- Литва

В 2016 г. был отмечен самый низкий результат, который составлял 13,61 л/чел, а самый высокий – в 2012 г. и составлял 15,15 л/чел.

Нужно обратить внимание на то, что показатели следующих стран создают впечатление немного заниженных, по сравнению с предыдущими данными. Это можно объяснить отсутствием точной информации из стран не входящих ЕС, и тем, что употребление некоторых алкогольных напитков не учитывается в данной статистике.

- Грузия

В 2016 г. показатель составлял 7,4 л/чел, в 2011 – самый высокий – 8,68 л/чел. А самый низкий был отмечен в 2013 г. и составлял 7,06 л/чел.

- Россия

На 2016 г. употребление алкоголя на человека составляло 8,42 л; а в 2010 г. этот показатель был более высоким – 10,98 л/чел.

- Украина

В 2016 г. – 5,82 л на человека, тогда как в 2010 г. был заявлен самый высокий показатель – 8,81 л/чел.

На счет предоставленных ранее официальных данных ВОЗ учтенного потребления алкоголя, нужно отметить, что статистика основана на данных об импорте и экспорте алкогольных напитков, на информации о продажах, и т.д. А в случае данных о неучтенном потреблении алкоголя, сюда включены спиртные изделия, которые не

контролируются государством. Именно поэтому ситуация существенно меняется в случае добавления результатов учтенного потребления к результатам неучтенного потребления алкоголя. Рассмотрим данные для вышеупомянутых стран:

Беларусь – 17,5 л/чел; Эстония 13,3 л/чел; Грузия 11,8 л/чел; Латвия 12,3 л/чел; Литва 15,4 л/чел; Россия 15,1 л/чел; Украина 13,9 л/чел.

Как можно заметить, данные о количестве употребления алкоголя на одного человека, значительно выше предоставленных ранее.

2.4. Situación actual en España

Tal y como se indica en la Ley Orgánica 4/2015 de 30 de marzo de Protección de la Seguridad Ciudadana, en su Artículo 36. Infracciones graves, sección 16: “el consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares”.

Como vemos, el consumo de drogas no se entiende como un delito en España, sino como una infracción grave, por lo que a pesar de no conllevar pena de cárcel, sí se impondrán sanciones económicas que pueden ir desde 601 a los 30 000 euros dependiendo de la gravedad de la infracción (Artículo 39. Sanciones.)

Al respecto de las personas que sufren de algún tipo de adicción, podremos destacar la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Título II, Capítulo I, Artículo 12:

1. Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas y otros trastornos adictivos en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando en todo caso la calidad y eficacia de los diferentes servicios y programas integrados en la red sanitaria única de utilización pública.
2. Potenciar los programas de integración social como objetivo del proceso asistencial, favoreciendo la conexión de los programas asistenciales con los primeros. Como mejor vía de integración social, se desarrollarán estrategias orientadas al acceso y mantenimiento en el ámbito laboral de la población drogodependiente.

Estos son solo los dos primeros puntos de dicho artículo, pero ya nos muestran claramente el enfoque que se sigue en España a la hora de actuar con personas con adicción.

En el Boletín Oficial del Estado (BOE en adelante) № 38, del 3 de febrero de 2009 p.12 se mencionan los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016:

- Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.
- Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.
- Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.

- Incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.

Nos gustaría mostrar también algunos de los principios en los que se basa el Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid, ya que creemos que son una buena muestra del proceso de intervención que se lleva a cabo por los profesionales en éste ámbito. Como podemos ver, la principal clave de éste tipo de actuaciones es el completo enfoque hacia el usuario y sus necesidades, independientemente de su origen, y la búsqueda de la reinserción social como fin último del proceso de intervención.

- Compromiso ético. Defender que todas las actuaciones desarrolladas en el marco del presente Plan de Adicciones tengan en cuenta los principios éticos de humanidad, autonomía, justicia e inocuidad, así como el respeto a los derechos humanos.
- Enfoque Integral. Entender las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial.
- Universalidad y Equidad. Facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, según su necesidad, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.
- Intersectorialidad. Promover la coordinación y cooperación entre las diversas redes públicas, instituciones y organizaciones sociales.
- Integración y Normalización. Orientar todos los procesos de intervención que se realicen, ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo “asistencia-reinserción”, hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social.
- Adaptabilidad e Innovación. Prever y anticiparse a los cambios sociales en general y, de forma concreta, a los que continuamente se producen en el ámbito de las adicciones.
- Calidad y evidencia científica. Orientar las acciones del Instituto de Adicciones hacia la mejora continua, la búsqueda de la satisfacción de usuarios/as, la eficiencia y la efectividad del sistema, a través de procesos de formación, investigación y evaluación continua.
- Perspectiva de diversidad identitaria, de modo que se tomen las medidas necesarias para facilitar el acceso y la atención a las personas con identidades diversas (orientación sexual, diversidad funcional, etnia, cultura, idioma, etc.), de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a sus necesidades, promoviendo paralelamente su integración social.

(Plan de Adicciones 2017-2021: 23-24)

Consultando el panorama general del EMCDDA, observamos que la droga de consumo principal es la cocaína 37%, cannabis 34%, heroína 22%, otras sustancias 6%, anfetaminas 1%. Además, según los datos del año 2017, el número de personas que se encuentran en tratamiento de sustitución de opioides es de 61 859.

Utilizando la fuente mencionada anteriormente, consultamos los datos sobre todos los consumidores admitidos a tratamiento en España por sustancia de consumo y encontramos que los pacientes tratados por consumo de cocaína ascienden a un total de 17864, seguidos por el cannabis con 16478, la heroína con 10911 y las anfetaminas con 655.

2.4.1. Organizaciones e instituciones para extranjeros con problemas de adicción

Los recursos recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (en adelante MSSSI) están agrupados en tres niveles, en el primer nivel nos encontramos los centros de atención primaria y los recursos que sirven para la reducción del daño, que proporcionan una primera atención a las personas con adicciones y es diferente dependiendo de cada comunidad autónoma (centros de emergencia social, unidades móviles etc.).

En el segundo nivel están los centros ambulatorios de asistencia, en los que se ofrecen tratamientos integrales individualizados, entre los cuales están los programas de tratamiento sustitutivo con opiáceos.

En el tercer nivel encontramos unidades que ofrecen desintoxicación hospitalaria, centros de día, recursos de apoyo a la intervención, etc. Entre las entidades que pertenecen a este nivel encontramos a Médicos del Mundo, Cruz Roja Española y muchas más.

En la página web del MSSSI se muestra información sobre centros de tratamiento para personas con adicciones por comunidad autónoma y por provincia. Por ejemplo, en Andalucía encontramos el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, que se centra en actuaciones acerca de drogadicción, se puede consultar la estructura e instituciones responsables, así como la estrategia a seguir y sus objetivos. En Galicia, el Plan de Trastornos Adictivos de Galicia; en Cataluña, el Plan de Actuación en Prevención sobre Drogas: Consumo Drogas y Problemas Asociados; en Castilla La Mancha, el Plan Regional de Drogodependencias y otras Adicciones; en la Comunidad Valenciana, el III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos; en las Islas Baleares, el Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones; en Canarias encontramos el III Plan Canario sobre Drogodependencias.

De acuerdo con el Plan de Adicciones (2017-2021: 37) Madrid Salud gestiona diferentes programas sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, y el Instituto de Adicciones pone en marcha y coordina otros espacios.

Según los datos de la Memoria Anual de 2017 de Madrid Salud, una de las líneas estratégicas de trabajo está relacionada con el problema de adicción, y está definida como:

- Ofertar a la ciudadanía de Madrid una intervención integral en materia de adicciones que permita establecer acciones eficaces en el continuo prevención/asistencia/reinserción, que minimicen el impacto negativo sobre la salud individual y la salud pública.

En Madrid existen centros públicos y privados, nos centraremos en los centros públicos que pertenecen al Ayuntamiento de Madrid.

CAD

Existen los siguientes Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) que pertenecen al Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, y que atienden a personas en los diferentes distritos de Madrid:

- CAD de Tetuán
- CAD de Arganzuela
- CAD de Villaverde
- CAD de San Blas
- CAD de Latina
- CAD de Vallecas
- CAD de Hortaleza

Los centros mencionados cuentan con diferentes profesionales que intervienen a lo largo del proceso de trabajo con personas con adicciones, ofrecen tratamiento y apoyo para las personas adictas a las drogas al alcohol y la ludopatía). En estos centros se atiende tanto a usuarios españoles como a extranjeros, ofreciendo además un servicio de interpretación para estos últimos.

En los CAD la atención a las necesidades empieza con la recepción y posterior acogida. La recepción consiste en la recogida de los datos esenciales de la persona (datos personales tales como nombre y apellido, nacionalidad, fecha de nacimiento; datos sobre su estatus legal en el caso de los extranjeros, documentación; si está en situación de calle; sustancia principal de consumo y si posee conocimiento de la lengua española). Ésta información ayuda a los profesionales a prepararse para comenzar el proceso de acogida. A continuación se le asigna una cita con el profesional correspondiente y en caso de ser necesario se solicita a un intérprete para poder valorar en profundidad la situación de la persona. Durante la primera cita con cualquier tipo de profesional, se le explican al usuario sus derechos y las normas del centro a seguir.

Además en muchas ocasiones es necesario contactar con otras organizaciones que puedan satisfacer otras necesidades de la persona (en caso de no tener lugar para pernoctar, en caso de necesitar asesoramiento jurídico urgente).

Según el Protocolo de la Intervención Social (2012:20), posteriormente se realiza la valoración: sanitaria, psicológica, social, ocupacional, etc. Normalmente se le asigna al usuario una cita con el profesional basándose en las necesidades que supongan una mayor urgencia, que puede ser con el médico, el psicólogo o el trabajador social.

Por ejemplo, en la cita con el médico se recoge toda la información relacionada con la sustancia principal de consumo y el historial de consumo, sobre tratamientos que haya llevado a cabo anteriormente, si está en consumo activo, sobre si padece de algún tipo de enfermedades. Además se le realizará una prueba para comprobar si está consumiendo algún tipo de sustancia y así poder prescribirle el tratamiento, siguiendo siempre un programa personalizado de intervención basándose en los datos obtenidos anteriormente.

También se recoge información sobre su situación familiar, el historial delictivo, ingresos y su situación laboral.

En la cita con el trabajador social se intenta averiguar otras necesidades del usuario (si está empadronado, si tiene tarjeta sanitaria). Toda ésta información es primordial para poder ofrecer los recursos adecuados y responder a sus necesidades.

Durante todo éste proceso, los diferentes profesionales del CAD se coordinan para realizar las labores de seguimiento de cada caso y valorar el progreso del tratamiento. Además muchas veces se realizan intervenciones grupales, aparte de la intervención individual.

Existe también la conocida como Unidad Madroño, que es una unidad móvil que trabaja con personas que no acuden a los centros de atención a las drogodependencias y cuenta con los siguientes profesionales: médicos, educadores, trabajadores sociales, enfermeros, etc. Según los últimos datos disponibles pertenecientes al año 2017, en esta unidad se han atendido 336 personas, de las que 151 eran nuevas. De todas las personas atendidas casi un 40% eran extranjeros, cuyas procedencias son un 59,63% de la UE, resto de Europa 22,94%, mientras que el resto pertenecen a África y América. (Memoria, 2017: 146).

La Rosa (Calatrava) es un centro abierto donde las personas que “presentan un alto grado de desarraigo y baja ausencia de compromiso con su tratamiento” (Pliego de prescripciones técnicas. Madrid Salud 2014:1) pueden permanecer tanto durante el día, como por la noche. Cuenta con un coordinador, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de servicios sociales, etc.

Destacamos éste centro no solo por el tipo de servicios que prestan, entre ellos atención sanitaria, rehabilitación, diferentes actividades, sino que dicho centro dispone del programa de reducción del daño. Su programa está orientado a minimizar el riesgo de contagiarse de alguna enfermedad o reducir el daño provocado por el consumo, poniendo a disposición del usuario un espacio controlado por los técnicos del centro, asignado para el consumo de alcohol. Además también se presta asistencia sanitaria para tratar las consecuencias del consumo y reducir la mortalidad.

CAID

En el municipio de Madrid encontramos los Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), entre ellos CAID Este (San Blas), CAID Sur (Usera), CAID Norte (Tetuán), etc., y que también cuentan con una unidad móvil.

Además en la página del Ayuntamiento encontraremos otros 19 centros de la Comunidad de Madrid.

CCAD

Centro Concertado de Atención a las Drogodependencias (CCAD), también pertenecen al Instituto de Adicciones, entre los centros concertados encontramos a CCAD Fúcar, CCAD

Casa de Campo, etc. Dichos centros disponen de distintos profesionales que trabajan con personas con problemas de adicción y además proporcionan apoyo a sus familiares.

CAB

Centro de Atención Básica Sociosanitaria (CAB), es un centro abierto que ofrece apoyo y realiza intervenciones con personas con problemas de adicción.

Entre los servicios que ofrece el Instituto de Adicciones encontramos el apoyo al tratamiento y a la reinserción, por ejemplo, servicio de orientación laboral (SOL), Servicio de Asesoramiento a Jueces e información al drogodependiente (SAJIAD), mediación comunitaria, talleres, etc.

Según la Guía de Recursos sociales (2017: 20), sanitarios y laborales para las personas con problemas de adicciones en la ciudad de Madrid entre los recursos de apoyo al tratamiento se encuentran:

- Pisos de Apoyo al Tratamiento (PAT) donde conviven las personas con problemas de adicción a las drogas, al alcohol y las personas sin hogar.
- Apoyo a la Dispensación de Metadona.

UDA

Unidad de desintoxicación alcohólica, en ella se ofrece desintoxicación hospitalaria a las personas que muestran dependencia del alcohol.

Además existen comunidades terapéuticas que atienden a las personas con adicciones y con trastornos mentales (pacientes con patología dual).

Por otra parte existen también otras entidades, como Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Rehabilitados Asociación Madrileña (RAM), Asociación “Centro de Acción Social San Rafael” (CAS San Rafael) que trabaja con los inmigrantes, Asociación Pan Bendito para inmigrantes y españoles en situaciones de riesgo, Cáritas Madrid – para inmigrantes drogodependientes y a los que están en situación de calle, etc.

Centro de emergencia

Según el Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes (2005: 77), un centro de emergencia es

[...] un Centro Socio-Sanitario, para la Atención Primaria del problema crónico de la drogodependencia, formado por un Equipo de profesionales, multidisciplinar, basado en el trabajo en equipo y, con funciones y actividades definidas, sustentadas en Programas y Protocolos/Guías de Actuación, fundamentados, en criterios científico-técnicos, mediante los que intervenir sistemáticamente de forma progresiva, gradual y complementaria, facilitando la Emergencia Social y la satisfacción de los usuarios, para poder realizar un abordaje integral y de calidad, permitiendo con la búsqueda activa de casos y su seguimiento, una óptima Atención del Drogodependiente.

Este tipo de centros atienden a todas las personas que muestran problemas de adicción, incluyendo a los que quieren acceder a un programa de reducción del daño, a menores de edad, con patología dual, a inmigrantes, y en el caso de estos últimos ofrecen un enfoque individual para poder intervenir de manera correcta, apoyado por las trabajadoras sociales. Estos centros también colaboran con una amplia red de organizaciones y recursos.

Además encontramos programas y subprogramas a disposición de los usuarios (2005: 103-108):

- Programa de reducción de daños y riesgos asociados al consumo de drogas (de venopunción, para el consumo inhalado/fumado de drogas, atención sanitaria básica y de urgencia, de prevención y control del VIH/SIDA, de mujer sana, etc.).
- Programa de atención básica a drogodependientes (de higiene personal, descanso nocturno).
- Programa socio-educativo (captación activa, acompañamiento y coordinación con otros profesionales).
- Atención psicosocial (asesoramiento psicológico, trabajo social, etc.).
- Programa de atención jurídica.
- Programa de supervisión y asistencia psicológica.

Además nos gustaría mostrar algunos datos obtenidos de la Memoria Anual (2017: 147) de Madrid Salud, ya que esta información nos puede aclarar la situación actual de la drogadicción en la Comunidad. El número de personas adolescentes y jóvenes atendidos en los CAD y CCAD durante el año 2017, ha sido el más alto desde 2012, habiéndose atendido un total de 657 personas. Mientras que el total de usuarios atendidos en estos centros asciende a 8674 personas. De todos ellos, los que han atendido un mayor número de usuarios han sido: CAD Tetuán con 1261, CAD Vallecas con 1206, CAD San Blas con 1186, CAD Arganzuela con 1134, CAD Latina con 1054.

Por otra parte, el número de usuarios que han mostrado otros problemas psicológicos a parte del problema de adicción y que han sido atendidos en los recursos de drogodependencia, asciende a 3324. Mientras que el número de personas atendidas que se encontraban en situación de sin hogar, resultó en un total de 592 personas.

En cuanto al número de las personas con problemas de drogadicción detenidas y que han recibido asesoramiento por el programa SAJIAD, estos han sido 4811 (también el dato más alto desde 2012).

El número de intervenciones realizadas por los mediadores asciende a 1800, y ha ido en aumento desde 2012, cuando se situaba en 1579 intervenciones. Desgraciadamente no es posible encontrar en la Memoria los datos relacionados con el número o las horas de interpretación.

Istmo

Nos gustaría destacar un programa del Instituto de Adicciones que se encuentra dentro de RAIS Fundación (actualmente RAIS HOGAR SÍ), Istmo. Es un programa orientado a las personas extranjeras con problemas de adicción. Cuentan con un equipo profesional entre los que encontramos a trabajadores sociales, mediadores interculturales, etc. Ofrecen acompañamiento, mediación, servicio de interpretación y traducción, apoyo con documentación y mucho más, ya que colaboran con otras organizaciones.

Aparte de acompañamiento a los CADs e interpretación y mediación, apoyan a los usuarios ofreciendo acompañamiento a distintas instituciones que ayudan a resolver diferentes aspectos necesarios para su reinserción a la sociedad. Además el equipo realiza el seguimiento de los usuarios durante todo el proceso, interviene con ellos directamente, les motiva, organiza talleres y presentaciones y da clases de lengua española a los extranjeros.

Los inmigrantes pueden acceder al programa Istmo por iniciativa propia, iniciativa profesional (captación) o derivados por otros profesionales de algún recurso (CAD, CAB, Samur Social, etc.).

El proceso de intervención se empieza con la acogida, que realiza un trabajador del programa para poder conocer al extranjero que acude al centro, conocer sus necesidades, ofrecer información y motivar. Además se realiza valoración de su situación y del consumo. Los datos obtenidos tras la primera entrevista ayudarán al equipo a encontrar los recursos necesarios para derivarle al programa más conveniente para él.

En cuanto a los datos de personas atendidas en 2017 por el programa, encontramos un total de 304 usuarios de los que el 90,47% son hombres y el 9,53% restante son mujeres. La mayor parte de estos (59,79%) consumen principalmente alcohol aunque encontramos muchas situaciones de policonsumo. En lo que respecta al origen de los usuarios, el 44% de las personas atendidas son originarias de la Europa del Este (Memoria Madrid Salud, 2017: 146).

De ahí podemos hacer la conclusión que la red de recursos para extranjeros que tienen problemas de adicción o que están en situación de exclusión social es muy amplia no solo en la Comunidad de Madrid, sino por toda España, ya que hay entidades y organizaciones orientadas no solo a los españoles con dichos problemas, sino para inmigrantes también.

2.5. Inmigración

De acuerdo con la RAE, migración es un desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales. Esto nos indica que este tipo de procesos continuarán produciéndose en el futuro, ya que la población tiende a desplazarse hacia las zonas económicas más desarrolladas desde los países más atrasados. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE en adelante) a 1 de enero de 2017 el número de la población que reside en España fue 46 528 996, entre ellos el número de extranjeros residentes en España es 4 424 409. En la siguiente tabla podemos observar la nacionalidad y

cantidad de extranjeros residentes en España y la variación en su número entre los años 2016-2017.

Variación de la población extranjera residente en España durante 2016 según principales nacionalidades

	Población a 1 de enero		Crecimiento anual(*)	
	2017(*)	2016	Absoluto	Relativo (%)
Total extranjeros	4.424.409	4.417.517	6.892	0,16
Rumania	678.098	695.045	-16.947	-2,44
Marruecos	667.189	680.486	-13.297	-1,95
Reino Unido	294.295	296.408	-2.113	-0,71
Italia	203.118	191.618	11.500	6,00
China	177.738	172.232	5.506	3,20
Ecuador	145.879	158.951	-13.072	-8,22
Alemania	141.523	142.051	-528	-0,37
Colombia	139.213	135.864	3.349	2,47
Bulgaria	126.436	130.501	-4.065	-3,11
Francia	103.062	100.737	2.324	2,31
Portugal	100.822	101.829	-1.007	-0,99
Ucrania	94.770	90.763	4.007	4,41
Bolivia	76.060	89.594	-13.534	-15,11
Rusia	71.959	69.565	2.394	3,44
Argentina	71.622	71.283	339	0,48

(*) Datos provisionales

Tabla 2

Para este periodo, se observa un crecimiento anual de 4.007 personas de origen ucraniano residentes en España, así como de un aumento de 2.394 de la población rusa.

En la página web del INE hemos consultado los datos de los extranjeros residentes en España (a 1 de enero de 2018) que provienen de Rusia, Ucrania, Bielorrusia y otros de los países postsoviéticos. En el gráfico creado observamos que la mayor cantidad de población en España es de Ucrania con 106823 personas, seguida de Rusia con 73700.

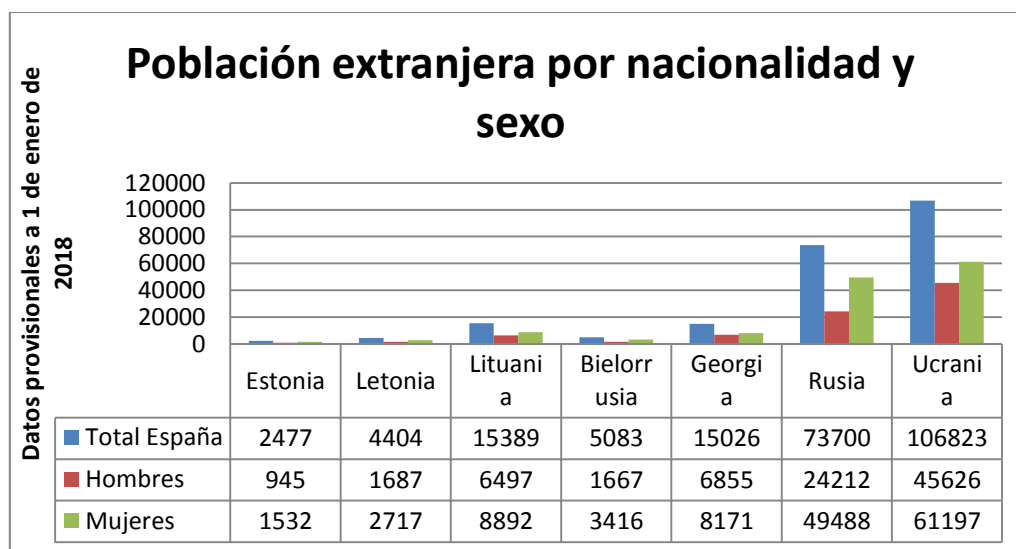


Gráfico 2

En el siguiente gráfico, podemos observar como en la Comunidad de Madrid, la mayor parte de la población extranjera proveniente de los países de la antigua URSS es de origen ucraniano con 23019 personas.

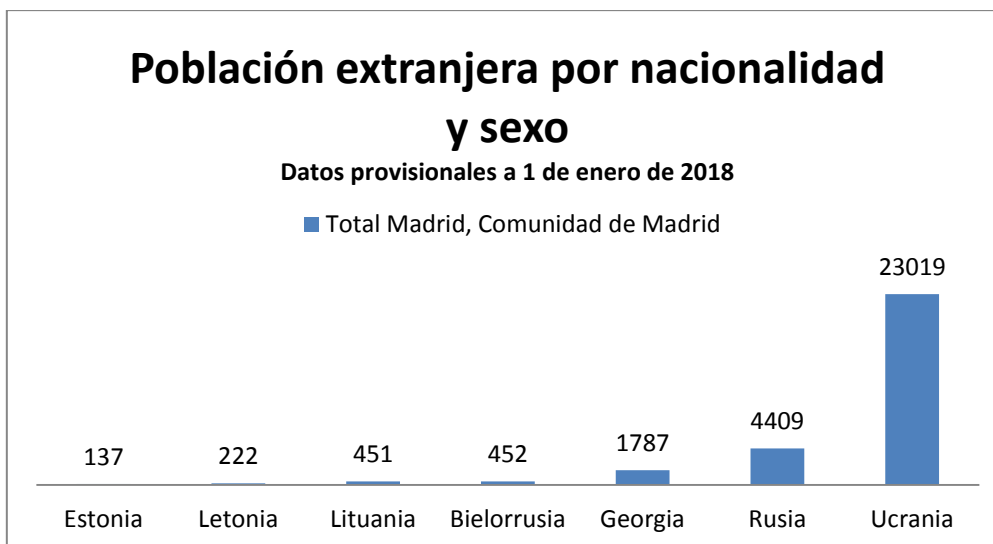


Gráfico 3

La migración es un proceso complejo en el que las personas se enfrentan a multitud de problemas, lo que puede suponer en algunos casos el empeoramiento de la situación en caso de existir consumo previo de alguna sustancia, además de complicar el acceso a los métodos y centros de tratamiento.

2.5.1. Inmigrantes de Europa del Este con problemas de adicción

Apoyados en los datos expuestos por el Instituto de Adicciones en página web del Ayuntamiento de Madrid (“Investigación cualitativa. Las necesidades de los inmigrantes en el ámbito del consumo de drogas”) observamos que la sustancia principal de consumo es el alcohol de alta graduación.

Además entre las principales características de los inmigrantes con problemas de adicción se destaca que ya llegan a España consumiendo heroína y cocaína o mezcla de dichas sustancias, y es ausente el apoyo familiar.

Según el estudio realizado en Cataluña (Saigí, 2014: 73) sobre el consumo de drogas entre españoles y extranjeros de Europa del Este, estos últimos comenzaron su consumo de drogas inyectadas en su país de origen y extendieron su consumo a otras drogas, como la cocaína al llegar al país de destino. En concreto los inmigrantes de Europa del Este que comenzaron a utilizar drogas en su país de origen consumen casi exclusivamente heroína (97,1%), mientras que los que comenzaron el consumo en el país de acogida consumen exclusivamente heroína (53,9%) o mezclada con cocaína (28,9%).

2.6. Interpretación en los Servicios Públicos

Como hemos visto anteriormente, el número de extranjeros en España ha crecido notablemente durante las últimas décadas, lo que nos indica que existe una demanda cada vez mayor de profesionales que puedan establecer un buen nivel de comunicación entre los

hablantes de diferentes idiomas en la sociedad multicultural, ya que en muchos casos, estas personas desconocen la lengua y muestran dificultades a la hora de adaptarse a una cultura distinta.

Tras consultar la bibliografía disponible acerca de este tema, podemos llegar a la conclusión de que la Interpretación en los Servicios Públicos todavía se encuentra en un periodo inicial de su desarrollo como actividad profesional y que solo está dando los primeros pasos para llegar a ser reconocida. A continuación mostraremos algunas citas acerca de la situación en la que se encuentra la ISP en este momento:

- Carmen Valero-Garcés (2002: 69): “Queda mucho camino por recorrer para lograr hacer de la traducción en los servicios públicos una profesión equiparable a la del traductor considerando profesional”.
- María Abril (2006: 95): “España se encuentra aún hoy a caballo entre [...] la negación de la necesidad de ISP y la provisión de soluciones ad hoc.”
- “La traducción en los SSPP va despertando poco a poco y es mucho lo que queda por hacer tanto a nivel de creación de recursos y acceso a ellos como de producción de materiales de calidad y aumento de la cantidad”. (Curso Virtual: Comunicación Intralingüística, 1-3).
- Dora Sales (2005: 6): “El papel de la traducción/interpretación en las relaciones entre los usuarios y los proveedores de los servicios públicos, como servicio social de enorme envergadura, está cobrando cada vez más importancia”.
- Valero (2003: 22): “En cuanto a los países del sur de Europa, la traducción/interpretación en los servicios públicos está dando sus primeros pasos y en la mayoría de los casos se trata de iniciativas individuales, poco apoyo estatal, escasa remuneración cuando existe, falta de formación y de coordinación así como de códigos éticos estandarizados”.

Lo mismo ocurre con la figura de un traductor/interprete/mediador profesional, ya que al ser poco valorada, en muchas ocasiones las propias instituciones del Estado son las que desprecian la necesidad de contar con estos profesionales. Esta situación influye al inmigrante que al acudir a una institución oficial, ya sea un centro de salud, un juzgado, etc., no le puede ser ofrecido un servicio de interpretación de calidad. Esto es debido a lo siguiente, que la labor del intérprete la realiza una persona que no está ni bien formada ni preparada.

En el artículo “Traducción e interpretación en instituciones públicas” (Hicheri, 2008: 213), la autora nos muestra una realidad bien conocida por todos los profesionales que se dedican a la traducción o interpretación en los servicios públicos, como es la falta de reconocimiento no solo por parte de los propios usuarios, sino también en muchas ocasiones por parte de los propios profesionales de las instituciones en las que llevan a cabo su labor. En este caso en

concreto se expone la preferencia a usar a familiares y amigos antes que a un profesional a la hora de realizar el servicio de interpretación.

Cabe destacar que según la investigación (Grupo CRIT) de Francisco Raga Jimeno (2006:226), “los inmigrantes valoran de manera muy positiva la sanidad pública española, su nivel tecnológico, la profesionalidad del personal sanitario y, sobre todo, la gratuidad de los servicios. Sin embargo, tanto los usuarios como el personal sanitario coinciden en calificar su relación mutua como bastante problemática, especialmente en el ámbito comunicativo [...]”.

Además expone que junto los problemas lingüísticos también pueden surgir diferencias culturales, que puede provocar que los inmigrantes se mantengan al margen del sistema sanitario u otras consecuencias incluso más graves.

Nos gustaría destacar a su vez otras de las investigaciones del Grupo CRIT “Claves para la comunicación intercultural” (2006) y “Culturas y atención sanitaria: Guía para la comunicación y la mediación intercultural” (2009), en las que desarrollan el tema de la interpretación para inmigrantes de diferentes culturas y analizan distintas situaciones que se puedan producir por diferencias culturales durante la interacción comunicativa.

Por otra parte, nos gustaría añadir que la investigación en el área de la Traducción e Interpretación en los servicios públicos se desarrolla continuamente y en los últimos años han sido creados diferentes grupos de investigación entre los que mencionaremos:

- Grupo FITISpos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación para los Servicios Públicos) de la Universidad de Alcalá, cuya coordinadora es Carmen Valero-Garcés. Creado en 1996, define su objetivo principal como “investigación de la calidad de la comunicación lingüística con población extranjera, fundamentalmente inmigrante”.

Entre los proyectos de investigación que han llevado a cabo, o que están desarrollando actualmente, nos gustaría destacar: “Desarrollo de lecciones prácticas sobre TISP para su incorporación en un MOOC sobre TISP” y “Comunicación eficiente en centros penitenciarios” de Carmen Valero Garcés; “Sistema de gestión de corpus para la innovación didáctica en traducción e interpretación” de Gloria Corpas Pastor.

Aparte debemos mencionar FITISPos International Journal, que ofrece una gran cantidad de artículos científicos acerca de diferentes temas de traducción e interpretación, mediación, etc., y donde podremos encontrar entrevistas y otra información relevante relacionada con la TISP.

Otra de las labores que este grupo lleva a cabo es la organización de seminarios, congresos y conferencias.

- Grupo GRETI, creado en 2001, tiene como objetivo “potenciar los estudios de Interpretación en España”. De este grupo forman parte ocho doctores, de los que la mayoría desarrollan su actividad docente actualmente en la universidad de Granada

(Facultad de Traducción e Interpretación), entre ellos podríamos mencionar a la doctora Anne Martín o María Isabel Abril.

- Grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), creado en 1998, centra su investigación en el “estudio de las interacciones comunicativas entre inmigrantes y naturales de la Comunidad Valenciana”. Pertenece a la Universidad Jaume I de Castellón. Entre sus miembros podemos mencionar a Francisco Raga Gimeno, Dora Sales Salvador.
- Grupo MIRAS (Mediación e Interpretación: Investigación en el Ámbito Social), centra su atención en la situación de la interpretación en los servicios públicos. Dicho grupo pertenece a la Universidad Autónoma de Barcelona y entre sus participantes podríamos mencionar a Mireia Vargas-Urpí, Marta Arumí y muchos otros doctores e investigadores.

2.6.1. Interpretación en el ámbito sanitario

Como hemos mencionado anteriormente, la importancia de los intérpretes profesionales en el ámbito sanitario es incuestionable. Esto es debido no solo al aumento de la cantidad de población inmigrante residente en España, sino también a la gran cantidad de población extranjera que accede al país para recibir tratamiento médico. Las razones son muy variadas, pero podríamos destacar la ausencia de ciertos tratamientos o programas en sus países de origen.

En el caso de las personas con adicciones, en las que se centrará nuestro trabajo, la utilización de los servicios de salud, ya sea consultas médicas generales u otras más específicas (programas de desintoxicación, terapia sustitutiva con metadona), será si cabe más habitual debido a que se encuentran en una situación más vulnerable, por lo que será necesaria la presencia de profesionales de la interpretación.

Los intérpretes que han recibido la formación necesaria se dan cuenta no solo de las dificultades y problemas a las que se pueden enfrentar ejerciendo su labor en el ámbito sanitario, sino de las diferencias esenciales con la interpretación en otros ámbitos. En este sentido cualquier mal entendimiento que se pueda producir durante la interpretación médica puede llegar a tener consecuencias graves o incluso fatales. No vamos a analizar las razones por las que pueden surgir este tipo de errores, pero la necesidad de interpretar información de forma muy precisa es incuestionable.

[...] переводческая ошибка может преобразиться во врачебную ошибку, с серьезными последствиями. Мы полагаем, что ситуация взаимодействия «врач – пациент» имеет свою специфику. Субъекты коммуникации здесь неравноправны: они имеют разный уровень компетенции в области медицины; незнание лингвокультурных норм, принятых в данном социуме, будет иметь нежелательные последствия для пациента [...] (Sukhareva y Chernikova, 2014: 115).

[...] un error de traducción puede transformarse en un error médico con graves consecuencias. Creemos que la situación de la interacción "médico-paciente" tiene su propia específica. Los sujetos de comunicación no son iguales, ya que tienen diferente nivel de competencia en el campo de la medicina; la ignorancia de las normas de la lengua y la cultura adoptadas en esta sociedad va a tener consecuencias indeseables para el paciente [...]

Una situación muy común en los servicios públicos es la descrita por Francisco Raga (2006: 226), en la que un trabajador sanitario y un inmigrante, al enfrentarse a un problema de comunicación, debido al desconocimiento de la lengua española por parte del extranjero, utilizan una lengua puente (inglés o francés) y gestos, lo que supone una comunicación muy básica en la que es imposible poder profundizar.

Como podemos observar, según Carmen Valero-Garcés (Valero-Garcés, Navaza, 2014: 166) la comunicación es una parte fundamental a la hora de prestar la atención sanitaria, por ello la presencia de intérpretes y mediadores es la única manera para “superar estas barreras y asegurar un derecho reconocido internacionalmente: el derecho al acceso a servicios de salud apropiados y equitativos”.

2.6.2. Interpretación y mediación

Interpretación

Para comenzar, vamos a reseñar que aunque teóricamente sobre el papel del intérprete y sus funciones se han realizado muchos estudios, en la práctica todo resulta mucho más complejo. Según Carmen Valero-Garcés y Bárbara Navaza (2014: 165) hasta ahora los códigos deontológicos establecían las pautas por las que el intérprete debía guiarse a la hora de llevar a cabo sus funciones, de las que las más importantes son: confidencialidad, fidelidad e imparcialidad. Con ello se buscaba que el intérprete fuese “invisible”, y se convirtiese simplemente en la voz de otra persona. Actualmente, los estudios llevados a cabo por investigadores e intérpretes muestran la necesidad de cambiar dicho paradigma, debido a que esta “invisibilidad” no es más que teórica y en la realidad no se adapta al trabajo diario de los intérpretes, donde su presencia puede condicionar la comunicación entre las partes.

Teniendo esto último en cuenta, existen dos modelos de interpretación según J. Cambridge (2003: 119): el modelo abogacía y el modelo imparcial. De acuerdo con el primer modelo, “el intérprete está presente para, literalmente, abogar por el paciente; toma partido, hace preguntas propias, aconseja al paciente y ofrece su opinión personal sobre los temas tratados durante el transcurso de la visita”. Como la propia autora indica, éste modelo presenta algunos inconvenientes o desventajas, de las que podríamos destacar la falta de imparcialidad, omisión o exceso de información, llevar a cabo tareas ajenas al intérprete.

En cuanto al segundo modelo “el intérprete, igualmente imparcial, repite todo lo que oye y todas las partes integradas a la conversación hablan con voz propia, entendidos en cada momento por los demás. El papel del intérprete consiste en convertirse en el alter ego, es decir, el otro yo de la persona cuyas palabras está interpretando. Si lo consigue, cada uno

puede decir, con energía, las palabras y las emociones que quiera, exactamente como lo diría si la interpretación no hiciera falta”. En éste caso es el propio intérprete quien decide en que momentos se debe parar para aclarar algún detalle que le parece importante, o para explicar algún elemento cultural.

Mediación

En lo que respecta a la mediación, nos gustaría mostrar algunas definiciones referidas a la cuestión de la mediación. De acuerdo con lo propuesto por Carlos Giménez Romero (1997:142), podríamos definir la mediación intercultural como:

una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y el desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados.

Además en el mismo artículo también destaca que la finalidad última de la mediación es ayudar a ambas partes, sin dirigirlas o guiarlas en ningún sentido, sino favoreciendo el entendimiento y la comunicación.

Según Dora Sales (2005:4):

Mediar no implica sólo traducir las palabras sino que va más allá, abarcando todos los aspectos de la comunicación no verbal (olor, gestos, movimientos del cuerpo, silencios, etc.), que culturalmente son claves.

[...] el mediador es algo más que un traductor/intérprete, pues la traducción/interpretación es sólo un aspecto de la mediación, que se perfila como una modalidad de intervención social.

Como conclusión, podríamos decir que el papel del mediador intercultural es intervenir en cuestiones complicadas, no solo facilitar la comunicación, sino ayudar a entenderse a las partes mediante la explicación de elementos culturales y ayudar a superar estereotipos.

En el caso de los traductores/intérpretes, su labor de acuerdo con Carmen Valero (2003: 5) será “no solo llevar a cabo un mero trasvase lingüístico sino que unir funciones de coordinación, mediación o negociación de significados culturales o sociales. El problema está en encontrar el límite preciso de esa intervención”.

Además a este respecto nos gustaría mencionar un ejemplo expuesto por Leila Hicheri en su artículo “Traducción e interpretación en instituciones públicas” (2008: 216), donde realizando la labor de intérprete se enfrenta a una situación que va más allá de sus funciones y debe encontrar la manera más adecuada de proceder:

[...] un chico marroquí que venía a exponer ante la trabajadora social varias situaciones a la vez: busca de alojamiento, asesoramiento contencioso-laboral, problemas económicos. En medio de la conversación empezó a alterarse, llorando y gritándome que tenía que ayudarlo por todos los medios y amenazando con suicidarse. Al principio intenté calmarle, pero cuando vi que la situación excedía mis funciones, recurrí a la mediadora de la Oficina y seguí limitándome a la mediación lingüística entre ellos. He aquí una situación clara de

conflicto que no tiene que ver con diferencias lingüísticas o culturales y no era mi función mediar para solucionar este conflicto.

Este tipo de situaciones en las que las labores del intérprete y el mediador se solapan son muy habituales durante los servicios. En este caso vemos como el intérprete debe ceñirse a la realización de sus funciones, solicitando la presencia del mediador en cuanto la situación excede las labores que le corresponden.

Como explican Raquel Lázaro Gutiérrez y Jesús Tejero González (2017), las funciones que deben llevar a cabo los intérpretes y mediadores se diferencian más en teoría que a nivel práctico. Esto es debido a que a pesar de que las funciones que ambos llevan a cabo son muy diferentes, el intérprete se limitará a trasladar información de forma neutral y respetando al máximo el texto de origen, mientras que el mediador lleva a cabo un amplio abanico de tareas relacionadas con las posibles diferencias y choques culturales que puedan surgir entre el paciente y el personal sanitario. En la práctica, las funciones de ambos profesionales suelen confundirse, por lo que en muchas ocasiones el intérprete suele ser quien aclare ciertos aspectos culturales durante el servicio, y en otras es el mediador el encargado de trasladar los mensajes de una lengua a otra.

3. Objetivos y Metodología

3.1. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer la realidad de la situación en la que se encuentra la Interpretación en los Servicios Públicos, enfocándonos en el contexto de personas con adicciones, en nuestro caso personas ruso hablantes.

Además, podríamos destacar los siguientes objetivos secundarios:

- Conocer el estado en el que se encuentran las personas con problemas de adicción en sus países de origen.
- Analizar los recursos disponibles en España, concretamente en la Comunidad de Madrid.
- Identificar las dificultades a las que se enfrentan los intérpretes que realizan su labor en los servicios públicos y la problemática específica relacionada con la interpretación para personas con adicciones.
- Conocer la opinión de los distintos profesionales inmersos en el trabajo en este contexto.

3.2. Estructura y metodología

Estructura

En cuanto a la estructura del presente trabajo, lo hemos dividido del siguiente modo: en el marco teórico intentamos explicar el complejo significado de la droga y la adicción, además nos centramos en conocer la situación con respecto a este tema en algunos de los países de la Europa del Este (sustancias principales de consumo, el estado de la asistencia sanitaria en cuestiones de adicción, etc.). También hemos analizado el estado de la situación en España, lo

que nos permite compararla con estos países y entender mejor las necesidades de las personas con problemas de drogadicción, y por qué en muchos casos acuden a España en busca de un mejor tratamiento o asistencia sanitaria para las enfermedades derivadas de la adicción.

Con respecto a esto último, hemos estudiado el concepto de la inmigración, centrando nuestra atención en los inmigrantes de la Europa del Este con problemas de adicción. Hemos creído importante también analizar el estado de la interpretación y la mediación en los servicios públicos, particularmente en el ámbito sanitario.

En la parte práctica de la investigación nos ha parecido muy importante buscar y analizar las dificultades que conlleva el trabajo del intérprete en contextos de drogadicción. Para ello hemos llevado a cabo una encuesta, de la que procederemos a analizar las respuestas obtenidas en el capítulo 5. Además, con el fin de conocer mejor el marco de trabajo de los intérpretes en este contexto hemos realizado diferentes entrevistas, las cuales analizaremos en el capítulo 6.

Metodología

Para poder alcanzar nuestros objetivos, hemos utilizado el método cualitativo, definido por Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987: 7), “La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”.

No obstante, con el fin de satisfacer las necesidades de la investigación, hemos recurrido a la utilización de elementos del método cuantitativo, en nuestro caso se trata de una encuesta.

Por otra parte, nos gustaría destacar también la labor de recopilación de información llevada a cabo acerca del tema. Para la cual nos hemos servido de diversos folletos, guías, protocolos e informes elaborados por Madrid Salud.

Sujetos

Los perfiles de los sujetos seleccionados para las entrevistas han sido los siguientes:

1. Mediadoras interculturales del programa Istmó.
2. Profesional del Centro de Atención a las Drogodependencias.

El primer perfil entrevistado corresponde a las mediadoras interculturales, que intervienen directamente con extranjeros con problemas de adicción y que se encuentran en situación de calle. En cuanto al segundo perfil, nos permite conocer la opinión de un profesional médico que habitualmente lleva a cabo su labor con personas extranjeras adictas a las drogas y al alcohol, y que suele requerir los servicios de un intérprete durante las consultas. La información recogida nos ha resultado muy valiosa, ya que en todos los casos se trata de profesionales con muchos años de experiencia y que conocen bien tanto la situación pasada, como actual de la cuestión, así como su problemática, y nos ayudarán a intentar localizar posibles soluciones para algunas de las dificultades y problemas más habituales.

Para poder realizar dichas entrevistas, hemos contactado con antelación con los profesionales para poder asignar una cita en el momento más adecuado para ellos, tras lo cual nos hemos desplazado a su lugar de trabajo.

Concretamente, las entrevistas a las mediadoras fueron realizadas el 18 de mayo de 2018 en el CAD San Blas, y el 30 de mayo en Rais Fundación. Mientras que la entrevista al médico-subdirector tuvo lugar el 29 de mayo de 2018 en el CAD Villaverde. Antes de llevar a cabo las entrevistas, hemos pedido permiso a los profesionales para llevar a cabo la grabación de la conversación a fin de poder transcribirla más adelante.

En cuanto al perfil de los sujetos seleccionados para la encuesta, nos gustaría resaltar que hemos utilizado un perfil bastante amplio, tanto a nivel de edad, como a nivel formativo, de experiencia y de idiomas de trabajo. Este perfil tan diverso nos ha ayudado a conocer las diferencias y similitudes en las opiniones de los encuestados, especialmente fijándonos en el nivel de experiencia, tal y como veremos más adelante.

Para llevar a cabo la encuesta, hemos contactado con:

- antiguos y actuales alumnos del Máster en Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos;
- intérpretes que han realizado prácticas en instituciones que prestan servicios para personas con adicciones;
- profesionales que han desarrollado o desarrollan actualmente labores como intérprete con usuarios de dicho perfil;
- una empresa de traducción, que ha accedido a compartir la encuesta entre los profesionales con los que colaboran.

El total de encuestados ha ascendido finalmente a 50 personas.

Hemos planteado el tema de la investigación basándonos en la falta de información al respecto, estudiando la parte teórica de la interpretación en el ámbito sanitario y adaptándola al contexto de trabajo con personas con drogadicciones, para, posteriormente realizar una encuesta y varias entrevistas a fin de obtener la mayor cantidad de información posible y proceder a analizarla.

Recogida de datos

Entrevistas

Tal y como destacan Taylor, S.J. y Bogdan R en su obra “Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados” (1987: 195):

[...] las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas [...].

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

Es interesante también la descripción de la entrevista cualitativa que propone Alan Bryman (2004: 322):

- *В качественном интервью в большей мере проявляется интерес к точке зрения самого интервьюируемого.*
- *В качественном исследовании часто приветствуется «разбросанность» или внезапное отклонение - это дает возможность погружаться в то, что интервьюер считает важным и релевантным.*
- *Интервьюер может значительно отклоняться от разработанного некоего плана или гайда (путеводителя по интервью). Он может задавать новые вопросы, которые вытекают из реплик респондента, варьировать порядок и даже формулировку вопросов.*

- En una entrevista cualitativa, se presta interés en mayor medida en el punto de vista del entrevistado.
- En la investigación cualitativa a menudo se aprecia la «dispersión" o la desviación repentina, esto le da la oportunidad de sumergirse en lo que el entrevistador considera importante y relevante.
- El entrevistador puede desviarse significativamente del plan o guía desarrollado (guía para la entrevista). Puede hacer nuevas preguntas que surjan de las respuestas del encuestado, variar el orden e incluso la formulación de las preguntas.

Para lograr nuestros objetivos hemos decidido utilizar una entrevista semiestructurada en profundidad, ya que este tipo de entrevista nos ha permitido obtener información personal de la persona entrevistada para poder valorar sus logros profesionales, y plantear preguntas acerca de su experiencia y también compartir su opinión acerca de temas complejos.

Las preguntas realizadas durante las entrevistas se pueden consultar en el apartado de análisis, mientras que la versión completa de estas puede encontrarse en el Anexo I. Entrevistas.

Nos gustaría añadir que además de las preguntas que hemos preparado, nuestros entrevistados han tenido libertad a la hora de añadir alguna cuestión que les ha podido resultar interesante o importante.

Durante el transcurso de las entrevistas los protagonistas han mostrado más interés en algunos temas, especialmente han centrado su atención en las dificultades que pueden surgir durante su trabajo y los consejos que cada uno ha considerado más apropiados. Además la entrevista ha sido bastante flexible para no interrumpir la conversación, ya que muchas veces los propios entrevistados han respondido a las preguntas establecidas sin necesidad de que estas hayan sido planteadas. Nos hemos ayudado también de preguntas complementarias para guiar al entrevistado y recibir la información necesaria acerca del tema que estábamos tratando. Es preciso aclarar que las preguntas realizadas a las mediadoras y al médico del CAD difieren un poco entre sí para adaptarlas a las diferentes especialidades de cada uno de los entrevistados, no obstante, el fondo del cuestionario permanecerá intacto.

Como veremos más adelante, hemos agrupado las preguntas en diferentes categorías para intentar abarcar todos los aspectos posibles de la experiencia de los entrevistados.

Por último, hemos procedido a transcribir las entrevistas y a llevar a cabo su análisis.

Encuesta

Hemos recurrido a la utilización de una encuesta para conocer el perfil de los intérpretes y su opinión acerca de diferentes cuestiones relacionadas con el desarrollo de su labor en el contexto de drogadicción.

La encuesta creada consistía de 16 preguntas en las que hemos intentado abarcar los temas que nos interesaban. Para poder preparar las preguntas correctas, previamente hemos decidido los objetivos que nos gustaría alcanzar.

El cuestionario elaborado consiste de diferentes tipos de preguntas, entre las que encontraremos preguntas cerradas, en las que se debe hacer una elección entre las variables propuestas, preguntas mixtas, donde los encuestados pueden añadir una respuesta corta que consideren conveniente, y preguntas abiertas.

Una vez finalizado el proceso de diseño de la encuesta, hemos procedido a enviarla a los destinatarios a través de Internet.

Veamos la encuesta:



The image shows a screenshot of a survey form titled "Encuesta Trabajo Fin de Máster". The form is set against a white background with a green header and footer. The title is centered at the top. Below the title, there is a paragraph of introductory text explaining the survey's purpose and confidentiality. A red asterisk indicates that the following questions are mandatory. The first question, "1. Sexo *", has two radio button options: "Femenino" and "Masculino". The second question, "2. Edad *", is a dropdown menu with the text "Elige" and a downward arrow. The third question, "3. Nacionalidad *", is followed by a text input field labeled "Tu respuesta".

Encuesta Trabajo Fin de Máster

Esta encuesta está orientada a los intérpretes para conocer su perfil y su opinión acerca de la interpretación para personas con adicciones. Esta información es estrictamente confidencial y los datos recogidos se utilizarán para conocer mejor el tipo de profesional que usualmente presta este tipo de servicios.

***Obligatorio**

1. Sexo *

Femenino

Masculino

2. Edad *

Elige ▼

3. Nacionalidad *

Tu respuesta _____

4. Lengua materna

Tu respuesta _____

5. Formación *

- Sin estudios
- FP
- Grado
- Máster
- Doctorado
- Otro: _____

6. ¿Que estudios tiene? *

- En Filología
- En Traducción e Interpretación
- En Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos
- Mediación
- Otro: _____

7. Idiomas de trabajo *

Tu respuesta _____

8. ¿Posee experiencia como intérprete en los Servicios Públicos?, indique en que ámbito (sanitario, jurídico, administrativo, etc.). *

Tu respuesta _____

9. En caso afirmativo, ¿Cuántos años de experiencia tiene? *

Elige ▼

10. ¿Tiene experiencia como intérprete con personas adictas a las drogas y/o al alcohol? *

- Sí

No

11. En caso afirmativo, ¿Cuántos años de experiencia?

Elige

12. ¿Dónde ha desarrollado servicios de interpretación con dichos usuarios?

Centros específicos para personas con adicciones (CAD, CCAD, etc.)

Hospitales

Administraciones públicas, embajadas, oficinas de empleo, etc.

En la calle

Otro:

13. ¿Cree que es necesaria formación específica para el trabajo con personas de dicho perfil? *

Sí

No

Tal vez

14. ¿Con que problemas cree que se puede enfrentar un intérprete realizando su labor en este contexto? *

Actitud agresiva por parte del usuario

Falta de información sobre interpretaciones con dichos usuarios

Dificultades lingüísticas

Otro:

15. ¿Cree que es peligroso en estos contextos tener un intérprete no profesional? (Indique por qué).

Tu respuesta

16. En caso de acudir a un servicio, y encontrar al usuario bajo los efectos del alcohol o drogas, ¿cómo procedería?

Llevaría a cabo el servicio

15. ¿Cree que es peligroso en estos contextos tener un intérprete no profesional? (Indique por qué).

Tu respuesta

16. En caso de acudir a un servicio, y encontrar al usuario bajo los efectos del alcohol o drogas, ¿cómo procedería?

Llevaría a cabo el servicio

Rechazaría realizar el servicio

Otro: _____

ENVIAR

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Notificar uso inadecuado - Condiciones del servicio - Otros términos

Google Formularios

4. Contexto de trabajo

4.1. Efectos psicológicos derivados de la adicción

Es conocido que la adicción a las drogas o al alcohol puede ser causa de diferentes enfermedades, además el consumo de cualquiera de las drogas provoca diferentes efectos inmediatos y efectos que pueden ser a corto o a largo plazo. En la Guía sobre drogas elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo podemos consultar los riesgos y consecuencias del consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína y drogas de síntesis. Por ejemplo, la mayoría de las drogas puede provocar impotencia, infertilidad, alteraciones cardiovasculares, enfermedades infecciosas (SIDA, VIH, hepatitis, etc.), problemas neurológicos, etc.

De acuerdo con el artículo “El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias” (1994:153) de Antonio Cano-Vindel, el abuso de sustancias tóxicas susceptibles de adicción a la larga produce tres fenómenos característicos:

1. tolerancia, es decir la necesidad de aumentar progresivamente la dosis para producir los mismos efectos;
2. dependencia psíquica, o habituación;
3. dependencia física, que se refiere a la aparición de síntomas físicos (síndrome de abstinencia) cuando deja de consumirse la droga.

En el presente trabajo nos centraremos en las consecuencias del consumo que pueden afectar directamente a la comunicación entre el intérprete y el usuario, y al proceso de interpretación.

Haciendo uso de materiales disponibles en Internet y tras consultar La Guía anteriormente mencionada, hemos creado una tabla para ver los efectos y las consecuencias del consumo de las diferentes sustancias. Nos enfocamos en los efectos no físicos, sino psicológicos (por síndrome de abstinencia, a corto y a largo plazo).

Sustancia	Tipo	Efectos psicológicos por síndrome de abstinencia	Efectos psicológicos inmediatos/ a corto plazo	Efectos psicológicos a largo plazo/consecuencias de consumo
1. Alcohol	Droga depresora	Ansiedad, nerviosismo, dificultad para pensar con claridad	Aumento de sociabilidad, impulsividad, conductas de riesgo, dificultad para pensar y hablar, descoordinación motora	Trastornos emocionales: agresividad, ansiedad. Trastornos mentales graves: depresión, deterioro cognitivo, demencia, psicosis
2. Cannabis/ marihuana/ hachís	Alucinógena/psicoactiva Droga depresora	Inquietud, irritabilidad	Descoordinación motora, alteraciones de la memoria/ atención/ concentración, dificultades para pensar	Problemas de memoria y aprendizaje, ansiedad Agresividad, Irritabilidad, inquietud, nerviosismo Trastornos mentales graves: depresión, psicosis, esquizofrenia Trastorno de personalidad
3. Cocaína	Droga estimulante	Agitación, inquietud	Excitación motora, cambios emocionales – ansiedad, aumento de concentración	Alteraciones del estado de ánimo: cambios de humor, agresividad, ansiedad, irritabilidad Trastornos psíquicos graves:

				depresión, paranoia, psicosis, esquizofrenia, crisis de ansiedad
4. Heroína	Droga depresora	Ansiedad, agresividad, embotamiento mental, hiperactividad motora, inquietud	Relajación, Tranquilidad	Ansiedad
5. Drogas de síntesis	Alucinógeno y estimulante	Agresividad, depresión	Inquietud, agobio	Alteraciones de atención, pérdida de memoria, agresividad, ansiedad. Puede llegar hasta trastornos mentales graves: depresión, paranoia, ataques de pánico
• Metanfeta mina			Aumento de atención, trastornos paranoides, irritabilidad	Comportamiento violento y agresivo, trastornos mentales graves: psicosis, síndrome paranoide
• Ketamina			Perdida de coordinación, dificultades para hablar y pensar, ansiedad, paranoia	Alteración de memoria y concentración
• PCP (fenciclidina)			Alteración en concentración y otros procesos cognitivos, ansiedad, pánico	Dificultad para hablar y pensar, depresión, alteración de memoria, pánico, psicosis

<ul style="list-style-type: none"> • GHB (éxtasis líquido) 			Ansiedad, Confusión	Graves: Trastornos paranoides, pánico , psicosis
<ul style="list-style-type: none"> • m-CPP (meta- clorfenilpiperazin a) 			Actitud violenta, psicosis, pánico	

En muchas ocasiones nos encontraremos con que el usuario consume una mezcla de sustancias, también llamado policonsumo, así podemos encontrar combinaciones tales como cocaína y heroína, cocaína y alcohol, marihuana y alcohol, cannabis y LSD, anfetaminas y alcohol, etc. Todas estas sustancias presentan diferencias en cuanto a los efectos que producen, ya sean estimulantes, depresivos, alucinógenos, y la mezcla de cualquiera de ellas puede provocar efectos adversos inesperados.

Además, debemos mencionar que muchos centros ofrecen terapia sustitutiva con metadona. La metadona es un opiáceo analgésico que se utiliza para superar la adicción a la heroína, superando el síndrome de abstinencia, lo que permite llevar a cabo el tratamiento de desintoxicación, aunque como cualquier otra droga, también puede causar dependencia.

Los efectos secundarios conocidos del consumo de metadona son confusión, pérdida de memoria, desorientación, euforia y embotamiento. Mientras que los efectos psicológicos por el síndrome de abstinencia son inquietud, depresión y ansiedad.

Otro de los medicamentos más utilizados en estos centros es la Naltrexona, que es un antagonista de los opiáceos, y que solo se puede utilizar en casos de personas que han dejado de consumir drogas. Los efectos secundarios derivados de su utilización son la irritabilidad, ansiedad, nerviosismo, confusión, fatiga y astenia.

En muchas ocasiones también se utiliza el Suboxone, que es otro antagonista de los opiáceos, contiene 2 mg de buprenorfina y 0,5 mg de naloxona y se utiliza para tratar la adicción. Entre sus efectos secundarios encontramos ansiedad, confusión, pérdida de la coordinación, nerviosismo, depresión y problemas en el habla.

Por otra parte hay que añadir que el uso de drogas produce efectos placenteros a corto plazo que incluyen euforia, sensación de bienestar, aumento de la comunicación, sensación de control, relajación, etc., lo que también influye al proceso de comunicación entre el intérprete y el usuario que presenta dichos síntomas.

Los efectos psicológicos producidos por el uso de las drogas dificultan el entendimiento, la posibilidad de expresarse del usuario y como consecuencia, el proceso de interpretación.

A modo de ejemplo, la emocionalidad excesiva por parte del usuario y el aumento de comunicación, dificultan al intérprete mantener la distancia con él, especialmente si están esperando juntos antes de la consulta con el profesional. Además al compartir el idioma y la

cultura, el usuario siempre intenta tener una conversación personal (pedir información personal, opiniones propias del intérprete acerca de alguna cuestión, etc.) con el intérprete.

Además al no contar con la presencia de apoyo familiar y al no poder comunicarse e interactuar con personas de otra cultura por problemas con el idioma, una de las mayores dificultades es la de mantener la distancia. Al respecto de esto, cabría añadir que romper totalmente la conexión entre el intérprete y el usuario es también contraproducente para la realización de la interpretación, ya que en cierta medida se necesita confianza por parte del usuario.

Atendiendo a las condiciones en las que el usuario se presenta para la realización del servicio de interpretación, podríamos agruparlos de la siguiente manera:

1. Usuarios que están en consumo activo y en el momento de asistencia del intérprete no están bajo los efectos de las sustancias.
2. Usuarios que están en consumo activo y en el momento de asistencia del intérprete están bajo los efectos de las sustancias.
3. Usuarios que están en tratamiento con medicamentos para superar su adicción.
4. Usuarios que intentan superar la adicción y no están en tratamiento con medicamentos
5. Usuarios que ya han superado la adicción.

Además, como ya hemos visto en la tabla anterior, el consumo de drogas puede llevar aparejados algunos efectos psicológicos, pero, además, puede ser causa directa o provocar el agravamiento de ciertas enfermedades debido al consumo prolongado, lo que se conoce como patología dual. Existen bastantes estudios acerca de la patología dual en los que se intenta averiguar la relación entre el uso de drogas y la aparición de problemas psicológicos.

Las intervenciones con usuarios con patología dual suponen otra de las dificultades para el intérprete, ya que no solo las consecuencias del uso de drogas dificultan la comunicación y la comprensión, sino que hay que tener en cuenta que, debido a estas enfermedades, estos usuarios pueden ser más inestables durante la cita, y el intérprete debe estar preparado para saber gestionar las situaciones que puedan darse.

En el artículo “Patología dual: una perspectiva europea” (Torrens, 2017: 4) encontramos el problema de tratar a los usuarios que muestran problemas con las drogas y de salud mental, ya que muchas veces les atienden en diferentes recursos, cuando sería más conveniente tratarlos en un único recurso enfocado en personas con este tipo de patología. Además, nos ofrece información acerca de las sustancias específicas que estos pacientes suelen consumir en relación con el tipo de trastorno que sufren.

Algunas de las enfermedades que más habitualmente pueden ser provocadas por el consumo de drogas son:

- Esquizofrenia
- Amnesia
- Trastorno bipolar

- Trastorno depresivo
- Trastorno de déficit de atención/hiperactividad
- Trastornos de personalidad (Trastorno Paranoide, Esquizoide, Narcisista, Antisocial, obsesivo compulsivo, etc.).

Este tipo de enfermedades pueden afectar al modo de expresarse, al comportamiento, a la manera en la que la persona estructura las oraciones, etc., por lo que suponen un reto mayor añadido para el intérprete a la hora de prestar el servicio. A este respecto nos gustaría añadir lo expuesto por María Carou, Estrella Romero y M^a Ángeles Luengo en su estudio “Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad” (2017: 114):

La impulsividad ha sido relacionada con el consumo de drogas y con otras conductas problemáticas en múltiples estudios, observándose en adictos, menor capacidad de inhibición de respuesta, dificultades para la reflexión y la planificación y tendencia a elegir reforzadores menores y más cercanos en tareas de demora de la gratificación (Olmstead, 2006), así como a presentar conductas violentas, pobre regulación comportamental y menor empatía (Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2015).

En la página web de la OMS, en el apartado V del International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tendremos acceso a un listado más detallado, en el que se muestran los posibles trastornos mentales y del comportamiento que se pueden derivar del consumo de alcohol y otras drogas.

4.2. Dificultades a las que se enfrentan los intérpretes

Según las dificultades a las que se enfrentan los profesionales durante la interpretación, expuestas por Sandra Hale en el artículo “La interpretación comunitaria: la interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social” (Hale, 2010: 143), la autora los divide en 4 grupos: problemas relacionados con la interpretación (lingüísticas, técnicas, tiempo, culturales), problemas relacionados con el contexto, problemas relacionados con los participantes y con el sistema.

4.2.1. Problemas relacionados con la interpretación

Es necesario familiarizarse con el vocabulario, ya que el intérprete debe estar preparado para evitar posibles errores y omisiones de información. Para el par de lenguas ruso-español se puede consultar “Glosario de términos de alcohol y drogas” (español-inglés) de la OMS y “Glosario de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas” (ruso-inglés) de la OMS. También sirven de mucha ayuda textos paralelos disponibles en Internet en la página de la OMS (<http://www.who.int/es>), donde podemos encontrar información tanto en ruso como en español acerca del consumo de alcohol, enfermedades infecciosas, trastornos, drogas y medicina tradicional. Nos gustaría mencionar igualmente otros recursos web donde es posible encontrar textos paralelos acerca de esta temática:

- www.drugs.ie (disponible en ruso y en español);

- www.adicciones.es (disponible en ruso, español e inglés) Revista Adicciones donde podemos encontrar artículos científicos;
- www.drugabuse.gov/ (en inglés y en español) National Institute on Drug Abuse, donde podremos encontrar información relacionada con las drogas y la salud;
- medlineplus.gov (en inglés y en español) MedlinePlus en la que disponemos de información sobre drogas, abuso, adicción y tratamientos.

Por otra parte, nos gustaría destacar el trabajo de María Sánchez Puig (1994: 260) “Léxico de drogadictos en el ruso actual: sistematización y traducción”, ya que ha sistematizado y clasificado el argot de las drogas en diferentes grupos (objetos, sujetos, actos, efectos), lo que será de gran ayuda a los traductores o intérpretes que lleven a cabo su labor en este contexto, debido a que el lenguaje que utilizan estos usuarios podrán suponer una dificultad para los intérpretes que no estén bien preparados. Entre estos términos, la autora nos propone: *косяк* (como nos muestra, se refiere a cigarrillo de narcótico – puerro, peta), *Марфа и Мария* (Marta y María, se refiere a morfina con alto grado de pureza), *сенокос* (el adicto al hachís, por ejemplo, canutero), *отходняк* (mono, bajón), *колесо* (pastillas – rueda, redonda), etc.

Dentro del vocabulario específico que los intérpretes que realicen su labor en este ámbito deben conocer, se encuentran los tipos de drogas (la sustancia que consume el paciente), los modos de consumo (inhalada, inyectada, etc.), las unidades de consumo, que pueden variar dependiendo de la sustancia (micras, gr, mg, etc.) y los efectos que producen (el profesional puede pedir describir cómo se siente el paciente, su estado de ánimo). Además, es importante familiarizarse con las enfermedades físicas y psíquicas causadas por el abuso de las sustancias.

Como ya hemos expuesto anteriormente, en Rusia, Ucrania, etc. muchos acuden a medicina tradicional y sobre todo a tratamientos a base de hierba, veamos la siguiente situación:

P – profesional

I – intérprete

U – usuario

P: *¿Padece de problemas hepáticos?*

I: *Есть ли у вас проблемы с печенью?*

U: *Да, она меня иногда беспокоит*

I: *Si, a veces tengo molestias*

P: *¿Томá algo para el hígado?*

I: *Принимаете что-нибудь от печени?*

U: *Да, расторопшу.*

I: *Сí, cardo mariano*.*

*Es una planta que se utiliza en la medicina tradicional, especialmente en Ucrania y Rusia, y sirve para el tratamiento de la cirrosis y la hepatitis. Posee propiedades antiinflamatorias y regenerativas, y en estos países es posible conseguirla sin receta médica.

En este caso el intérprete se enfrenta a una palabra que desconoce (cardo mariano).

En cuanto a las dificultades temporales, cualquier consulta con un profesional está bastante limitada en el tiempo, por lo que el intérprete tendrá la presión de agilizar lo máximo posible la comunicación entre las partes. Normalmente la típica consulta de seguimiento en un CAD es de unos 30 minutos, por lo que es muy importante que tanto el usuario, como el intérprete sean muy puntuales. En este tipo de consultas la dificultad consistirá en que el profesional siga el protocolo de la consulta y obtenga respuestas muy concretas, y en muchas ocasiones el usuario no responde directamente a la pregunta o alarga su respuesta, algo que el intérprete debe saber abordar.

Otro de los problemas de la falta de tiempo es que en ocasiones tienen lugar situaciones en las que el usuario no dispone de suficiente tiempo para que el profesional resuelva todas sus dudas. Un ejemplo de esto sería una situación en la que el intérprete pregunta al usuario si tiene más dudas para el profesional, y en caso afirmativo se continúa la interpretación mientras están saliendo del despacho o incluso en el pasillo. Además si se hace entrega al usuario de algún documento para firmar (consentimiento informado, protocolo de intervención), el profesional explica su contenido muy brevemente para no perder tiempo, por lo que la traducción a la vista prácticamente no se utiliza.

En lo que respecta a las diferencias culturales, tal y como dice Sandra Hale (2010), las diferencias interculturales son un reto para los intérpretes. Esto se debe a que en muchas ocasiones el intérprete que conozca bien la cultura de origen del usuario, tendrá que decidir si durante la conversación debe intervenir para aclarar algún malentendido o explicar algún choque cultural: “Si no interviene, incluso si la interpretación es precisa, puede argumentarse que no es fiel al original puesto que no se transmite la misma intención ni produce un efecto similar en el oyente. Si interviene para explicar esta diferencia cultural, le pueden decir que esa información no es necesaria puesto que es irrelevante para el caso” (Hale, 2010: 6).

Veamos a continuación una situación en la que un usuario refiere su adicción a la heroína y cocaína en la cita con el psicólogo, y, al escuchar que se puede superar su adicción y comenzar una nueva vida, el usuario responde que él es ya viejo, y que con 36 años ya no se puede empezar la vida de nuevo. Esto en muchas ocasiones desconcierta al profesional, ya que en algunos de los países de la Europa del Este, por la tendencia a comenzar muy jóvenes la vida familiar (es habitual casarse con 20 años, tener hijos pronto, ya que la creencia social es que si están casados y no tienen hijos deben tener algún problema) la persona no se siente joven con 36 años.

Otro aspecto cultural que el intérprete debe conocer es la comunicación no verbal, que según Rulicki, S. y Cherny, M., (2010: 33): “Puede definirse como aquella comunicación que tiene lugar a través de canales distintos del lenguaje hablado o escrito. Los significados de las

expresiones del rostro, de los ademanes y de las posturas son parte de la CNV, así como los significados de las miradas y las formas en las que se establece contacto físico”.

En el caso de los rusohablantes, en muchas ocasiones surgen preguntas por parte de los profesionales acerca de por qué son tan serios durante la cita, no mantienen el contacto visual, o ciertos gestos y ademanes que son desconocidos para el profesional.

4.2.2. Problemas con el contexto

El más habitual al que se enfrentará el intérprete dentro de éste ámbito es la imposibilidad de prepararse correctamente para llevar a cabo el servicio debido a la falta de información sobre el tema. Además, durante las interpretaciones con este tipo de usuarios el intérprete desconoce el contexto y en la mayoría de los casos no se le proporciona ninguna información hasta que ya ha comenzado el servicio.

4.2.3. Problemas relacionados con los participantes

En ocasiones pueden surgir problemas con los profesionales de los Servicios Públicos, ya que muchas veces no tienen experiencia de trabajo con intérpretes o entienden el trabajo de este de una manera que no es la correcta.

En el siguiente ejemplo el médico decide que el intérprete no necesita traducir todo al usuario:

P – profesional

I – interprete

U – usuario

P: Aquí tienes el consentimiento informado para el tratamiento sustitutivo con metadona. Tienes que leerlo y firmarlo.

I: Вот информированное согласие на метадоновую заместительную терапию. Вам нужно ознакомиться и подписать.

I: [el intérprete interviene y se dirige al profesional] ¿Se lo traduzco al usuario?

P: No, es estándar, que lo firme y ya está.

En este otro caso se solicita al intérprete que realice unas funciones que no le corresponden:

P: Ya hemos terminado. Ahora te harán un carné y ya podrás recibir el tratamiento aquí.

I: Мы уже закончили. Сейчас вам сделают карточку, и вы уже сможете получить здесь лекарство.

U: Хорошо, спасибо!

I: Vale, ¡gracias!

P: [Se dirige al intérprete] Acompáñale y explícale que es lo que tiene que hacer.

Este tipo de situaciones, que surgen por desconocimiento o ideas erróneas del papel del intérprete en las consultas, en ocasiones se producen junto a otro tipo de errores tales como:

[El profesional se dirige al intérprete]

- *Dile [al paciente] que no se preocupe y pregúntale cuándo fue la última vez que ha tomado alcohol.*

Aquí observamos que el profesional no se dirige directamente al paciente.

- *Habla con él y después me cuentas su historia de consumo, ¿vale?*

En éste caso, encarga al intérprete que obtenga información sin tener que hacer él mismo las preguntas.

También surgen muchos problemas con los usuarios, relacionados con su entendimiento del papel del interprete, ya que muchas veces para ellos no se trata de un profesional, sino que le ven como a un paisano, por lo que en muchas ocasiones intentan establecer conversaciones no relacionadas con el tema que se trata, o pedir consejo al intérprete. Un ejemplo de ésta conducta podría ser:

“¿Cuánto te pagan por hora? Si quieres, le cuento a la trabajadora social un chiste, para que estés más tiempo aquí”.

“¿Qué crees que tengo que hacer para recibir un sitio en este albergue?”

Complicidad:

“Tengo que convencerla [al médico] para que me dé más pastillas, ¿puedes decirle que las he perdido o me las robaron? Pero no le digas la verdad”.

Otra dificultad que nos gustaría comentar, está relacionada con el bajo conocimiento del idioma por parte del usuario o el profesional. No se trata de un caso en el que el profesional de los servicios públicos intenta establecer conexión con el paciente o mejorar el ambiente utilizando palabras del idioma nativo del usuario, por ejemplo, *спасибо, хорошо, как дела*, etc. Sino que se trata de una situación en la que se solicita la presencia del intérprete, y en la el usuario intenta hablar en español sin poder expresarse correctamente.

Mostramos un ejemplo:

P: *¿Cómo se siente hoy, mejor?*

I: *Как вы себя чувствуете сегодня, вам лучше?*

U: *Sí, sí, mejor.*

I: *[no procede a realizar la traducción por ausencia de necesidad]*

P: *¿Tienes algún síntoma, o las pastillas te han quitado totalmente el síndrome de abstinencia?*

I: У вас есть какие-нибудь симптомы, или таблетки сняли полностью признаки абстинентного синдрома?

U: Un poco trusejтся manos. [El usuario muestra al profesional el temblor en las manos, ya que desconoce la palabra].

En este caso creemos que el intérprete debe supervisar la comunicación, dejar expresarse al usuario, y después intervenir, interpretando la oración completa para que quede clara al profesional. Al mismo tiempo, el intérprete en estos casos debe valorar si el usuario entiende las preguntas o explicaciones dadas por el profesional, por ejemplo, intervenir preguntando si ha entendido o realizar la traducción de todas formas en momentos complicados.

En ocasiones el profesional de los servicios públicos decide utilizar algún otro idioma distinto al del intérprete solicitado, por ejemplo, se solicita intérprete de ruso y el profesional intenta comunicarse en inglés u otro idioma con el usuario durante algún momento de la sesión, porque sabe que el usuario puede entender un poco este idioma:

P: ¿Aparte de cocaína que estas tomando?

I: Что еще принимаете кроме кокаина?

U: Успокоительные таблетки и еще другие, чтобы лучше спать, не помню, как называются...

I: Ansiolíticos, y otras para dormir mejor, pero no recuerdo cómo se llaman...

P: ¿Cuántas tomas al día?

I: Сколько в день принимаете?

U: Три, иногда четыре.

I: Tres, a veces cuatro

P: ¿Al día, no?

I: В день, да?

U: Да.

I: Sí.

P: Seguro? Three? Three or four? [enseña tres y seguidamente cuatro dedos] Per day? [enseña un dedo].

Otra de las situaciones que pueden tener lugar son aquellas en las que el usuario con problemas de adicción, que tiene un dominio suficientemente del español, va a la consulta y se encuentra con la presencia del intérprete. En el centro donde se lleva a cabo la intervención normalmente conocen este tipo de circunstancias, pero piden igualmente un intérprete porque necesitan explicarle algo importante al usuario y necesitan asegurarse de que este lo

comprende correctamente. Es posible que en estos casos el usuario esté en contra de la utilización de un intérprete, y adopte una actitud agresiva, ya que no cree que sea necesario. Esta actitud complicará la labor del intérprete, debido a la no aceptación de su figura, pero a pesar de ello tendrá que supervisar la conversación y repetir la información más importante en el idioma nativo del usuario.

Por último, nos gustaría mostrar otra de las situaciones que pueden darse durante el servicio y que puede suponer un problema para el intérprete. Se trata de un caso en el que está presente un familiar o amigo del paciente durante la consulta, y este conoce ambos idiomas y siempre ha actuado como traductor ad hoc. En este caso suele ocurrir que esta persona, a ser capaz de entender la conversación, hable en nombre del usuario o interrumpa al intérprete para añadir otra información. Esto supone que finalmente acaben manteniéndose dos conversaciones paralelas, “medico-intérprete-usuario” y “médico-familiar/amigo del usuario”.

4.2.4. Problemas relacionados con el sistema.

El mayor problema a nuestro entender y que también han mencionado, como veremos más adelante, nuestros entrevistados, es la falta de formación específica en el ámbito de la interpretación en este campo de trabajo. A este respecto sería recomendable que se estableciera alguna asignatura o algún curso más específico dentro de los estudios de Traducción e Interpretación.

Además, sería de gran ayuda para los profesionales la creación de unas guías o pautas a seguir durante estos servicios, lo que facilitaría su adaptación al contexto y evitaría errores y situaciones inesperadas.

5. Encuestas. Resultados y análisis

Hemos creado una encuesta orientada a los intérpretes para conocer su perfil profesional y su opinión acerca de la interpretación para personas con adicciones. Las preguntas formuladas están enfocadas en encontrar la información y conseguir los datos necesarios que nos permitirán llevar a cabo el análisis. Nos centramos en la información personal (sexo, edad), en los estudios obtenidos, en la experiencia profesional como intérprete en los Servicios Públicos y en contextos de drogadicción. Además hemos planteado preguntas orientadas a conocer la opinión de los intérpretes sobre la realidad del trabajo con personas con adicciones (necesidad de formación, problemas a las que se enfrentan los intérpretes, algunos casos para ver como procedería el intérprete).

En la encuesta han participado 50 intérpretes.

A continuación procederemos a analizar los resultados obtenidos:

1. Sexo y edad de los encuestados

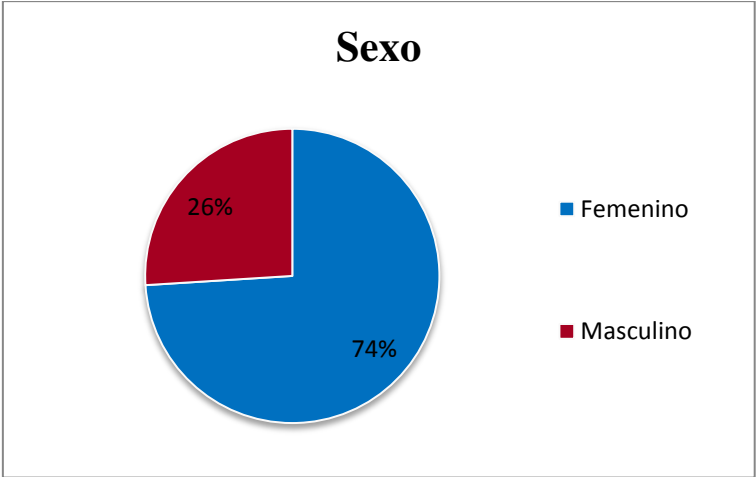


Gráfico 4

Entre los encuestados, 37 son de sexo femenino, lo que corresponde al 74%. Mientras que de sexo masculino son 13 personas, lo que corresponde a 26%. Como vemos existe una mayoría de intérpretes de sexo femenino.

Entre los grupos de edad que hemos establecido, podemos observar que el de mayor representación es el de 26 a 35 años con un 44% (22). Seguido por el grupo que se encuentra entre 18-25 años con un 24% (12), el de 36-45 con un 17% (10), de 46-55 con un 10% (5) y solamente uno de los encuestados indicó su edad como mayor de 65 años.

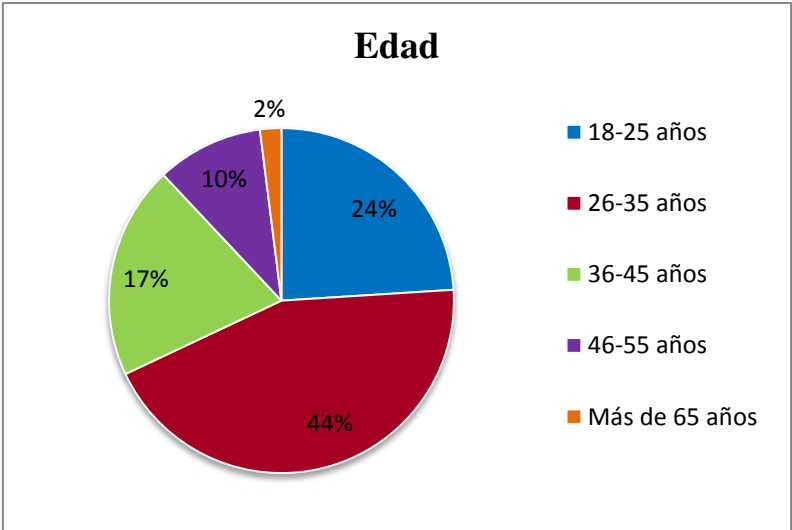


Gráfico 5

2. Nacionalidad y lengua materna

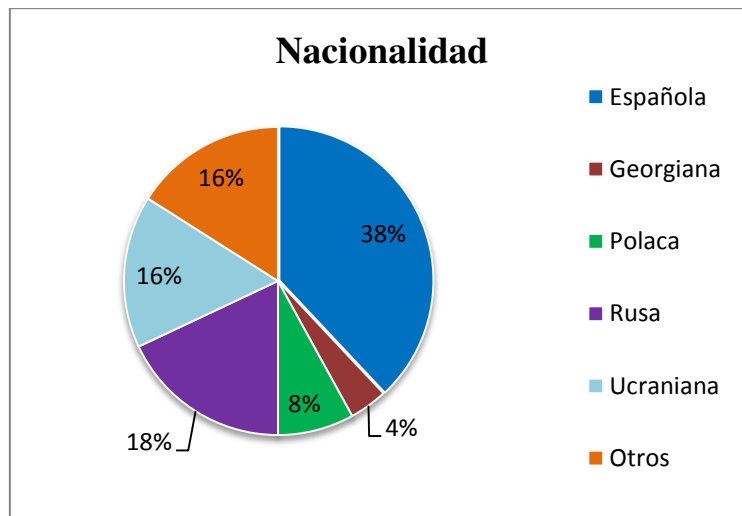


Gráfico 6

Entre los encuestados la mayor representación es de nacionalidad española (38%), seguida de la rusa (18%) y la ucraniana (16%).

Dentro de la categoría otros (16%) encontramos nacionalidades como portuguesa, rumana, bielorrusa, francesa, marroquí, etc.

Analizando los datos obtenidos, podemos observar como en algunos casos la nacionalidad y la lengua materna no son iguales. Por ejemplo, vemos cómo es posible tener la nacionalidad española mientras que la lengua materna puede ser el ruso, fula, portugués, armenio, árabe, etc.

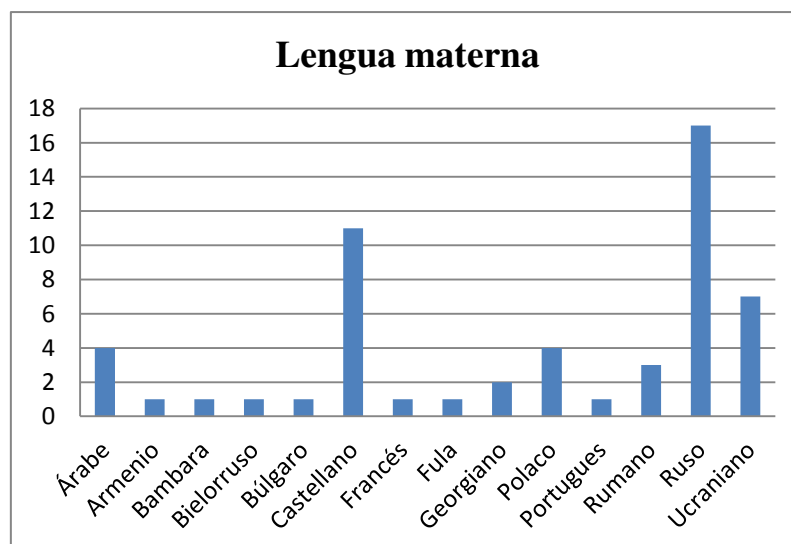


Gráfico 7

También hay que destacar que algunos de los encuestados tienen más que un idioma materno, como puede ser el caso del ruso y bielorruso, árabe y francés, ruso y español, ruso y ucraniano, etc.

En cuanto a los idiomas de trabajo, en la mayoría de los casos son normalmente más de dos idiomas, lo que analizaremos más adelante.

3. Nivel de estudios de los encuestados

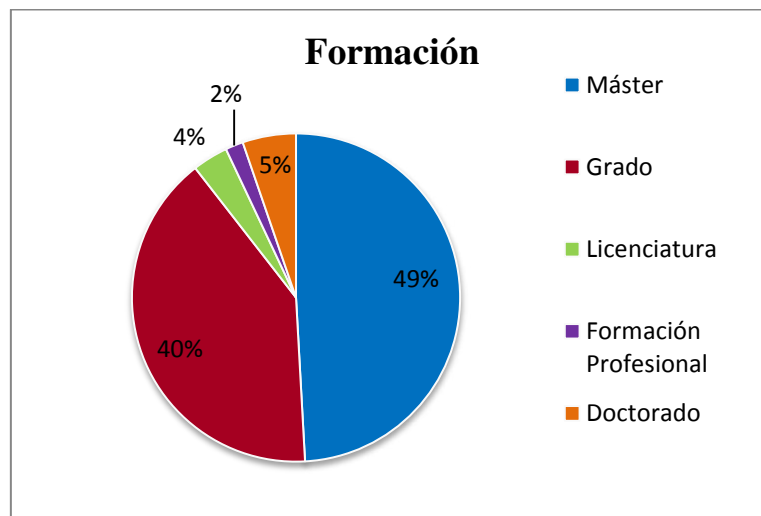


Gráfico 8

En esta grafica vemos como una mayoría de los encuestados poseen estudios de Máster (49%) y de Grado (40%).

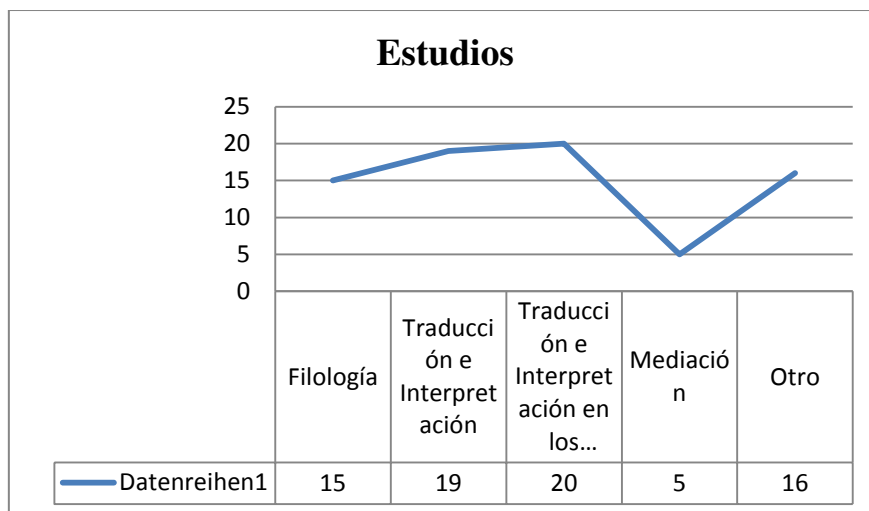


Gráfico 9

En cuanto a la especialización en estudios relacionados con la labor profesional encontramos titulaciones como Filología (15), Traducción e Interpretación (19), Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (20) y Mediación (5). Podemos observar como una gran mayoría de los intérpretes encuestados tienen estudios especializados.

Mientras que en cuanto a estudios no relacionados con la labor profesional, solamente 16 personas están en posesión de otros títulos, entre los que podemos mencionar Relaciones Internacionales, Ciencias Empresariales, Actuación, Turismo, Ciencias Políticas, Psicología, Geografía, etc.

4. Idiomas de trabajo

Como vemos en la siguiente gráfica, el par de lenguas más repetido por parte de los encuestados es el español-ruso, y podemos observar también como muchos de ellos tienen el inglés como tercera lengua de trabajo. En cuanto al resto de los idiomas de la Europa del Este, el ucraniano es el siguiente idioma más utilizado tras el ruso.

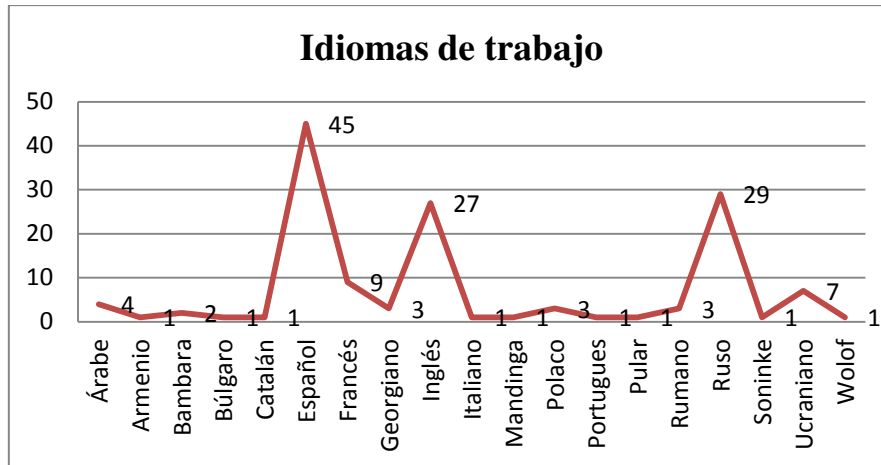


Gráfico 10

5. Experiencia profesional

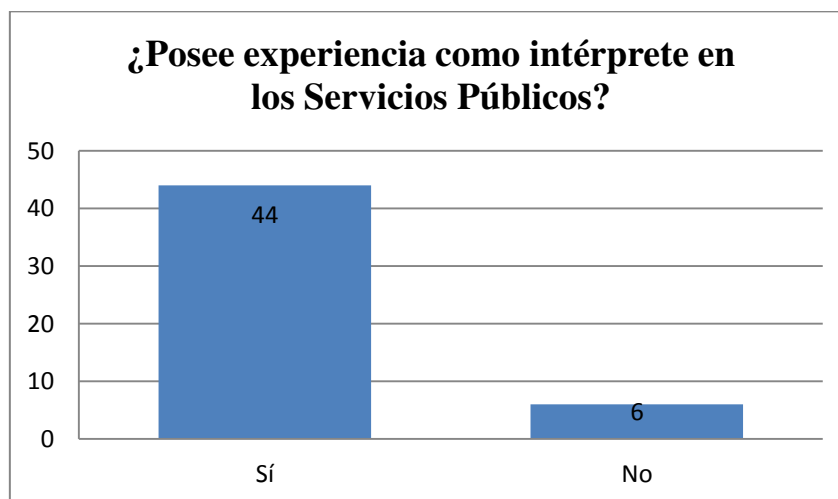


Gráfico 11

Como podemos observar en el gráfico superior, la mayoría de los encuestados poseen experiencia como intérprete en los Servicios Públicos, mientras que en el gráfico inferior podemos ver los años de experiencia con los que cuentan.

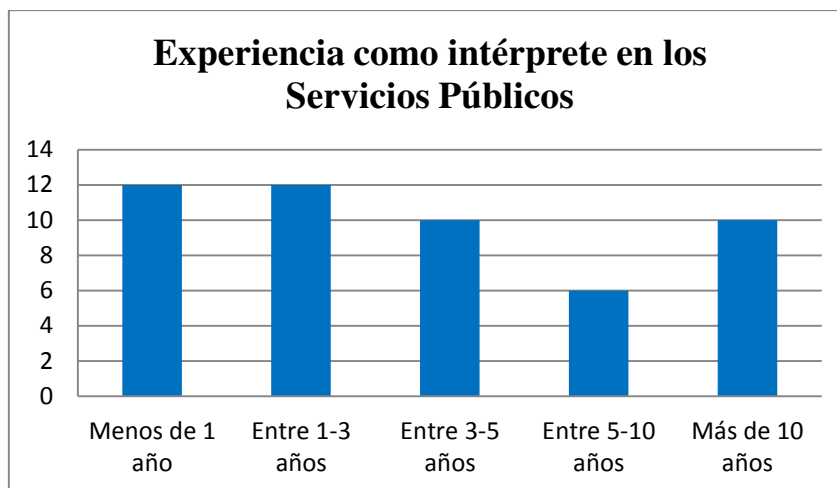


Gráfico 12

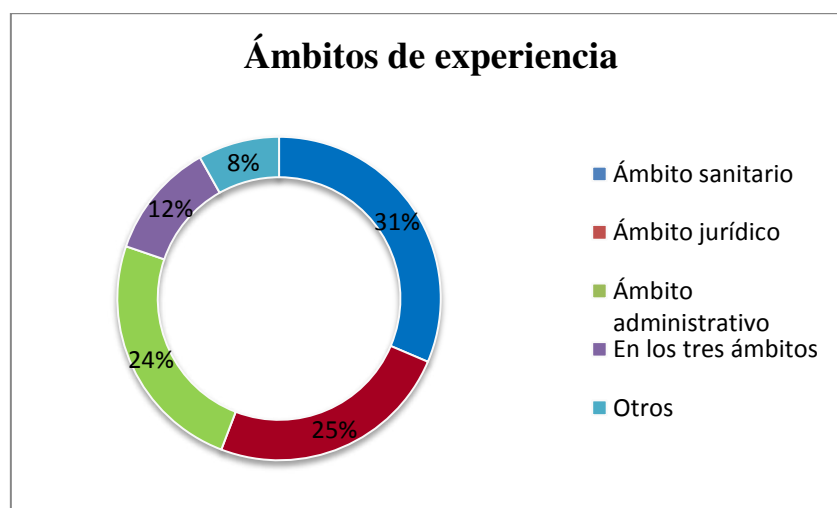


Gráfico 13

Entre los que tienen experiencia como intérprete en los Servicios Públicos, un 31% ha indicado que ha desarrollado su labor en el ámbito sanitario, mientras que en el ámbito jurídico un 25% y en el ámbito administrativo un 24%. En la categoría Otros, los encuestados han referido experiencia en diferentes ámbitos como el policial, sociosanitario, educativo, social, etc.

Con respecto al tema a tratar en el presente trabajo, la siguiente grafica nos muestra como algo más de la mitad (52%) de los encuestados no poseen ninguna experiencia como intérpretes para personas con problemas de adicción. Esto nos ayudará más adelante a ver las diferencias entre la percepción que tienen de este tipo de servicios los profesionales con y sin experiencia en este ámbito.

Experiencia como intérprete con personas adictas a las drogas y/o al alcohol

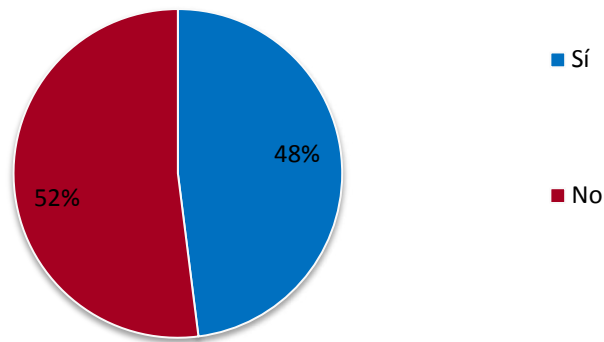


Gráfico 14

Entre los que sí han realizado este tipo de servicios (48%), a continuación se muestran los años de experiencia. Como podemos ver, más de la mitad de los encuestados se encuentran en los dos primeros tramos entre menos de 1 año y 3 años. Esto podría indicarnos, tal como se nos ha mencionado por parte de uno de los profesionales entrevistados, que la demanda de este tipo de servicios todavía es muy reciente. A pesar de ello, hemos encontrado profesionales con más de 5 o 10 años (34%) de experiencia, cuya opinión nos ayudará a conocer mejor este ámbito de trabajo.

Experiencia como intérprete con personas adictas a las drogas y/o al alcohol

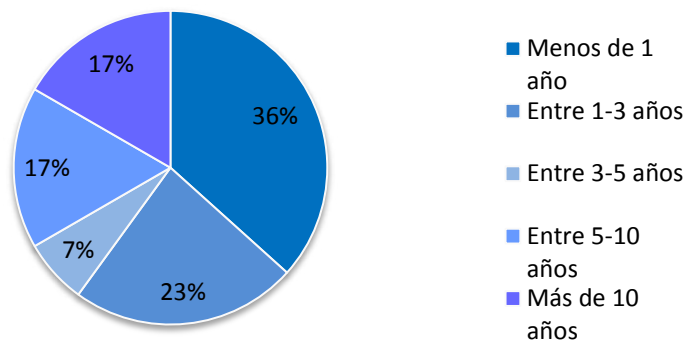


Gráfico 15

En el siguiente gráfico podemos ver como este tipo de servicios no se prestan exclusivamente en los centros especializados en drogadicción, sino que en realidad la demanda de intérpretes para estas personas está muy repartida entre diferentes organismos, tanto públicos como privados. En nuestro caso el porcentaje más alto, ya que el 29% corresponde a servicios prestados en hospitales, mientras que los centros específicos y las diferentes administraciones públicas ocupan el segundo lugar con un 23% cada una.

Podemos observar también como la figura del intérprete es muy solicitada a la hora de realizar intervenciones a pie de calle (18%) y esta circunstancia viene motivada porque en muchas ocasiones estas personas se encuentran viviendo en la calle y las diferentes fundaciones y organismos necesitan realizar su labor sobre el terreno.



Gráfico 16

*En este apartado hemos agrupado diferentes respuestas como por ejemplo, juzgados, Guardia Civil, Centros de reducción del daño, albergues, Rais Fundación.

6. Opinión de los encuestados acerca del tema de la investigación

A la pregunta Nº 13 de la encuesta: ¿Cree que es necesaria formación específica para el trabajo con personas de dicho perfil? Un 80% de los encuestados ha respondido afirmativamente, lo que nos muestra la necesidad de establecer algún tipo de especialización o formación llevada a cabo en colaboración con los profesionales que diariamente intervienen con personas con problemas de adicción en los diferentes centros.



Gráfico 17

A la pregunta № 14 ¿Con que problemas cree que se puede enfrentar un intérprete realizando su labor en este contexto? Dadas las opciones a elegir:

1. Actitud agresiva por parte del usuario
2. Falta de información sobre interpretaciones con dichos usuarios
3. Dificultades lingüísticas
4. Todos los problemas mencionados
5. Otro

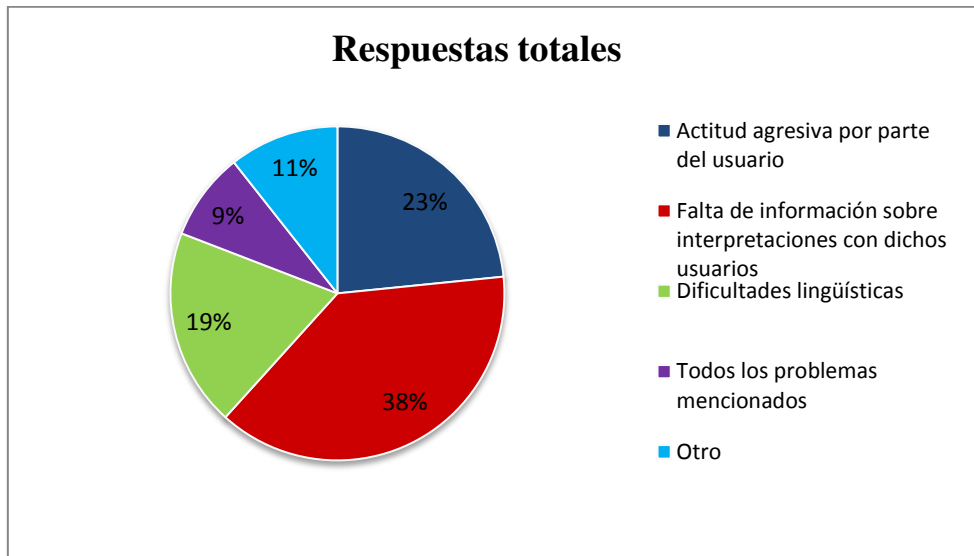


Gráfico 18

Como vemos en el gráfico, la falta de información es el principal inconveniente al que los intérpretes creen que se enfrentarán a la hora de llevar a cabo los servicios con personas con adicciones (38%).

Pero si dividimos las respuestas entre los intérpretes que cuentan con experiencia y los que no, veremos que los resultados difieren en ambos grupos. Para los que sí cuentan con experiencia, la falta de información sobre interpretaciones con dichos usuarios representa un 40% de las respuestas, mientras que para los que no tienen experiencia con personas adictas, los resultados son más igualados y tanto la actitud agresiva por parte del usuario, como la falta de información, obtienen un 29%. Mientras que las dificultades lingüísticas representan también un 25% de los resultados, a diferencia del grupo con experiencia donde solo representa un 12%.

15. ¿Cree que es peligroso en estos contextos tener un intérprete no profesional? ¿Por qué?

A continuación podemos ver como los encuestados entienden el riesgo de no contar con la presencia de un intérprete profesional durante estos servicios.



Gráfico 19

Seguidamente citaremos las respuestas obtenidas a la pregunta de por qué creen que es peligroso.

Sí. Primero, porque al no tener los conocimientos necesarios, puede mal interpretar la información.
Sí, ya que es posible que no sepa cómo tratar a los usuarios y haga interpretaciones libres sin terminar de transmitir toda la información durante la conversación.
El intérprete en mi opinión tiene que tener experiencia para el bien de todas las partes, una persona que no sea profesional en el ámbito puede ser bastante implicada a veces y no ser imparcial, como debería ser.
Trabajando con ellos puedo decir que a ellos les da igual. En la mayoría de las veces están borrachos.
Sí, por falta de terminología.
El que trabaja en este pues te tiene que ser un profesional para así tener claro lo que debe hacer en cada situación.
El intérprete siempre traduce en acto de buena fe. Puede ser condenado en caso de omisión de datos o no traducir exactamente a ambas partes.
Sí, porque son temas muy complicados, en los que importan los detalles y se necesita un profesional que sepa mediar, entender los detalles de la comunicación no verbal y sobre todo con la profesionalidad suficiente para desarrollar su trabajo en circunstancias complicadas.
Sí, por falta de formación.
La comunicación es situación así es por sí sola complicada y al disponer de un intérprete sin formación alguna, puede provocar incluso situación violentas si la persona con adicción siente que no la comprenden.
No es peligroso, si sabes escoger la conducta que mejor se adapta a las determinadas situaciones.
Siempre mejor tener un intérprete profesional.
Sí, y en este y en otros. La falta de preparación tanto lingüística como psicológica (aunque sea conocer teóricamente o de mano de otros intérpretes cómo pueden ser esas experiencias)

puede afectar seriamente el trabajo.
Sin duda, es mejor tener un intérprete profesional.
Sí, porque un intérprete no profesional no tiene los conocimientos necesarios y esto puede provocar consecuencias.
Sí, porque no tiene la formación necesaria.
Sí, porque no está preparado para las situaciones que se pueden dar durante el servicio.
Sí, como en cualquier otro contexto.
Claro, porque si uno no está preparado, puede mal interpretar la información.
Sí, porque facilitaría mucho la ayuda de un intérprete profesional con respecto a los demás profesionales (médicos, psicólogos, educadores, etc.).
Sí, porque hay propensión a malinterpretar.
Sí, por supuesto. Falta de conocimiento sobre el código deontológico, técnicas de interpretación, mediación, etc.
Por no saber cómo gestionar la situación.
Yo creo que sí, porque una persona no preparada no podrá prestar un servicio de la misma calidad que alguien con la preparación adecuada.

Pregunta № 16 En caso de acudir a un servicio, y encontrar al usuario bajo los efectos del alcohol o drogas, ¿cómo procedería?

Como podemos ver, del total de respuestas un 46% de los encuestados llevaría a cabo el servicio de interpretación a pesar de que el usuario presente síntomas de intoxicación por algún tipo de sustancia. Mientras que solo un 24% rechazaría el servicio.

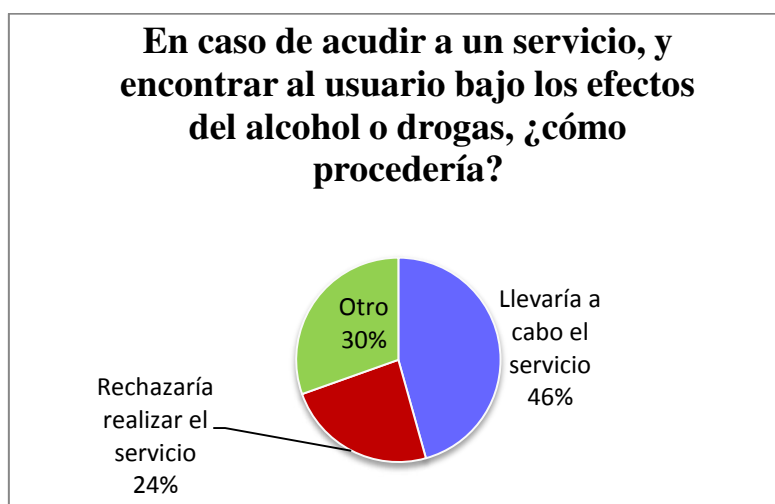


Gráfico 20

Dentro de la categoría Otro (30%), hemos incluido diferentes respuestas en las que los encuestados muestran dudas sobre cómo proceder en este tipo de situaciones. A continuación citaremos las respuestas obtenidas:

Comprender y valorar el usuario, la situación, según el objetivo integral de la intervención.
Depende del estado del usuario. Si está muy intoxicado lo prioritario es preservar la

integridad y la salud de todas las personas que estemos en el centro avisando al personal de seguridad, y si fuese necesario, al personal sanitario.
Esperar que los efectos terminen.
Depende de la situación.
Avisar a la persona pertinente. No está en facultades.
En este caso, los agentes del servicio social o los médicos tienen q rechazar el servicio.
Lo tiene que valorar el especialista.
Depende de la urgencia y necesidad del asunto.
Llevaría a cabo el servicio siempre y cuando me sintiera segura y cómoda. De no ser así, me consideraría en mi derecho a interrumpir el servicio o negarme a prestarlo.
Depende.
Depende de su estado.
Llevaría a cabo el servicio aunque debería informar a ambas partes del acto comunicativo del estado de salud del usuario. Ahí los demás agentes decidirían si es conveniente realizar la intervención con la ayuda del intérprete.
No estoy segura. Tendría que valorar el tipo de servicio que va a prestarse y la situación.
Depende del estado del usuario.
Depende de diferentes factores.

Con respecto a esta pregunta nos gustaría llamar la atención a los datos obtenidos tras dividir a los encuestados entre los que tienen experiencia con personas adictas y los que carecen de ella. Entre los que sí tienen experiencia un 70% llevarían a cabo el servicio y solo un 4% lo rechazarían, lo que contrasta con las respuestas obtenidas entre los que no tienen experiencia, de los cuales solo un 24% llevaría a cabo el servicio al enfrentarse a esta situación, y casi la mitad (47%) lo rechazarían.

Es importante reseñar que en este caso la respuesta más correcta sería que la decisión de llevar a cabo o no el servicio depende del profesional que atiende al usuario y no del intérprete, en cualquier caso, este deberá comentarle al profesional si cree que el usuario no se encuentra en condiciones de entender la conversación.

6. Entrevistas

- 6.1. A profesional del Centro de Atención a las drogodependencias
- 6.2. A mediadoras interculturales del Programa Istmo

Hemos realizado entrevistas a los trabajadores que diariamente intervienen con las personas con problemas de adicción, dos de ellas son mediadoras interculturales del programa Istmo, y una al subdirector del Centro de Atención a las Drogodependencias. En esta parte del trabajo queremos analizar las entrevistas, ya que la información obtenida de los profesionales nos ayudará a conocer mejor el perfil de los intérpretes y el contexto de trabajo a partir de la información obtenida de los entrevistados.

La primera entrevista fue realizada a Agnieszka Malczak, mediadora intercultural del programa Istmo (RAIS Fundación). Sus idiomas de trabajo son el polaco-español y el ruso-español. Cuenta con una experiencia profesional como mediadora intercultural con personas con adicciones de 11 años. Y su experiencia con intérpretes es también de 11 años. Además inició su labor profesional como intérprete.

La segunda entrevista corresponde a Sanaa El Abdi Hadi Malou, también mediadora intercultural del programa Istmo (RAIS Fundación). Sus idiomas de trabajo son el árabe-español y el francés-español. Posee una experiencia profesional como mediadora intercultural de 15 años y con personas con adicciones de 8 años. Además su experiencia con intérpretes es de 15 años.

La tercera entrevista fue realizada a Gerardo Pacheco, médico-subdirector del CAD Villaverde. Su experiencia profesional en los Centros de Atención a las Drogodependencias es de unos 19 años, mientras que su experiencia con intérpretes es de unos 10 años.

Hemos creado diferentes preguntas enfocadas a conocer tanto al usuario, como al intérprete que presta los servicios. Las podemos agrupar en las siguientes categorías:

I. Usuarios

II. Intérpretes

III. Situaciones

IV. Dificultades y consejos

Categoría I

Usuarios

A continuación procederemos a analizar las respuestas obtenidas relacionadas con la primera categoría, en las que intentaremos conocer el perfil del usuario que acude a este tipo de servicios.

P: ¿De qué nacionalidad son los usuarios con los que interviene normalmente como mediadora intercultural?

Agnieszka Malczak:

Polacos, ucranianos, georgianos, lituanos, letones. Tengo pocos usuarios rusos.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Marroquí, argelinos, tunecinos, de América Latina también, hay veces que con los de Europa del Este si saben español, rumanos, ucranianos, búlgaros, etc.

P: ¿Cómo describiría a un usuario extranjero de la Europa del Este con problemas de adicción?

Agnieszka Malczak:

Lo primero es que para ellos reconocer la adicción es una cosa muy fuerte, para ellos la cerveza no es alcohol, beben un litro de vodka diario y parece que no es nada. En las consultas médicas cuando vas a interpretar y dices que consume un litro de vodka o más diariamente, el medico no se lo puede creer.

Tuve un caso en el que el médico estaba sorprendidísimo de que un usuario ucraniano pudiese beber así. En este caso, el médico me dice que entre lo que él ve por la analítica y lo que yo le cuento, tendrá dos años de vida como mucho, y el usuario sale de la consulta y me dice: “Oh, este médico se cree adivino que voy a vivir dos años”. Me sorprende la actitud del usuario, como se lo toma. No se cree lo que le dice el médico, aunque ya vomita sangre, y el doctor lo dice por su experiencia con otros casos que ya ha tenido.

Para los polacos y ucranianos, el vodka no hace nada, no lo ven como un problema, y los georgianos acuden al tratamiento más por problemas con la heroína y cocaína, y si consumen alcohol, suelen beber vino, no vodka. Dependiendo del país del Este, el modo de beber y la sustancia son distintos.

Muchos tienen mucho orgullo, es increíble. Conozco un caso muy triste, uno tuvo el valor de enfrentarse al cáncer, tuvo un trasplante de médula, estuvo más de 2 años sin beber y luego murió por sobredosis. Supo luchar contra el cáncer, tuvo una voluntad fuerte... esto es lo que más me sorprende después de tantos años, que le mató el vodka, no el cáncer... es muy duro entenderlo, era su elección. Consiguió mucho, la residencia, tuvo una renta mínima y acabo de esta manera.

Para los usuarios de estos países salir de la adicción parece misión imposible.

Tenemos un caso polaco, que en 8 años entró tres veces a los recursos, y después de 3 años de abstinencia, recaía.

P: ¿Qué diferencias culturales se ha encontrado al tratar con usuarios rusohablantes en la consulta?

Gerardo Pacheco:

Es por su propia cultura, lo ven completamente diferente, muchas veces yo les estoy viendo muy exigentes en este sentido, vienen, suben la voz... antes venían para conocer el sitio y ahora vienen pidiendo, mayormente los pacientes de metadona. La situación la ven de otra manera diferente, no sé si en sus países tienen tratamiento reglado o solo en plan privado, muchos dicen que no hay tratamiento, por lo que no tienen esta cultura en centros de tratamientos de adicciones.

Muchos de los que están viniendo han estado en el ejército, y se engancharon a la heroína allí. Me parece que se ha extendido la epidemia de los opiáceos por los países del Este,

porque antes no era tan habitual. Antes teníamos este perfil, ahora ha cambiado, también el perfil de los que viven aquí ha cambiado, hay más exigencia. Tienen otra demanda, de rapidez, ya que todo se vive tan rápido, quieren rapidez en el seguimiento, se les explica que esto conlleva un proceso. Algunos lo entienden, algunos no, muchos no tienen la percepción del problema, hay que motivar para que entren al tratamiento. Para que el paciente quiera hacer el cambio, esto hay que trabajarlo. Con la gente con metadona es más complicado, porque muchos solo quieren cubrir la necesidad, evitar el síndrome de abstinencia, pero otros son de otra manera y se trabaja de otra manera.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Hay mucha diferencia, por ejemplo sobre el consumo de sustancias, los árabes intentan no consumir alcohol en el mes de ramadán, no como otros... pero toman otras drogas para sustituirlo.

Me parece que los árabes quieren ayuda y necesitan toda tu atención y hay que trabajar con ellos la autonomía personal, son muy dependientes de esta ayuda.

Y los de Europa del Este me parece que son distintos, les ofreces poca ayuda y se esfuerzan más. Y ellos muchas veces se cuidan más, no se les nota que están en la calle, no como los árabes. Se nota que no están tan descuidados y se diferencia la educación, son más respetuosos, más cumplidos, respetan la hora para llegar a tiempo, avisan si no pueden venir a la cita. Es lo que yo he notado.

Comentario

En cuanto a las nacionalidades que más se repiten como origen de los usuarios, vemos que existe una gran cantidad de extranjeros provenientes de la Europa del Este, en concreto ucranianos, georgianos polacos y rumanos, lo que se verá reflejado más adelante en los idiomas que más se solicitan a la hora de realizar las interpretaciones.

Además, atendiendo las respuestas obtenidas, los rasgos más característicos de este tipo de usuarios serían los siguientes:

- No reconocen la adicción, especialmente cuando se trata de alcohol;
- desconocimiento del funcionamiento de este tipo de centros, ya que por lo general no existen en sus países de origen.

Categoría II

Intérpretes

En la siguiente categoría nos centraremos en las respuestas destinadas a obtener la opinión de los profesionales acerca de los intérpretes que trabajan en este ámbito, especialmente sobre la necesidad de formación específica.

P: ¿Cuáles son los idiomas para los que con más frecuencia se solicita un intérprete?

Gerardo Pacheco:

Generalmente ruso.

P: ¿Para todos, incluso georgianos, ucranianos, etc.?

R: *Vamos a ver, los georgianos ya sabes que algunos no han querido hablar en ruso. Ha habido algunos, aunque al final no ha habido ningún problema, porque quieren un tratamiento ya que se encuentran mal, pero se ve que no están muy a gusto.*

Y aparte de ruso, también solemos pedir intérpretes de georgiano, ucraniano y polaco. De rumano no, porque generalmente los rumanos suelen venir ya hablando más o menos el español, tienen más facilidad. Y creo que también últimamente se pide algo de marroquí.

Generalmente se solicitan intérpretes para usuarios de países del Este. Porque además algunos de los georgianos que nos han venido últimamente hablan cualquier idioma menos el español, mucho italiano, mucho francés, pero ni inglés ni español. Porque con inglés se podría más o menos entenderlos.

Agnieszka Malczak:

Georgiano, ruso y polaco.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Rumano, ruso, ucraniano, árabe, francés.

P: **¿Cómo calificaría en general el nivel de los intérpretes que acuden a prestar el servicio de interpretación presencial en los Centros de Atención a las Drogodependencias?**

Gerardo Pacheco:

Bien, buen nivel.

Agnieszka Malczak:

Muy buen nivel. Yo por mi experiencia tuve solamente dos casos de problemas con intérpretes, que venían de prácticas a nuestra oficina y luego al CAD, hacían lo que les daba la gana e interpretaban lo que les parecía bien, pero cuando nosotros pedíamos un intérprete de fuera normalmente era gente más profesional. Esto también hay que decirlo, solamente tuve dos problemas pero el resto muy bien.

P: Pero que ha notado, ¿que no traducen todo lo que tienen que traducir?

Claro, piensan que cuando el usuario dice algo, un comentario, parece tonto para ellos, no importante, no lo traducen. Pero hay que traducir todo, estas frases de vez en cuando son muy importantes para la comunicación, con estas frasecitas puedes detectar su estado de ánimo y de salud. Y el intérprete no es quien debe decidir, ya que el tratamiento es un

proceso largo y cada frase es importante para que el profesional del CAD conozca mucho mejor a la persona.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Es que falta experiencia, siempre al principio falta experiencia, pero esto se soluciona con la práctica. Es un puente, una tercera figura que facilita la comunicación, hace que la persona pueda entender. A veces si vienen para mediar, no entran en la piel de la persona, no son máquinas, hay que transmitir emociones a través de la interpretación. En cuanto se sueltan, lo hacen mejor.

Comentario

En cuanto a los idiomas más solicitados en este ámbito, podemos deducir que hay una predominancia del idioma ruso, esto es debido a su pasado en la URSS, pero además también se suelen pedir intérpretes de ucraniano, polaco y georgiano.

Con respecto al nivel de los intérpretes, los entrevistados manifiestan que normalmente el nivel suele ser muy bueno, y solo suele surgir algún problema cuando se trata de algún intérprete con poca experiencia.

P: ¿Prefieren seguir con el mismo intérprete para un usuario o no es importante?

Gerardo Pacheco:

Yo creo que es importante para poder interactuar con el usuario, ya que no sabemos en qué situación viene, así es más fácil.

Agnieszka Malczak:

Es mejor porque el usuario coge confianza, así que intentamos pedir el mismo intérprete, pero si no se puede no se puede. Y si el intérprete no encaja con el usuario decimos que no venga. Mejor no, porque el usuario tampoco se siente cómodo, no quiere hablar y el intérprete entra porque no tiene otra opción. Hemos tenido casos así también.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Mejor, porque si el usuario tiene una persona familiar se siente más cómodo y es mejor para su tratamiento.

Comentario

Los tres nos han confirmado que siempre es mejor que venga el mismo intérprete, esta situación favorece a las tres partes, tanto al usuario, como al profesional y al intérprete. Las razones son distintas, pero siempre abarcan la comodidad del usuario, ya que se siente más seguro y más cómodo al encontrarse con el mismo intérprete cada vez. Además el intérprete ya está familiarizado con el contexto del servicio a realizar.

P: ¿Han tenido casos en los que hayan tenido que solicitar a un intérprete de algún sexo en concreto, por petición del usuario o por alguna otra razón?

Agnieszka Malczak:

Esto lo podríamos respetar, pero normalmente ellos no discriminan, yo nunca he tenido ningún caso en el que digan que prefieren a un intérprete masculino o femenino.

Gerardo Pacheco:

No, generalmente son todas mujeres. Aquí también en el centro casi todas son mujeres. Este tipo de problemas suelen pasar con los pacientes musulmanes. Ha habido algún problema pero no solo con el intérprete también con los profesionales que le iban a atender. No es habitual, pero puede haber alguno que tenga esta preferencia.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Hay veces que yo necesitaba una figura masculina, porque a veces no te escuchan, pasa mucho con las personas mayores de Egipto, al ser mayores creen que la mujer tiene que estar a su servicio.

La siguiente pregunta solo se ha realizado a Gerardo Pacheco, esto es debido a que queríamos conocer la opinión acerca de la figura del intérprete profesional y su importancia por parte de alguien que no esté directamente relacionado con el sector.

P: ¿Cree que es necesaria la figura del intérprete profesional en las consultas entre un profesional del CAD y un usuario con problemas de adicciones? ¿Por qué?

Gerardo Pacheco:

Si, por supuesto. Si no, no podríamos comunicar, imagínate, tengo que darle una sustancia y ajustar su dosis, tengo que hablar con él, si no, no puedo darle la sustancia, por supuesto es importante.

... el intérprete nos está ayudando a nosotros también, es un profesional que colabora con nosotros para poner en tratamiento a esta persona.

Podemos ver claramente que entiende la figura del intérprete como la de otro profesional y comprende la necesidad de disponer de este servicio para poder prestar una mejor atención a los usuarios.

P: ¿Cree que los intérpretes deben tener una formación específica de trabajo con personas con adicciones aparte de tener una formación en Interpretación en los Servicios Públicos?

Gerardo Pacheco:

A ver, que sea obligatoria no, pero yo creo que sí ayudaría así como más capacitación del profesional de la interpretación. Generalmente tampoco es que sea necesaria, porque

nosotros dirigimos un poco el tema, pero yo creo que no está de más tener una formación mínima al respecto. Podéis pedírselo a Madrid Salud porque nosotros podemos poneros un poco al día sobre los tratamientos y tal, mira es una idea muy buena. Ya que si los intérpretes están trabajando en un centro de adicciones, vendría bien que nosotros les diéramos un poco de formación.

Y si sabes un poco del tema, a la hora de hacer tu labor de intérprete irías más dirigida. No sería nada malo si supierais algo sobre drogas, no es que sea obligatorio, pero os ayudaría a vosotros también.

Agnieszka Malczak:

Sí, claro, me parece que deberían. Porque tienen miedo a las personas o sienten rechazo, no quieren tratar con ellos, se ve la frialdad con la que los tratan y las personas lo notan un montón, esto no favorece el trabajo. Hay que mantener la distancia pero no hay que ser frío, tú puedes bromear con ellos si lo necesitan pero temas de bromas machistas, esto hay que cortarlo en seguida, es lo que intentan hacer muchas veces. El usuario del Este es así, lo que buscan ellos es la complicidad con su paisano.

Si tú no solamente traduces al ruso, sino que eres rusa y el usuario es ruso, esta conexión entre paisanos es muy fuerte. Me parece bien si el intérprete es del mismo país ya que si en la cita sale un choque cultural, lo puede explicar, pero es mejor no meterse en otras cosas. Por eso los interpretes no tienen que saber mucho sobre las personas, solamente explicar el choque cultural al profesional.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Yo creo que sí, he trabajado con muchos que venían de prácticas y tener cierta formación en este campo les ayudaría mucho, sobre todo al principio mientras van ganando experiencia.

Comentario

Los tres profesionales entrevistados mencionan que sería no obligatorio, pero sí aconsejable, que los intérpretes dispusieran de algún tipo de formación específica, aparte de la formación de Interpretación en los Servicios Públicos, ya que esto les ayudaría a estar mejor preparados para ejercer su labor en este tipo de contexto. Como idea nos mencionan un mayor conocimiento del léxico relacionado con temas de drogadicción y con la forma de interactuar con los usuarios.

Categoría III

Situaciones

La siguiente categoría trata sobre los diferentes casos y situaciones que se dan a la hora de trabajar con usuarios con problemas de adicción. Las preguntas planteadas abarcan diferentes aspectos del trabajo de los profesionales.

P: ¿Ha tenido casos en los que el usuario con problemas de adicción rechazaba la figura de un mediador intercultural?

Agnieszka Malczak:

Que yo sepa por ahora hubo uno que decía que no le hacía falta la figura del mediador, que él se puede apañar porque ahora con su teléfono móvil se puede consultar todo, era un caso georgiano.

En el caso de las personas que hablan español, por ejemplo de América Latina, ya que tratamos también a colombianos, ecuatorianos... Como en principio no tienes que traducir, estos prefieren que no entres a la cita, pero cuando les vas conociendo, hablando con ellos antes y después de la consulta, luego te dejan entrar como apoyo, ya que lo llevan mejor porque ven que quieres ayudarles y que te interesa. Pero en principio no es fácil para ellos aceptar la figura del mediador porque la barrera del idioma no existe, es algo que me ha pasado varias veces.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Hemos tenido a un marroquí que no quería saber nada de los marroquíes, que ha tenido una experiencia muy dura en su país, y cuando le dijeron que le iban a presentar a un mediador, él dijo que si era marroquí no quería. Pero ahora ha cambiado de opinión. Si no te conocen, pueden juzgarte.

P: Si el usuario deniega la figura del intérprete y prefiere traer a un familiar o amigo que sepa más o menos el idioma, ¿qué se hace en este caso?

Agnieszka Malczak:

Muchas veces ocurre esta situación y los profesionales del CAD se lo permiten.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

A mí, nunca me ha pasado esto, normalmente es al contrario. Tuve un caso en que la hermana del usuario quería estar en la cita y él dijo que no, que mejor solo el intérprete o mediador, él quería entrar conmigo. La hermana se preocupó, quería saber qué es lo que pasa en las consultas, pero yo no tengo permiso para revelar información sobre el usuario.

Gerardo Pacheco:

Bueno, esto ocurre algunas veces. Pero casi siempre dicen que van a traer a un amigo, yo como subdirector de la directriz de que toda persona que no hable español tiene que pedir a un intérprete, porque antes cuando venían a pedir el tratamiento, se les preguntaba y decían que vendrían con un amigo, pero al final no ocurría esto, venían solos, y esto era una dificultad.

Y muchas veces ni siquiera vienen ellos, les estas esperando y no vienen. Pero normalmente prefieren venir con un amigo, más que con un familiar.

P: Y si traen a un menor de edad para interpretar, ¿cómo proceden en este caso? ¿Ocurre con mucha frecuencia?

Agnieszka Malczak:

Normalmente no ocurre muy a menudo, pero hay casos excepcionales, especialmente en los Centros de Atención a las Drogodependencias, lo que hacen es que no saben que un niño no puede interpretar para su padre o madre y se lo permiten.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Yo no acepto que vengan menores de edad para que interpreten.

Gerardo Pacheco:

Pues a mí no se me ha presentado esta situación. Normalmente no ocurre esto.

Comentario

Conforme a las respuestas obtenidas, podemos observar como en muchas ocasiones tanto la figura del mediador intercultural como la del intérprete, pueden ser rechazadas por los pacientes en un primer momento por diferentes razones, ya sea por vergüenza debido a los temas a tratar en la consulta o porque prefieren acudir a la cita con alguien conocido. A este respecto los profesionales se muestran claros a la hora de preferir un intérprete profesional aunque en ocasiones por desconocimiento o por cuestiones prácticas se acepte la presencia de un familiar o amigo que realice estas funciones.

P: ¿Ha tenido casos en los que haya sido necesaria la presencia de un mediador intercultural, además del intérprete?

Gerardo Pacheco:

Yo no, en mi caso no. A lo mejor en otras profesiones quizás puede que sí, para psicólogos, trabajadores sociales, pero los sanitarios generalmente no solemos necesitar este tipo de intervenciones.

P: ¿Siente a veces como si el intérprete y el usuario tuvieran una conversación paralela de la que usted no se entera?

Agnieszka Malczak:

Sí, me pasó también varias veces, como complicidad entre ellos. Un día pedimos un intérprete externo, vino una chica y no me hacía ni caso, ya que estaba antes de la cita y yo llegué justo para entrar, pero todavía el profesional no nos llamó, me acerqué a la chica, pero no me escuchaba, ya que le dije que tradujera y que parase de hablar con el usuario, porque yo quería transmitirle una información. Tuve un problema y tuve que ponerla firme. Es un poco violento pero hay que hacerlo, me pasó un par de veces.

Gerardo Pacheco:

Algunas veces da la impresión que sí.

Normalmente no [le interrumpo al intérprete], pero si veo que la respuesta no va dirigida a lo que yo quería, a lo mejor puedo volver a solicitarlo nuevamente. Pero no es muy frecuente tampoco. Yo creo que más que por el intérprete, es por el paciente. Muchas veces le cuentan al intérprete su vida, sus cosas, lo que quieren... un poco cosas que no tienen nada que ver con lo que estábamos viendo. Bueno, en este momento si se deja que el otro se expanda un poquito, siempre y cuando podamos obtener la información que hemos pedido.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Sí, a veces cuando el intérprete no tiene mucha experiencia puede dar esta impresión.

P: ¿Han tenido lugar situaciones con errores graves de intérpretes u omisiones de información que han tenido consecuencias graves?

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

No, en mi caso nunca ha ocurrido nada de esto.

Gerardo Pacheco:

No, generalmente volvemos a preguntar, volvemos a incidir en las circunstancias. En mi experiencia no habido ningún problema ni mucho menos.

Agnieszka Malczak:

No, graves no. Tuvimos una interprete externa hace muchos años, que hasta traía ropa para los usuarios, que se hizo amiga de uno de ellos.

No sé qué pasó, creo que el usuario tenía influencia sobre ella, ya que era ucraniano y ella también, y él le pedía ayuda en privado. Ella no supo mantener la distancia, en las citas interpretaba bien, pero cuando yo me despedía de ellos, no sé qué hacían. Tenían una amistad, el usuario supo aprovechar la situación, la llamaba siempre para traducir algo y ella lo aceptaba. Hasta que un día le dejo su piso y él le destruyó la vivienda. Ella no creía en su adicción, y yo le decía: “tú en el CAD ves una cosa te engañas, porque tiene dos caras la personalidad del alcohólico”.

Es así, él sabía controlarla y quedaba con ella cuando estaba bien, pero ella no estaba con él todos los días. Esta persona murió, y ella vino antes para despedirse. La intérprete después me confeso que no creía que tuviese doble personalidad, porque era un capitán del ejército, y parecía que no tenía esta adicción.

Comentario

Todos los profesionales entrevistados han respondido que no han conocido problemas graves derivados de errores por parte del intérprete, aunque sí refieren que en ocasiones pueden

llegar a sentir que el intérprete no traduce toda la conversación y están perdiendo algunos detalles o que el intérprete y el usuario mantienen una conversación paralela. En cuanto a esto último, puede ser debido a la falta de experiencia del intérprete en estas situaciones, ya que es necesario saber las distancias con el usuario y saber manejar la situación durante el servicio.

P: Describa una consulta tensa con un intérprete y un usuario que haya tenido, por ejemplo, debido a los temas a tratar.

Agnieszka Malczak:

Ahora hubo un caso, pero yo no tuve esta experiencia, una compañera mía tuvo una experiencia con amenazas, entró una pareja en la consulta y la mujer traducía, era un caso de violencia de género. Él estaba amenazando de muerte y la mujer traducía e intentaba tranquilizarle como mediadora. Y al final cuando tú no estás pasan cosas... Y ahora está en la cárcel, no aguantó la situación por problemas graves de adicción. Ella le denunció, hubo un juicio. Él es marroquí y ella española, con hijos en común. Es muy duro atender a una persona así, no puedes juzgar, es un caso claro de maltrato y tú no puedes ser juez, tienes que mediar e interpretar y es muy duro para un intérprete, para un mediador, para todos.

Hemos tenido un caso polaco también en el que yo interpretaba y fue muy duro, tú no puedes hacer comentarios, tienes que dejar que el profesional lo aborde y lo mande a los especialistas. Existen situaciones de todo tipo, y hay muchos casos de maltrato. Las mujeres no lo reconocen, porque también consumen sustancias, son como consecuencias de su estado de drogodependencia, no lo toman como algo anormal. Una usuaria polaca después de estar 6 meses abstinente, cogió confianza con los profesionales, hablaba de cosas que te sorprendían que aguantase en aquel momento.

Tuvimos también una chica marroquí que se quedaba embarazada muy a menudo, la prostituía su pareja y resulta que a ella desde pequeña la violó su padre y tuvo una niña. Cuando salió esto no sabíamos cómo abordarlo. Interpretar esto es muy duro.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Me emocionó mucho un caso de una marroquí que estaba en tratamiento con metadona, estaba en la cárcel, tenía una trayectoria de vida muy muy dura. Una vez estaba muy mal y empezó a contarme que sufrió una violación de su padre y que tenía una hija-hermana... esto me chocó. Se quedó embarazada otra vez, teníamos que ayudarla. Y este caso siempre me emociona mucho, muy duro...

A veces no puedes hacer nada, pero hay que ayudar, hay que verlo como un tema de ayuda, aunque a veces lo quieres hacer bien pero lo que pasa en realidad es otra cosa, no siempre sale bien.

Gerardo Pacheco:

¿Violencia de género? No, yo no he tenido esta situación. Generalmente aquí en el CAD tenemos psicólogos, es un tema muy complicado, hay que tratarlo con mucha cautela, sin involucrar a las dos personas que están aquí a la vez en tratamiento.

He tenido consultas tensas por otros motivos, por ejemplo, algún paciente que esté en este momento con un brote psicótico y no sabes cómo puede reaccionar, esto si es tenso. Porque durante un brote psicótico no es él, tu puedes moverte y él puede pensar que le estas atacando. A mí no me ha pasado, en este caso hay que llamar directamente a la ambulancia y que lo lleven al hospital.

Para esto está la formación, tienes que tomar ciertas medidas en estos casos si la situación está fuera de control, hay que pensar que lo primero es tu integridad personal. Tengo formación para intentar obviar ciertos temas para evitar que se llegue a eso.

Comentario

Tal como vemos por las respuestas obtenidas, el profesional que acude a este tipo de servicios a menudo se verá obligado a tratar con situaciones de todo tipo, por lo que deberán saber enfrentarse a ello e intentar mantenerse lo más imparcial posible.

P: ¿Cree que el intérprete debería llevar a cabo el servicio en caso de que el usuario llegue bajo los efectos de las drogas o el alcohol?

Gerardo Pacheco:

No, generalmente no. Yo, por lo menos, cuando vienen en estado de intoxicación no les valoro. Se les cita para otro momento. Si yo veo que está intoxicado el paciente, por ejemplo, vienen alcohólicos con sintomatología de intoxicación alcohólica, etc., o gente que viene bajo los efectos de alguna otra sustancia, normalmente ni español ni extranjero, no se les suele valorar, se le desplaza para otro día que venga en mejores circunstancias.

No se puede valorar a una persona que esté en intoxicación, porque esto es un tratamiento de fondo, no de urgencia. Nosotros vamos a ver la adicción y la base, necesitamos valorar al paciente en estado normal en ese momento. Y si no pueden dejar de consumir, tenemos centros para enviarlos para que les hagan una desintoxicación y puedan abordarlo. También se puede valorar si además tienen patología psiquiátrica, ya que hay que abordarlo en abstinencia. Pero generalmente si está intoxicado no se suele hacer la entrevista.

Agnieszka Malczak:

Si el profesional le va a atender, sí. Si el usuario ebrio se pone agresivo y te habla mal, entonces se interrumpe el servicio. Si vienen ebrios y quieren hablar y el profesional ve que puede atenderle, entonces el intérprete tiene que realizar el servicio. Los profesionales del CAD lo valoran, si el usuario viene tarde, el intérprete no traduce.

Si vienen ebrios, es porque es su estado habitual, y muchas veces no pueden dejar de beber de golpe, por eso es lógico que vengan bebidos. Hasta que no entren en un recurso donde

estén totalmente vigilados para dejar de beber, tienes que atenderles bajo los efectos de las sustancias.

Hay que saber manejar situaciones, saber cuándo parar.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Yo como mediadora hablo con él, ya que así no se puede trabajar, que intente para la próxima vez venir sin consumo. Pero pocas veces han venido bastante consumidos, suelen venir a la cita no muy bebidos.

Si el profesional puede atenderles así, pues interpretas, depende de cómo vengan. Algunos están deprimidos por el consumo del alcohol, con pensamientos negativos... hay que hablar con ellos.

Me acuerdo que uno me llamó diciendo que no quería seguir en esta vida, quería morir. Yo entendí esto como una alarma y llamé al CAD. Este momento era el mejor para ayudarle para que no llegue a una sobredosis y para evitar su muerte. Claro, hay que interpretar, es tu trabajo, no pasa nada, esta persona necesita ayuda, pero depende del momento el profesional lo valora.

Comentario

De acuerdo a las respuestas obtenidas sobre esta pregunta, observamos que todos los entrevistados señalan que en estos casos la decisión de realizar o no la interpretación será llevada a cabo por los profesionales del centro y no por parte del intérprete. Según el punto de vista del profesional sanitario, estos casos no son frecuentes y por lo general no se llevaría a cabo la interpretación. En el caso de las mediadoras interculturales, por la naturaleza de su trabajo, la interpretación sí se llevaría a cabo en la medida de lo posible.

P: ¿Ha tenido que parar la interpretación debido a algún problema relacionado con el intérprete?

Gerardo Pacheco:

No, generalmente con los que conozco no ha habido ningún problema.

Agnieszka Malczak:

No, pero después de la consulta a veces te pueden preguntar por algunas situaciones que se hayan dado durante el servicio.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Sí, me ha pasado esta situación, pero hay que entender al intérprete también, ya que está en una situación de aprendizaje, con la experiencia todo se soluciona. Si no pasa esto, no va a aprender.

P: ¿Ha tenido casos en los que el intérprete haya rechazado llevar a cabo su labor debido a problemas con el usuario?

Agnieszka Malczak:

Sí, el intérprete puede decir que no quiere.

Pero lo que nos ha ocurrido a nosotros es que tuvimos una intérprete de búlgaro a la que teníamos que llamar la atención, porque aconsejaba cosas al usuario enfrente mía, además se marchaban juntos después de las consultas, como amigos. Era bastante grave en este sentido. Al final, tuvimos que comunicarlo al servicio de intérpretes y ella se disculpó y después ya venía con otra actitud.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Yo no conozco ningún caso.

Comentario

En las dos preguntas anteriores les hemos planteado la situación de que haya surgido algún problema por el que el intérprete no haya podido o no haya querido llevar a cabo su labor. De las respuestas obtenidas entendemos que no es algo que ocurra habitualmente.

Categoría IV

Dificultades y consejos

En esta parte del trabajo vamos a analizar las respuestas obtenidas acerca de las distintas dificultades que los intérpretes pueden encontrar trabajando con personas con adicciones y también veremos algunos consejos proporcionados por los profesionales que realizan su labor en los Centros de Atención a las Drogodependencias.

P: ¿Cuáles son para usted las dificultades más grandes que se dan a la hora de trabajar con dichos usuarios?

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Las dificultades con estas personas, pues es saber motivarles, saber sus necesidades e intentar hacérselas ver. Hay veces que tienen una rabia dentro y les da igual quien está delante. Yo pienso esto con la experiencia que tuve. Nunca han llegado a hacerme daño. Normalmente no son agresivos, son personas normales, pero muchos tienen una enfermedad grave, como una esquizofrenia. Hay que saber controlar esta persona para no provocarla.

He tenido un caso así, una persona que tomó muchas pastillas y mucho alcohol... estaba con consumos esporádicos y un día se enfadó porque yo no pude acompañarle y empezó a perseguirme, esperarme...me dijo “ven aquí que te voy a matar...”. Yo me asusté mucho, pero sabía que consumiendo, tenía saliva blanca alrededor de la boca. Era un momento de crisis.

Gerardo Pacheco:

Generalmente no son agresivos, yo creo que más que agresividad es la forma de ser. Los georgianos, por ejemplo, ya que son con los que más experiencia tenemos, son de otra forma de ser, pero no es agresividad. No hemos tenido ningún problema ni el usuario con el intérprete, ni el usuario con nosotros. Simplemente a lo mejor hacen peticiones que no tienen nada que ver con los tratamientos que hacemos nosotros, ya que es un tratamiento que está regulado, no es un centro que “vengo, tomo y me voy”. Hay que entrar en un sistema con unas normas, esto es un poco lo que cuesta, cuesta que ellos lo entiendan. Pero a la larga no hay ningún problema, cuando ven que lo hace el resto de los pacientes y que no hay ningún problema suelen adaptarse, y si no les interesa, se van.

Generalmente no se ponen violentos, yo no he tenido esta experiencia, a lo mejor sí se puede dar algún caso, siempre en este tipo de trabajo con este tipo de pacientes hay alguno que está mucho más exaltado, por lo que sea, porque no está bien tratado o está en consumo. Esto siempre afecta su personalidad en este momento, incluso aunque no sea extranjero, alguna gente de aquí se puede exaltar por lo que sea.

Comentario

Como vemos por las respuestas, a pesar de que ocasionalmente estos usuarios pueden mostrar actitudes agresivas especialmente como consecuencia del consumo de sustancias, los profesionales no creen que este sea uno de los principales problemas a la hora de tratar con ellos. Más bien se enfocan en las dificultades que encuentran a la hora de motivarles para que comiencen o continúen con el tratamiento o con que sigan las normas establecidas para la obtención de dicho tratamiento.

P: ¿Le parece peligroso para un intérprete este entorno de trabajo, ya que imagino que muchos usuarios que acuden han tenido pasado criminal?

Gerardo Pacheco:

Siempre hay este riesgo, pero no vamos con miedo. Trabajamos con población que ha estado en la cárcel, es parte de nuestro trabajo. Alguna de esta gente puede tener algún peligro pero generalmente no, porque tú vas entrando al plan de tratamiento, no en otras connotaciones, valoras su situación, su historial delictivo desde un punto de vista que les beneficie o les ayude, ya que son pacientes con problemas con drogas y pueden haber cometido actos para conseguir su droga, etc. En este aspecto la ley contempla ciertos reglamentos en los cuales un paciente que tiene que estar en la cárcel, pueden cambiársela para que reciba tratamiento.

Siempre hay que recordar que el personal no puede involucrarse.

Agnieszka Malczak:

Ellos en general no son violentos, aunque pueda haber casos aislados. Pero en cada recurso hay un vigilante, y si pasa algo lo controlan, por esto en cada CAD hay uno o dos vigilantes.

Por lo general, con el intérprete no son tan agresivos como con el profesional, hay que tener tranquilidad, si el intérprete está respetando las formas no le va a pasar nada.

Hay que tener cuidado para que no te roben, aconsejaría cuidar sus pertenencias, pero esto es como en cualquier lugar, no hay sitios seguros, y allí especialmente hay que tener cuidado.

En cuanto a precauciones con sus enfermedades, depende de cómo lo mires, en cualquier hospital tampoco sabes lo que vas a encontrar, tienen muchas enfermedades, tuberculosis, sida, y muchos vienen a España para recibir el tratamiento.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Yo trabajaba antes en servicios sociales, se presentó un español y me dijo que necesitaba ayuda, ya que acababa de salir de la cárcel. Y luego me dijo que estuvo en la cárcel porque mató a su mujer. Pero es una persona igual que todos, ¿por qué me iba a dar miedo? Tenía que atenderle, somos profesionales, no hay que tener miedo.

Uno del CAID Vallecas con el que estaba trabajando para conseguir la documentación, tenía pensamientos muy obsesivos, diciendo que algún día iba a matar a su mujer. Yo tenía que hacer algo, llamé al CAID y se lo comenté al psicólogo. Luego llamé al usuario diciendo que tenía que venir y yo iba a estar con él. Cuando llegó, tuvo un brote psicótico, porque estaba consumiendo cocaína. Empezó a gritar y a darse golpes contra las paredes. El médico le sujetaba y decía “respira, respira...”, le tranquilizó.

Hay muchos casos de violencia de género, no solo con marroquí, sino con otras nacionalidades también. Los rumanos, la mayoría divorciados, tienen una historia de matrimonio muy dura y por el consumo hay muchos casos de violencia doméstica.

Comentario

Hemos planteado esta pregunta a los entrevistados, ya que probablemente muchos intérpretes sentirán inseguridad e incluso miedo a la hora de aceptar este tipo de servicios. Como nos muestran los profesionales, a pesar de que siempre puede existir cierta sensación de inseguridad, estos no consideran que el ambiente de trabajo sea excesivamente peligroso para ellos o para el propio intérprete. En cualquier caso existen en estos centros unas normas de seguridad para evitar en la medida de lo posible cualquier tipo de situación indeseada.

P: ¿Qué consejos daría a un intérprete para poder trabajar con personas adictas?

Agnieszka Malczak:

Ser respetuosos, no ser súper distantes, porque ellos lo ven. Cuando un intérprete no da la mano o saca un gel para limpiarse las manos después de saludarles, es súper chocante para ellos, es como disminuirles a ellos como personas.

También tener mucha paciencia, porque son muy repetitivos, muy cansinos con sus necesidades. Esto hay que respetarlo y siempre traducirlo y el profesional lo va a cortar o no, que decida el profesional cuando el usuario se pone pesado.

Y también decir todo, incluso si el usuario te hace un comentario en privado buscando complicidad. Muchas veces dicen tacos en su idioma y al intérprete le choca la forma del hablar del usuario ya que es muy agresivo, es difícil pero esto hay que traducirlo también, porque piensan que en su idioma pueden decir tacos y pasar de todo, pero el profesional necesita saberlo.

En muchas ocasiones el usuario te dice algo solamente a ti y te pide que no se lo digas al profesional.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Hay que pensar que son enfermos y que necesitan ayuda, ir con pensamientos positivos, ya que ellos lo necesitan. La atención ya es una ayuda, con solo una palabra ya puedes ayudarles.

P: ¿Qué consejos daría a un intérprete para poder trabajar con personas adictas que acuden al CAD bajo los efectos de las drogas o el alcohol?

Gerardo Pacheco:

Yo siempre digo que con los pacientes hay que ser cercano, pero en nuestro caso como técnicos debemos mantener una distancia terapéutica, o sea, ni involucrarte ni tampoco ser... mirar para otro lado... siempre manteniendo la distancia terapéutica. Yo soy un profesional, te voy a ayudar, el intérprete nos está ayudando a nosotros también, es un profesional que colabora con nosotros para poner en tratamiento a esta persona. No se debe faltar al respeto a nadie pero no hacerse su amigo. Hay que tener una cierta distancia terapéutica.

Soy su médico, no soy su amigo, podemos hablar de lo que quiera pero no confundamos los términos para estas circunstancias.

No hay que dar información personal, porque siempre los pacientes intentan sacar datos al respecto. Lo pueden confundir con que están conectando con el profesional. Se puede charlar de cualquier cosa sin entrar en cosas personales.

Sanaa El Abdi Hadi Malou:

Yo como mediadora hablo con él, ya que así no se puede trabajar, que intente para la próxima vez venir sin consumo. Pero pocas veces han venido bastante consumidos, suelen venir a la cita no muy bebidos.

Si el profesional puede atenderles así, pues interpretas, depende de cómo vengan. Algunos están deprimidos por el consumo del alcohol, con pensamientos negativos... hay que hablar con ellos.

Me acuerdo que uno me llamó diciendo que no quería seguir en esta vida, quería morir. Yo entendí esto como una alarma y llamé al CAD. Este momento era el mejor para ayudarle para que no llegue a una sobredosis y para evitar su muerte. Claro, hay que interpretar, es tu

trabajo, no pasa nada, esta persona necesita ayuda, pero depende del momento el profesional lo valora.

Comentario

Como vemos, el principal consejo que podemos extraer de estas respuestas es el intentar mantener cierta distancia con los usuarios, evitando caer en conversaciones personales o compartiendo información personal con ellos. Esto, que es primordial, podrá resultar en muchas ocasiones difícil debido a que el usuario y el intérprete pueden ser originarios del mismo país y pueden darse situaciones en las que ambos deban esperar juntos antes de llevar a cabo el servicio.

Además, como pauta a la hora de realizar servicios con personas bajo los efectos del alcohol o las drogas, los profesionales nos aclaran una situación que muchos intérpretes no tienen clara tal y como hemos visto en la encuesta realizada, y es que en estos casos la decisión de llevar o no a cabo la interpretación corresponde únicamente al profesional y no al intérprete. Aunque este podrá comentar su punto de vista en caso de que no considere que pueda llevarse a cabo una correcta comunicación con el usuario. En cualquier caso, en muchas ocasiones será más importante realizar la intervención debido a la urgencia de esta que atender a posibles fallos comunicativos.

7. Conclusiones

Mediante esta investigación hemos intentado acercarnos a la realidad del trabajo de los intérpretes que desempeñan su labor con personas que sufren de problemas de drogadicción. La demanda de intérpretes profesionales que conozcan la lengua y la cultura de origen de los usuarios es bastante alta, y al mismo tiempo el número de personas con problemas de adicción que necesitan la intervención de un profesional, y que por las diferencias lingüísticas o culturales no pueden acceder a dicha ayuda, es muy elevado. Como hemos podido comprobar durante la realización del trabajo, existen varias organizaciones que tratan con personas con problemas de adicción, y que cuentan con diferentes tipos de profesionales específicos, pero por lo general no cuentan en plantilla con ningún intérprete o mediador permanente, por lo que tienen que colaborar con otras entidades.

Además como hemos podido comprobar durante la investigación, la cantidad de programas y servicios estatales que se ofrecen en España, y especialmente en la comunidad de Madrid, es bastante amplia. Especialmente, tras comparar estos datos con los obtenidos de países de la Europa del Este, la mayoría apenas cuentan con recursos en este campo.

Durante la realización de este trabajo hemos visto como la drogadicción resulta ser un fenómeno muy complejo, por el que las personas afectadas no solo sufren a causa del propio consumo, sino que en la mayoría de los casos se enfrentan al problema de la exclusión social y el aislamiento, lo que no hace más que empeorar la situación. Por ello creemos que la figura del intérprete en este campo es fundamental no solo para permitir la comunicación en el caso de citas específicas para el correcto tratamiento de la drogadicción, sino que también es totalmente imprescindible para evitar precisamente dicha exclusión social, mediante la ayuda

en la obtención de la documentación u otros trámites administrativos, que en otras circunstancias serían muy difíciles de llevar a cabo sin la ayuda de un intérprete profesional.

Mediante las encuestas realizadas a los intérpretes, debemos destacar dos puntos que nos han parecido más relevantes. Por un lado, hemos visto como la mayoría de los encuestados destacan que una buena formación y la experiencia son primordiales a la hora de llevar a cabo su labor profesional, especialmente en un contexto como el de la drogadicción. Por otro lado, y relacionado con la formación, todos ellos destacan la necesidad de establecer algún tipo de formación específica en este campo tan difícil, lo que ayudaría a poder realizar este tipo de servicios de una manera más satisfactoria, especialmente en la etapa inicial del trabajo en la que todavía no se cuenta con demasiada experiencia, y en muchas ocasiones no se dispone de los medios o conocimientos para saber sobrellevar las diferentes situaciones que se pueden dar en estas intervenciones.

Las mismas conclusiones se pueden extraer de las entrevistas realizadas a mediadoras interculturales y al subdirector del CAD. Estas, además, nos han parecido especialmente útiles a la hora de conocer la problemática específica de este tipo de intervenciones, ya que en ellas hemos podido conocer diferentes situaciones y experiencias de su trabajo diario, y han compartido con nosotros además algunas posibles pautas y consejos que a su modo de ver podrían ayudar a los futuros intérpretes que acudan a estos servicios a realizar mejor su función.

Tras realizar la investigación para este trabajo, y después de los resultados obtenidos en la encuesta y tras analizar las entrevistas con los profesionales, creemos que podemos ofrecer algunas pautas que serían de utilidad para los intérpretes que decidan llevar a cabo su labor en este campo además de seguir el Código deontológico (neutralidad, imparcialidad, fidelidad, confidencialidad, claridad, etc.):

- Mantener las distancias
- Familiarizarse con la terminología específica
- Saber aprovechar las pausas para interpretar
- Limitarse a realizar solo las funciones correspondientes al intérprete
- Interpretar a petición del profesional si este desea intervenir en casos complejos (usuarios bajo los efectos de las sustancias, muestran síntomas psicológicos y situaciones de urgencia).

Aspectos a evitar:

- Dar información personal
- Dar consejos o cualquier tipo de opiniones propias
- Mantener relación con el usuario fuera del servicio
- Omisiones de información
- Interpretaciones confusas

En caso de ser necesario:

- Interrumpir
- Pedir aclaraciones
- Explicar malentendidos
- Explicar diferencias culturales

Con el profesional:

- Comentar cualquier detalle que pueda ser importante
- Comunicar cualquier problema relacionado con la interpretación o con el usuario

Por último, creemos que la metodología utilizada ha sido la idónea para cumplir los objetivos que nos habíamos marcado antes de realizar este trabajo, para lo que hemos utilizado el método cualitativo con elementos del método cuantitativo. Esta combinación ha resultado ser la más satisfactoria a la hora de obtener los datos necesarios para satisfacer las necesidades de la investigación. En lo que respecta a la estructura del trabajo, estamos convencidos de que tanto la parte práctica, como la teórica se complementan perfectamente, lo que nos ha permitido enfocar correctamente la parte práctica y con los resultados de esta, corroborar, ampliar o corregir algunos aspectos de la parte teórica.

No queremos dejar de repetir la necesidad de que alguien en un futuro continúe desarrollando lo que nosotros hemos intentado realizar con este trabajo. Es este un campo en el que la investigación está todavía en una etapa inicial, y es por ello que por una cuestión de tiempo y espacio nos es imposible desarrollar más detalladamente todos los aspectos que podrían ser de interés.

8. Bibliografía

Abril Martí, María Isabel (2006) La interpretación en los servicios públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular. Editorial de la Universidad de Granada. Tesis doctoral.

Bryman, Alan (2004) *Social Research Methods* N.Y.: Oxford University Press, Перевод Шароной С.А. P. 318-345.

Cambridge, Jan (2003) “Unas ideas sobre la interpretación en los centros de salud.” En: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro. Granada: Comares Valero-Garcés, Carmen (ed.), pp.71-90.

Cano-Vindel, Antonio; Miguel-Tobal, Juan; González, Héctor e Iruarrizaga, Iciar (1994) “El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias” en *Anales de psicología*, 10 (2), Madrid: Universidad Complutense, pp. 145-156.

Gilchrist, Gail; Fonseca, Francina; Torrens, Marta (2011) “Accesibilidad a tratamiento en personas con problemas de Alcohol y otras Sustancias de abuso” en *Adicciones*, vol. 23, Nº 4. Barcelona: Socidrogalcohol, pp. 343-348.

Giménez Romero, Carlos (1997) “La naturaleza de la mediación intercultural” en *Migraciones*, núm. 2, Madrid: Universidad Pontificia Comillas, pp. 125-159.

Grupo CRIT (2006) *Claves para la comunicación intercultural*, Universitat Jaume I de Castellón, Col. Estudis sobre la Traducció Nº 11, 232p.

Grupo CRIT (2009) *Culturas y atención sanitaria: Guía para la comunicación y la mediación intercultural*, (1ª ed.). Barcelona; Castellón de la Plana: Octaedro, 192p.

Madrid Salud (2017) *Guía de Recursos sociales, sanitarios y laborales para las personas con problemas de adicciones en la ciudad de Madrid*. Madrid: Instituto de Adicciones, Asociación Lakoma, 136p.

Martin, Anne (2003) “Investigación en la interpretación social. Estado de la cuestión” en Emilio Ortega Arjonilla (ed.) *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*, Granada: Atrio, pp. 429-446.

Pons Diez, Xavier (2008) “Modelos interpretativos del consumo de drogas” en *Polis - Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, vol. 4, Nº 2, México, pp. 157-186.

Raga Jimeno, Francisco (2006) Grupo CRIT “Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario” en *Revista española de lingüística aplicada*, vol. 1, Universidad Jaume I, pp. 217-229.

Rulicki, Sergio y Cherny, Martin (2010) *Comunicación no verbal: como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Argentina: Ediciones Granica, 189 p.

Saigí, Núria; Espelt, Albert; Folch, Cinta (2014) “Diferencias en el consumo de drogas ilegales entre nativos e inmigrantes en una amplia muestra de consumidores de droga por vía parenteral en Cataluña (España)” en Adicciones, vol. 26, Nº 1, Barcelona: Socidrogalcohol, pp. 69-76.

Sánchez Puig, María (1992) “Léxico de drogadictos en el ruso actual: sistematización y traducción” en IV Encuentros Complutenses en Torno a la Traducción 24-29, Madrid: Universidad de Complutense, pp. 259-265.

Valero Garcés, Carmen (2003) "Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos", en Valero Garcés (ed.), Granada: Comares, pp. 3-33.

Valero Garcés, Carmen (2003) «Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos», en Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro, C. Valero Garcés (ed.), Comares, Granada, pp. 3-35.

Valero Garcés, Carmen (2004) “Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones”, en Ofrim suplementos Nº 11, pp. 19-36.

Valero-Garcés, Carmen (2002) “Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas necesidades para las nuevas realidades en la comunicación intercultural. Traducción e interpretación en los servicios públicos” Valero Garcés, Carmen y Mancho Barés, Guzmán (eds.), Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 15-29.

Valero-Garcés, Carmen; Navaza, Carmen Bárbara y Wahl-Kleiser, Lissie (2014) “Introspectiva y retrospectiva: rumbos de la traducción e interpretación médica” en Panace@. vol. XV, Nº 40, segundo semestre, Tremedica, pp.165-167.

Recursos electrónicos

Boletín Oficial del Estado (2009) Nº 38, del 3 de febrero. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/ [Consulta: 01.05.2018]

Carou, María; Romero, Estrella y Luengo, María Ángeles (2017) “Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad” en Adicciones, vol. 29, Nº2, Barcelona: Socidrogalcohol, pp. 113-124. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/889/834> [Consulta: 10.07.2018]

Caudevilla G., Fernando (2008) Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo, pp.1-39. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf> [Consulta: 10.04.2018]

Cruz Roja Española, Memoria (2017). Disponible en: <https://www.cruzroja.es/principal/documents/16917/132401/MEMORIA+2017+completa+A4.pdf/1b6b7948-0653-4366-37ab-1d82446dd5b1> [Consulta: 15.08.2018]

Cruz Roja Española, Memoria (2016). Disponible en: <https://www.cruzroja.es/principal/documents/16917/132401/Memoria+2016.pdf/45cc25d9-7e5d-4ad3-b16d-61670d4ed36e> [Consulta: 15.08.2018]

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/> [Consulta: 20.02.2018]

Glosario Drogas Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://drogues.gencat.cat/es/ciudadania/glossari/> [Consulta: 10.01.2018]

Grupo CRIT Disponible en: <https://aulainter-cultural.org/quien-es-quien-en-interculturalidad/grupo-crit/> [Consulta: 05.08.2018]

Grupo MIRAS Disponible en: <http://grupsderecerca.uab.cat/miras/es> [Consulta: 05.08.2018]

Grupo FITISPOS Disponible en:

http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs2.4.5/index.php/fitispos [Consulta: 05.08.2018]

Grupo GRETI Disponible en: <http://wpd.ugr.es/~greti/> [Consulta: 05.08.2018]

Hale, Sandra (2004) “La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social”. Disponible en: <https://boeyras112.firebaseio.com/eub133/8498366569-la-interpretacin-comunitaria-la-interpretacin-en-los-sectores-jurdico-sanitario-y-social-by-sandra-beatriz-hale.pdf> [Consulta: 15.04.2018]

Handi, Hassan (2010) “La traducción y la interpretación contra la exclusión social en el marco de la protección internacional”, Oficina de Asilo y Refugio, Ministerio del Interior. Disponible en: <https://cvc.cervantes.es/lengua/tices/handi.htm> [Consulta: 17.01.2018]

Hicheri, Leila (2008) “Traducción e interpretación en instituciones públicas”, pp. 213-218 Disponible en: https://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/04/027_hicheri.pdf [Consulta: 16.05.2018]

Instituto de Adicciones. Investigación cualitativa. Las necesidades de los inmigrantes en el ámbito del consumo de drogas. Diponible en: <http://www.madrid.es/portal/site/munimadrid> [Consulta: 17.02.2018]

International Drug Policy Consortium. Una red mundial para la promoción de un debate abierto y objetivo sobre las políticas de drogas. Disponible en: <http://idpc.net/es/profile/oms-es> http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/4/9241544686_rus.pdf [Consulta: 10.01.2018]

Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/> [Consulta: 05.02.2018]

Lázaro Gutiérrez, Raquel y Tejero González, Jesús Manuel (2017) “Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha” en Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, vol. 18, Nº 46, pp. 97-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6282844> [Consulta: 06.07.2018]

Ley Orgánica 4/2015 de 30 de marzo de Protección de la Seguridad Ciudadana en BOE Nº 77 de 31 de Marzo de 2015. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/549725-lo-4-2015-de-30-mar-proteccion-de-la-seguridad-ciudadana.html [Consulta: 25.07.2018]

Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en BOE Nº 176, de 24 de julio de 2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-14844> [Consulta: 25.07.2018]

Maroto Sáez, Ángel (2005) Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en los Centros de Emergencia, Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España, 191p. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/357242428/MANUAL-de-BUENAS-PRACTICAS-Atencion-a-Drogodependientes-en-Emergencias> [Consulta: 28.07.2018]

Madrid Salud, Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la ciudad de Madrid. Instituto de adicciones. Disponible en: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/CONSUMODEDROGAS.pdf> [Consulta: 17.01.2018]

Madrid Salud, Memoria Anual de (2017). Disponible en:

https://transparencia.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%200Madrid%20salud/Memorias%20anuales%20de%20Madrid%20Salud/Ficheros/AnexoMemoria2017_Memoria_de_Formacion_Docencia_Investigacion_CompromisoSocial_y_Ambiental.pdf [Consulta: 15.08.2018]

Madrid Salud, Mujer y adicción, Instituto de adicciones. Disponible en:

<http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/mujeryadiccion.pdf> [Consulta: 10.01.2018]

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/> [Consulta: 02.03.2018]

NIDA “Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción” en Abuso y adicción a las drogas. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/en-espanol> [Consulta: 10.04.2018]

NIDA Glosario de términos. Disponible en:

https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/glossary_spanish.pdf [Consulta: 10.01.2018]

Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/es> [Consulta: 08.02.2018]

Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas (1994), Ginebra: Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

[Consulta: 15.01.2018]

Organización Mundial de la Salud (2016) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#> [Consulta: 10.07.2018]

Plan de Adicciones (2017-2021) de la Ciudad de Madrid. Disponible en: <http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2017/10/PlanAdicciones2017-2021.pdf> [Consulta: 08.04.2018]

Plan de Trastornos Adictivos de Galicia (2011-2016). Disponible en: http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/Plan_de_trastornos_adictivos_de_Galicia_2011-2016.pdf [Consulta: 13.08.2018]

III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021). Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/11/III%20PASDA_2016_WEB.pdf [Consulta: 13.08.2018]

Sales Salvador, Dora (2005) Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. Disponible en: <http://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/100515.pdf> [Consulta: 10.07.2018]

Samur Social, Protocolo de la Intervención Social (2012). Disponible en: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/SamurSocial/NuevoSamurSocial/COORDINACION%20ATENCION%20PRIMARIA%20Y%20PSH.pdf> [Consulta: 10.08.2018]

Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. Competencias para consejería en adicción: Conocimiento, Destrezas y Actitudes de la Práctica Profesional. Centro para el tratamiento de Abuso de Sustancias. Publicación de DHHS, N° (SMA) 08-4171, Rockville, MD. Disponible en: <http://attcnetwork.org/regcenters/productDocs/1/productpdf/Manuales/TAP21/TAP21.pdf> [Consulta: 29.02.2018]

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987) “Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados” en Antología Cid, Métodos cuantitativos aplicados, capítulo 4. Editorial Paidós Básica. 301p. Disponible en:

http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Lic_virt/Mercadotecnia/IMMC208/Unidad%203/36_lec_La%20entrevista%20a%20profundidad.pdf [Consulta: 20.06.2018]

Torrens, Marta; Mestre-Pintó, Joan-Ignasi; Montanari, Linda; Vicente, Julian y Domingo-Salvany, Antònia (2017) “Patología dual: una perspectiva europea” en Adicciones vol.29, Barcelona: Socidrogalcohol, pp. 3-5. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/933/855> [Consulta: 10.07.2018]

Recursos electrónicos en ruso y en ucraniano

Анічин Є.М., Дикань З.В., Сєдих С.М. (2014) Допомога наркозалежним в Україні: довідник реабілітаційних центрів. К.: «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 68 с. Disponible en: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/spravochnik2014.pdf> [Consulta: 20.05.2018]

Ерпылов А. А. (2015) «Алкоголизм как социальная проблема российского общества», Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. № 4 (26), Москва: ГРНТИ, ст. 31-34. Disponible en: <https://cyberleninka.ru/article/n/alkogolizm-kak-sotsialnaya-problema-rossiyskogo-obschestva> [Consulta: 01.06.2018]

Постановление Правительства РФ от 01.10.2012 N 1002 (ред. от 22.06.2018) «Об утверждении значительного, крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ, а также значительного, крупного и особо крупного размеров для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для целей статей 228, 228.1, 229 и 229.1 Уголовного Кодекса Российской Федерации». Disponible en: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136206/ [Consulta: 27.07.2018]

Разводовский Ю.Е. (2003) Алкоголь и смертность в Беларуси. Гродно, 71 с. Disponible en: <http://docplayer.ru/37806219-Yu-e-razvodovskiy-alkogol-i-smertnost-v-belarusi.html> [Consulta: 07.07.2018]

Росстат. Россия в цифрах (2017) Федеральная Служба Государственной Статистики: Крат.стат.сб./Росстат- М., 511 с.

Disponible en: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/rusfig/rus17.pdf [Consulta: 02.02.2018]

Сухарева Е.Е., Черникова Н.С. (2014) «Проблемы перевода медицинского дискурса в контексте социального перевода», Вестник Воронежского государственного университета, Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация, № 4, октябрь-ноябрь, ст. 115-120. Disponible en: <http://www.vestnik.vsu.ru/pdf/lingvo/2014/04/2014-04-24.pdf> [Consulta: 08.01.2018]

Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України. Disponible en: <http://www.ummcda.org.ua/> [Consulta: 25.03.2018]

9. Anexos

9.1. Anexo II. Entrevistas

9.1.1. Entrevista a un profesional del Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)

Nombre: Gerardo Pacheco

Cargo: médico-subdirector del CAD Villaverde

Experiencia profesional en el CAD: 19 años

Experiencia con intérpretes: 10 años

P: pregunta

R: respuesta

P: ¿La primera consulta a la que acude un usuario extranjero con problemas de adicción es normalmente con el médico?

R: No necesariamente, depende, si es para metadona, fundamentalmente sí, y si es para otro tipo de tratamiento con otro tipo de sustancias es con otro profesional. Incluso los pacientes que necesitan tratamiento con metadona no siempre van al médico.

P: ¿Cree que es necesaria la figura del intérprete profesional en las consultas entre un profesional del CAD y un usuario con problemas de adicciones? ¿Por qué?

R: Si, por supuesto. Si no, no podríamos comunicar, imagínate, tengo que darle una sustancia y ajustar su dosis, tengo que hablar con él, si no, no puedo darle la sustancia, por supuesto es importante.

P: Si el usuario deniega la figura del intérprete y prefiere traer a un familiar o amigo que sepa más o menos el idioma, ¿qué se hace en este caso?

R: Bueno, esto ocurre algunas veces. Pero casi siempre dicen que van a traer a un amigo, yo como subdirector di la directriz de que toda persona que no hable español tiene que pedir a un intérprete, porque antes cuando venían a pedir el tratamiento, se les preguntaba y decían que vendrían con un amigo, pero al final no ocurría esto, venían solos, y esto era una dificultad.

Y muchas veces ni siquiera vienen ellos, les estas esperando y no vienen. Pero normalmente prefieren venir con un amigo, más que con un familiar.

P: Y si traen a un menor de edad para interpretar, ¿cómo proceden en este caso? ¿Ocurre con mucha frecuencia?

R: Pues a mí no se me ha presentado esta situación. Normalmente no ocurre esto.

P: ¿Cómo calificaría en general el nivel de los intérpretes que acuden para prestar el servicio de interpretación presencial en los Centros de Atención a las Drogodependencias?

R: Bien, buen nivel.

P: ¿Cuáles son los idiomas para los que con más frecuencia se solicita un intérprete?

R: Generalmente ruso.

P: ¿Para todos, incluso georgianos, ucranianos, etc.?

R: Vamos a ver, los georgianos ya sabes que algunos no han querido hablar en ruso. Ha habido algunos, aunque al final no ha habido ningún problema, porque quieren un tratamiento ya que se encuentran mal, pero se ve que no están muy a gusto.

Y aparte de ruso, también solemos pedir intérpretes de georgiano, ucraniano y polaco. De rumano no, porque generalmente los rumanos suelen venir ya hablando más o menos el español, tienen más facilidad. Y creo que también últimamente se pide algo de marroquí.

Generalmente se solicitan intérpretes para usuarios de países del Este. Porque además algunos de los georgianos que nos han venido últimamente hablan cualquier idioma menos el español, mucho italiano, mucho francés, pero ni inglés ni español. Porque con inglés se podría más o menos entenderlos.

P: ¿Siente a veces como si el intérprete y el usuario tuvieran una conversación paralela de la que usted no se entera?

R: Algunas veces da la impresión que sí.

P: ¿Y le interrumpe al interprete?

R: Normalmente no, pero si veo que la respuesta no va dirigida a lo que yo quería, a lo mejor puedo volver a solicitarlo nuevamente. Pero no es muy frecuente tampoco. Yo creo que más que por el intérprete, es por el paciente. Muchas veces le cuentan al intérprete su vida, sus cosas, lo que quieren... un poco cosas que no tienen nada que ver con lo que estábamos viendo. Bueno, en este momento si se deja que el otro se expanda un poquito, siempre y cuando podamos obtener la información que hemos pedido.

P: ¿Han tenido lugar situaciones con errores graves de intérpretes u omisiones de información que han tenido consecuencias graves?

R: No, generalmente volvemos a preguntar, volvemos a incidir en las circunstancias. En mi experiencia no habido ningún problema ni mucho menos.

P: ¿Cree que los intérpretes deben tener una formación específica de trabajo con personas con adicciones aparte de tener una formación en Interpretación en los Servicios Públicos?

R: A ver, que sea obligatoria no, pero yo creo que sí ayudaría así como más capacitación del profesional de la interpretación. Generalmente tampoco es que sea necesaria, porque nosotros dirigimos un poco el tema, pero yo creo que no está de más tener una formación mínima al respecto. Podéis pedírselo a Madrid Salud porque nosotros podemos poner un poco al día sobre los tratamientos y tal, mira es una idea muy buena. Ya que si los intérpretes están trabajando en un centro de adicciones, vendría bien que nosotros les diéramos un poco de formación.

Y si sabes un poco del tema, a la hora de hacer tu labor de intérprete irías más dirigida. No sería nada malo si supierais algo sobre drogas, no es que sea obligatorio, pero os ayudaría a vosotros también.

P: ¿Cuáles son para usted las dificultades más grandes que se dan a la hora de trabajar con dichos usuarios? Por ejemplo, agresividad...

R: Generalmente no son agresivos, yo creo que más que agresividad es la forma de ser. Los georgianos, por ejemplo, ya que son con los que más experiencia tenemos, son de otra forma de ser, pero no es agresividad. No hemos tenido ningún problema ni el usuario con el intérprete, ni el usuario con nosotros. Simplemente a lo mejor hacen peticiones que no tienen nada que ver con los tratamientos que hacemos nosotros, ya que es un tratamiento que está regulado, no es un centro que “vengo, tomo y me voy”. Hay que entrar en un sistema con unas normas, esto es un poco lo que cuesta, cuesta que ellos lo entiendan. Pero a la larga no hay ningún problema, cuando ven que lo hace el resto de los pacientes y que no hay ningún problema suelen adaptarse, y si no les interesa, se van.

Generalmente no se ponen violentos, yo no he tenido esta experiencia, a lo mejor sí se puede dar algún caso, siempre en este tipo de trabajo con este tipo de pacientes hay alguno que está mucho más exaltado, por lo que sea, porque no está bien tratado o está en consumo. Esto siempre afecta su personalidad en este momento, incluso aunque no sea extranjero, alguna gente de aquí se puede exaltar por lo que sea.

P: ¿Cree que el intérprete debería llevar a cabo el servicio en caso de que el usuario llegue bajo los efectos de las drogas o el alcohol?

R: No, generalmente no. Yo, por lo menos, cuando vienen en estado de intoxicación no les valoro. Se les cita para otro momento. Si yo veo que está intoxicado el paciente, por ejemplo, vienen alcohólicos con sintomatología de intoxicación alcohólica, etc., o gente que viene bajo los efectos de alguna otra sustancia, normalmente ni español ni extranjero, no se les suele valorar, se le desplaza para otro día que venga en mejores circunstancias.

No se puede valorar a una persona que esté en intoxicación, porque esto es un tratamiento de fondo, no de urgencia. Nosotros vamos a ver la adicción y la base, necesitamos valorar al paciente en estado normal en ese momento. Y si no pueden dejar de consumir, tenemos centros para enviarlos para que les hagan una desintoxicación y puedan abordarlo. También se puede valorar si además tienen patología psiquiátrica, ya que hay que abordarlo en abstinencia. Pero generalmente si está intoxicado no se suele hacer la entrevista.

P: ¿Qué consejos daría a un intérprete para poder trabajar con personas adictas que acuden al CAD bajo los efectos de las drogas o el alcohol?

R: Yo siempre digo que con los pacientes hay que ser cercano, pero en nuestro caso como técnicos debemos mantener una distancia terapéutica, o sea, ni involucrarte ni tampoco ser... mirar para otro lado... siempre manteniendo la distancia terapéutica. Yo soy un profesional, te voy a ayudar, el intérprete nos está ayudando a nosotros también, es un profesional que colabora con nosotros para poner en tratamiento a esta persona. No se debe faltar al respeto a nadie pero no hacerse su amigo. Hay que tener una cierta distancia terapéutica.

Soy su médico, no soy su amigo, podemos hablar de lo que quiera pero no confundamos los términos para estas circunstancias.

No hay que dar información personal, porque siempre los pacientes intentan sacar datos al respecto. Lo pueden confundir con que están conectando con el profesional. Se puede charlar de cualquier cosa sin entrar en cosas personales.

P: ¿Le parece peligroso para un intérprete este entorno de trabajo, ya que imagino que muchos usuarios que acuden han tenido pasado criminal?

R: Siempre hay este riesgo, pero no vamos con miedo. Trabajamos con población que ha estado en la cárcel, es parte de nuestro trabajo. Alguna de esta gente puede tener algún peligro pero generalmente no, porque tú vas entrando al plan de tratamiento, no en otras connotaciones, valoras su situación, su historial delictivo desde un punto de vista que les beneficie o les ayude, ya que son pacientes con problemas con drogas y pueden haber cometido actos para conseguir su droga, etc. En este aspecto la ley contempla ciertos reglamentos en los cuales un paciente que tiene que estar en la cárcel, pueden cambiársela para que reciba tratamiento.

Siempre hay que recordar que el personal no puede involucrarse.

P: Describa una consulta tensa con un intérprete y un usuario que haya tenido, por ejemplo, debido a los temas a tratar, por ejemplo, casos de violencia de género.

R: ¿Violencia de género? No, yo no he tenido esta situación. Generalmente aquí en el CAD tenemos psicólogos, es un tema muy complicado, hay que tratarlo con mucha cautela, sin involucrar a las dos personas que están aquí a la vez en tratamiento.

He tenido consultas tensas por otros motivos, por ejemplo, algún paciente que esté en este momento con un brote psicótico y no sabes cómo puede reaccionar, esto si es tenso. Porque durante un brote psicótico no es él, tu puedes moverte y él puede pensar que le estas atacando. A mí no me ha pasado, en este caso hay que llamar directamente a la ambulancia y que lo lleven al hospital.

Para esto está la formación, tienes que tomar ciertas medidas en estos casos si la situación está fuera de control, hay que pensar que lo primero es tu integridad personal. Tengo formación para intentar obviar ciertos temas para evitar que se llegue a eso.

P: ¿Ha tenido que parar la interpretación debido a algún problema relacionado con el intérprete?

R: No, generalmente con los que conozco no ha habido ningún problema.

P: ¿Prefieren seguir con el mismo intérprete para un usuario o no es importante?

R: Yo creo que es importante para poder interactuar con el usuario, ya que no sabemos en qué situación viene, así es más fácil.

P: ¿Cuáles son los errores que ha notado más habitualmente por parte de los intérpretes?

R: Si hay algo que no entiendo lo suelo repetir, intentamos asegurarnos: “¿seguro que ha dicho esto?”.

P: ¿Ha tenido casos en los que haya sido necesaria la presencia de un mediador intercultural, además del intérprete?

R: Yo no, en mi caso no. A lo mejor en otras profesiones quizás puede que sí, para psicólogos, trabajadores sociales, pero los sanitarios generalmente no solemos necesitar este tipo de intervenciones.

P: ¿Ha tenido casos en los que hayan tenido que solicitar a un intérprete de algún sexo en concreto, por petición del usuario o por alguna otra razón?

R: No, generalmente son todas mujeres. Aquí también en el centro casi todas son mujeres. Este tipo de problemas suelen pasar con los pacientes musulmanes. Ha habido algún problema pero no solo con el intérprete también con los profesionales que le iban a atender. No es habitual, pero puede haber alguno que tenga esta preferencia.

P: ¿Qué diferencias culturales se ha encontrado al tratar con usuarios rusohablantes en la consulta?

R: Es por su propia cultura, lo ven completamente diferente, muchas veces yo les estoy viendo muy exigentes en este sentido, vienen, suben la voz... antes venían para conocer el sitio y ahora vienen pidiendo, mayormente los pacientes de metadona. La situación la ven de otra manera diferente, no sé si en sus países tienen tratamiento reglado o solo en plan privado, muchos dicen que no hay tratamiento, por lo que no tienen esta cultura en centros de tratamientos de adicciones.

Muchos de los que están viniendo han estado en el ejército, y se engancharon a la heroína allí. Me parece que se ha extendido la epidemia de los opiáceos por los países del Este, porque antes no era tan habitual. Antes teníamos este perfil, ahora ha cambiado, también el perfil de los que viven aquí ha cambiado, hay más exigencia. Tienen otra demanda, de rapidez, ya que todo se vive tan rápido, quieren rapidez en el seguimiento, se les explica que esto conlleva un proceso. Algunos lo entienden, algunos no, muchos no tienen la percepción del problema, hay que motivar para que entren al tratamiento. Para que el paciente quiera hacer el cambio, esto hay que trabajarlo. Con la gente con metadona es más complicado, porque muchos solo

quieren cubrir la necesidad, evitar el síndrome de abstinencia, pero otros son de otra manera y se trabaja de otra manera.

9.1.2. Entrevista a una mediadora intercultural del programa Istmo

Nombre: Agnieszka Malczak

Cargo: mediadora intercultural

Idiomas de trabajo: polaco-español, ruso-español

Experiencia profesional como mediadora intercultural con personas con adicciones: 11 años

Experiencia con intérpretes: 11 años

P: ¿De qué nacionalidad son los usuarios con los que interviene normalmente como mediadora intercultural?

R: Polacos, ucranianos, georgianos, lituanos, letones. Tengo pocos usuarios rusos.

P: ¿Cuáles son los idiomas para los que con más frecuencia se solicita un intérprete?

R: Georgiano, ruso y polaco.

P: ¿Ha tenido casos en los que el usuario con problemas de adicción rechazaba la figura de un mediador intercultural?

R: Que yo sepa por ahora hubo uno que decía que no le hacía falta la figura del mediador, que él se puede apañar porque ahora con su teléfono móvil se puede consultar todo, era un caso georgiano.

En el caso de las personas que hablan español, por ejemplo de América Latina, ya que tratamos también a colombianos, ecuatorianos... Como en principio no tienes que traducir, estos prefieren que no entres a la cita, pero cuando les vas conociendo, hablando con ellos antes y después de la consulta, luego te dejan entrar como apoyo, ya que lo llevan mejor porque ven que quieres ayudarles y que te interesa. Pero en principio no es fácil para ellos aceptar la figura del mediador porque la barrera del idioma no existe, es algo que me ha pasado varias veces.

P: Si el usuario deniega la figura del intérprete y prefiere traer a un familiar o amigo que sepa más o menos el idioma, ¿qué se hace en este caso?

R: Muchas veces ocurre esta situación y los profesionales del CAD se lo permiten.

P: Y si traen a un menor de edad para interpretar, ¿cómo proceden en este caso? ¿Ocurre con mucha frecuencia?

R: Normalmente no ocurre muy a menudo, pero hay casos excepcionales, especialmente en los Centros de Atención a las Drogodependencias, lo que hacen es que no saben que un niño no puede interpretar para su padre o madre y se lo permiten.

P: ¿Cómo calificaría en general el nivel de los intérpretes que acuden a prestar el servicio de interpretación presencial en los Centros de Atención a las Drogodependencias?

R: Muy buen nivel. Yo por mi experiencia tuve solamente dos casos de problemas con intérpretes, que venían de prácticas a nuestra oficina y luego al CAD, hacían lo que les daba la gana e interpretaban lo que les parecía bien, pero cuando nosotros pedíamos un intérprete de fuera normalmente era gente más profesional. Esto también hay que decirlo, solamente tuve dos problemas pero el resto muy bien.

P: Pero que ha notado, ¿que no traducen todo lo que tienen que traducir?

R: Claro, piensan que cuando el usuario dice algo, un comentario, parece tonto para ellos, no importante, no lo traducen. Pero hay que traducir todo, estas frases de vez en cuando son muy importantes para la comunicación, con estas frasecitas puedes detectar su estado de ánimo y de salud. Y el intérprete no es quien debe decidir, ya que el tratamiento es un proceso largo y cada frase es importante para que el profesional del CAD conozca mucho mejor a la persona.

P: ¿Cómo describiría a un usuario extranjero de la Europa del Este con problemas de adicción?

R: Lo primero es que para ellos reconocer la adicción es una cosa muy fuerte, para ellos la cerveza no es alcohol, beben un litro de vodka diario y parece que no es nada. En las consultas médicas cuando vas a interpretar y dices que consume un litro de vodka o más diariamente, el médico no se lo puede creer.

Tuve un caso en el que el médico estaba sorprendidísimo de que un usuario ucraniano pudiese beber así. En este caso, el médico me dice que entre lo que él ve por la analítica y lo que yo le cuento, tendrá dos años de vida como mucho, y el usuario sale de la consulta y me dice: “Oh, este médico se cree adivino que voy a vivir dos años”. Me sorprende la actitud del usuario, como se lo toma. No se cree lo que le dice el médico, aunque ya vomita sangre, y el doctor lo dice por su experiencia con otros casos que ya ha tenido.

Para los polacos y ucranianos, el vodka no hace nada, no lo ven como un problema, y los georgianos acuden al tratamiento más por problemas con la heroína y cocaína, y si consumen alcohol, suelen beber vino, no vodka. Dependiendo del país del Este, el modo de beber y la sustancia son distintos.

Muchos tienen mucho orgullo, es increíble. Conozco un caso muy triste, uno tuvo el valor de enfrentarse al cáncer, tuvo un trasplante de médula, estuvo más de 2 años sin beber y luego murió por sobredosis. Supo luchar contra el cáncer, tuvo una voluntad fuerte... esto es lo que

más me sorprende después de tantos años, que le mató el vodka, no el cáncer... es muy duro entenderlo, era su elección. Consiguió mucho, la residencia, tuvo una renta mínima y acabo de esta manera.

Para los usuarios de estos países salir de la adicción parece misión imposible.

Tenemos un caso polaco, que en 8 años entró tres veces a los recursos, y después de 3 años de abstinencia, recaía.

P: ¿Siente a veces como si el intérprete y el usuario tuvieran una conversación paralela de la que usted no se entera?

R: Sí, me pasó también varias veces, como complicidad entre ellos. Un día pedimos un intérprete externo, vino una chica y no me hacía ni caso, ya que estaba antes de la cita y yo llegué justo para entrar, pero todavía el profesional no nos llamó, me acerqué a la chica, pero no me escuchaba, ya que le dije que tradujera y que parase de hablar con el usuario, porque yo quería transmitirle una información. Tuve un problema y tuve que ponerla firme. Es un poco violento pero hay que hacerlo, me pasó un par de veces.

P: ¿Han tenido lugar situaciones con errores graves de intérpretes u omisiones de información que han tenido consecuencias graves?

R: No, graves no. Tuvimos una interprete externa hace muchos años, que hasta traía ropa para los usuarios, que se hizo amiga de uno de ellos.

No sé qué pasó, creo que el usuario tenía influencia sobre ella, ya que era ucraniano y ella también, y él le pedía ayuda en privado. Ella no supo mantener la distancia, en las citas interpretaba bien, pero cuando yo me despedía de ellos, no sé qué hacían. Tenían una amistad, el usuario supo aprovechar la situación, la llamaba siempre para traducir algo y ella lo aceptaba. Hasta que un día le dejo su piso y él le destrozó la vivienda. Ella no creía en su adicción, y yo le decía: “tú en el CAD ves una cosa te engañas, porque tiene dos caras la personalidad del alcohólico”.

Es así, él sabía controlarla y quedaba con ella cuando estaba bien, pero ella no estaba con él todos los días. Esta persona murió, y ella vino antes para despedirse. La intérprete después me confeso que no creía que tuviese doble personalidad, porque era un capitán del ejército, y parecía que no tenía esta adicción.

P: ¿Cree que los intérpretes deben tener una formación específica de trabajo con personas con adicciones aparte de tener una formación en interpretación en los Servicios Públicos?

R: Sí, claro, me parece que deberían. Porque tienen miedo a las personas o sienten rechazo, no quieren tratar con ellos, se ve la frialdad con la que los tratan y las personas lo notan un montón, esto no favorece el trabajo. Hay que mantener la distancia pero no hay que ser frío, tú puedes bromear con ellos si lo necesitan pero temas de bromas machistas, esto hay que cortarlo en seguida, es lo que intentan hacer muchas veces. El usuario del Este es así, lo que buscan ellos es la complicidad con su paisano.

Si tú no solamente traduces al ruso, sino que eres rusa y el usuario es ruso, esta conexión entre paisanos es muy fuerte. Me parece bien si el intérprete es del mismo país ya que si en la cita sale un choque cultural, lo puede explicar, pero es mejor no meterse en otras cosas. Por eso los interpretes no tienen que saber mucho sobre las personas, solamente explicar el choque cultural al profesional.

P: ¿Qué consejos daría a un intérprete para poder trabajar con personas adictas?

Ser respetuosos, no ser súper distantes, porque ellos lo ven. Cuando un intérprete no da la mano o saca un gel para limpiarse las manos después de saludarles, es súper chocante para ellos, es como disminuirles a ellos como personas.

También tener mucha paciencia, porque son muy repetitivos, muy cansinos con sus necesidades. Esto hay que respetarlo y siempre traducirlo y el profesional lo va a cortar o no, que decida el profesional cuando el usuario se pone pesado.

Y también decir todo, incluso si el usuario te hace un comentario en privado buscando complicidad. Muchas veces dicen tacos en su idioma y al intérprete le choca la forma del hablar del usuario ya que es muy agresivo, es difícil pero esto hay que traducirlo también, porque piensan que en su idioma pueden decir tacos y pasar de todo, pero el profesional necesita saberlo.

En muchas ocasiones el usuario te dice algo solamente a ti y te pide que no se lo digas al profesional.

P: ¿Y qué hay que hacer, hay que decirlo en frente del usuario?

R: Sí, hay que decirlo. Yo lo diría, porque ya destapas lo que hay, porque luego el profesional no puede intervenir, tú no sabes si él tiene otra cita y si vas a interpretar tú. El intérprete viene y va, no es el mismo para cada caso y hay que resolverlo en el momento para que no siga pasando en el futuro.

P: ¿Cree que el intérprete debería llevar a cabo el servicio en caso de que el usuario llegue bajo los efectos de las drogas o el alcohol?

R: Si el profesional le va a atender, sí. Si el usuario ebrio se pone agresivo y te habla mal, entonces se interrumpe el servicio. Si vienen ebrios y quieren hablar y el profesional ve que puede atenderle, entonces el intérprete tiene que realizar el servicio. Los profesionales del CAD lo valoran, si el usuario viene tarde, el intérprete no traduce.

Si vienen ebrios, es porque es su estado habitual, y muchas veces no pueden dejar de beber de golpe, por eso es lógico que vengan bebidos. Hasta que no entren en un recurso donde estén totalmente vigilados para dejar de beber, tienes que atenderles bajo los efectos de las sustancias.

Hay que saber manejar situaciones, saber cuándo parar.

P: ¿Le parece peligroso para un intérprete o un mediador este entorno de trabajo, ya que imagino que muchos usuarios que acuden han tenido pasado criminal?

R: Ellos en general no son violentos, aunque pueda haber casos aislados. Pero en cada recurso hay un vigilante, y si pasa algo lo controlan, por esto en cada CAD hay uno o dos vigilantes.

Por lo general, con el intérprete no son tan agresivos como con el profesional, hay que tener tranquilidad, si el intérprete está respetando las formas no le va a pasar nada.

Hay que tener cuidado para que no te roben, aconsejaría cuidar sus pertenencias, pero esto es como en cualquier lugar, no hay sitios seguros, y allí especialmente hay que tener cuidado.

En cuanto a precauciones con sus enfermedades, depende de cómo lo mires, en cualquier hospital tampoco sabes lo que vas a encontrar, tienen muchas enfermedades, tuberculosis, sida, y muchos vienen a España para recibir el tratamiento.

P: ¿Ha tenido casos en los que el intérprete haya rechazado llevar a cabo su labor debido a problemas con el usuario?

R: Sí, el intérprete puede decir que no quiere.

Pero lo que nos ha ocurrido a nosotros es que tuvimos una intérprete de búlgaro a la que teníamos que llamar la atención, porque aconsejaba cosas al usuario enfrente mía, además se marchaban juntos después de las consultas, como amigos. Era bastante grave en este sentido. Al final, tuvimos que comunicarlo al servicio de intérpretes y ella se disculpó y después ya venía con otra actitud.

P: Describa una consulta tensa con un intérprete y un usuario que haya tenido, por ejemplo, debido a los temas a tratar.

R: Ahora hubo un caso, pero yo no tuve esta experiencia, una compañera mía tuvo una experiencia con amenazas, entró una pareja en la consulta y la mujer traducía, era un caso de violencia de género. Él estaba amenazando de muerte y la mujer traducía e intentaba tranquilizarle como mediadora. Y al final cuando tú no estás pasan cosas... Y ahora está en la cárcel, no aguantó la situación por problemas graves de adicción. Ella le denunció, hubo un juicio. Él es marroquí y ella española, con hijos en común. Es muy duro atender a una persona así, no puedes juzgar, es un caso claro de maltrato y tú no puedes ser juez, tienes que mediar e interpretar y es muy duro para un intérprete, para un mediador, para todos.

Hemos tenido un caso polaco también en el que yo interpretaba y fue muy duro, tú no puedes hacer comentarios, tienes que dejar que el profesional lo aborde y lo mande a los especialistas. Existen situaciones de todo tipo, y hay muchos casos de maltrato. Las mujeres no lo reconocen, porque también consumen sustancias, son como consecuencias de su estado de drogodependencia, no lo toman como algo anormal. Una usuaria polaca después de estar 6 meses abstinentes, cogió confianza con los profesionales, hablaba de cosas que te sorprendían que aguantase en aquel momento.

Tuvimos también una chica marroquí que se quedaba embarazada muy a menudo, la prostituía su pareja y resulta que a ella desde pequeña la violó su padre y tuvo una niña. Cuando salió esto no sabíamos cómo abordarlo. Interpretar esto es muy duro.

P: ¿Ha tenido que parar la interpretación debido a algún problema relacionado con el intérprete?

R: No, pero después de la consulta a veces te pueden preguntar por algunas situaciones que se hayan dado durante el servicio.

P: ¿Prefieren seguir con el mismo intérprete para un usuario o no es importante?

R: Es mejor porque el usuario coge confianza, así que intentamos pedir el mismo intérprete, pero si no se puede no se puede. Y si el intérprete no encaja con el usuario decimos que no venga. Mejor no, porque el usuario tampoco se siente cómodo, no quiere hablar y el intérprete entra porque no tiene otra opción. Hemos tenido casos así también.

P: ¿Han tenido casos en los que hayan tenido que solicitar a un intérprete de algún sexo en concreto, por petición del usuario o por alguna otra razón?

R: Esto lo podríamos respetar, pero normalmente ellos no discriminan, yo nunca he tenido ningún caso en el que digan que prefieren a un intérprete masculino o femenino.

9.1.3. Entrevista a una mediadora intercultural del programa Istmo

Nombre: Sanaa El Abdi Hadi Malou

Cargo: mediadora social-intercultural

Idiomas de trabajo: árabe-español, francés-español

Experiencia profesional como mediadora intercultural: 15 años, **con personas con adicciones:** 8 años

Experiencia con intérpretes: 15 años

P: ¿De qué nacionalidad son los usuarios con los que interviene normalmente como mediadora intercultural?

R: Marroquí, argelinos, tunecinos, de América Latina también, hay veces que con los de Europa del Este si saben español, rumanos, ucranianos, búlgaros, etc.

P: ¿Cuáles son los idiomas para los que con más frecuencia se solicita un intérprete?

Rumano, ruso, ucraniano, árabe, francés.

P: ¿Ha tenido casos en los que el usuario con problemas de adicción rechazaba la figura de un mediador intercultural?

R: Hemos tenido a un marroquí que no quería saber nada de los marroquíes, que ha tenido una experiencia muy dura en su país, y cuando le dijeron que le iban a presentar a un mediador, él dijo que si era marroquí no quería. Pero ahora ha cambiado de opinión. Si no te conocen, pueden juzgarte.

P: Si el usuario deniega la figura del intérprete y prefiere traer a un familiar o amigo que sepa más o menos el idioma, ¿qué se hace en este caso?

A mí, nunca me ha pasado esto, normalmente es al contrario. Tuve un caso en que la hermana del usuario quería estar en la cita y él dijo que no, que mejor solo el intérprete o mediador, él quería entrar conmigo. La hermana se preocupó, quería saber qué es lo que pasa en las consultas, pero yo no tengo permiso para revelar información sobre el usuario.

P: Y si traen a un menor de edad para interpretar, ¿cómo proceden en este caso? ¿Ocurre con mucha frecuencia?

R: Yo no acepto que vengan menores de edad para que interpreten.

P: ¿Cómo calificaría en general el nivel de los intérpretes que acuden a prestar el servicio de interpretación presencial en los Centros de Atención a las Drogodependencias?

R: Es que falta experiencia, siempre al principio falta experiencia, pero esto se soluciona con la práctica. Es un puente, una tercera figura que facilita la comunicación, hace que la persona pueda entender. A veces si vienen para mediar, no entran en la piel de la persona, no son máquinas, hay que transmitir emociones a través de la interpretación. En cuanto se sueltan, lo hacen mejor.

P: ¿Cuáles son para usted las dificultades más grandes que se dan a la hora de trabajar con dichos usuarios?

R: Las dificultades con estas personas, pues es saber motivarles, saber sus necesidades e intentar hacérselas ver. Hay veces que tienen una rabia dentro y les da igual quien está delante. Yo pienso esto con la experiencia que tuve. Nunca han llegado a hacerme daño. Normalmente no son agresivos, son personas normales, pero muchos tienen una enfermedad grave, como una esquizofrenia. Hay que saber controlar esta persona para no provocarla.

He tenido un caso así, una persona que tomó muchas pastillas y mucho alcohol... estaba con consumos esporádicos y un día se enfadó porque yo no pude acompañarle y empezó a perseguirme, esperarme... me dijo “ven aquí que te voy a matar...”. Yo me asusté mucho, pero sabía que consumiendo, tenía saliva blanca alrededor de la boca. Era un momento de crisis.

P: ¿Qué consejos daría a un intérprete para poder trabajar con personas adictas que acuden al CAD bajo los efectos de las drogas o el alcohol?

R: Yo como mediadora hablo con él, ya que así no se puede trabajar, que intente para la próxima vez venir sin consumo. Pero pocas veces han venido bastante consumidos, suelen venir a la cita no muy bebidos.

Si el profesional puede atenderles así, pues interpretas, depende de cómo vengan. Algunos están deprimidos por el consumo del alcohol, con pensamientos negativos... hay que hablar con ellos.

Me acuerdo que uno me llamó diciendo que no quería seguir en esta vida, quería morir. Yo entendí esto como una alarma y llamé al CAD. Este momento era el mejor para ayudarlo para que no llegue a una sobredosis y para evitar su muerte. Claro, hay que interpretar, es tu trabajo, no pasa nada, esta persona necesita ayuda, pero depende del momento el profesional lo valora.

P: ¿Qué consejos daría a un intérprete para poder trabajar con personas adictas?

R: Hay que pensar que son enfermos y que necesitan ayuda, ir con pensamientos positivos, ya que ellos lo necesitan. La atención ya es una ayuda, con solo una palabra ya puedes ayudarles.

P: ¿Le parece peligroso para un intérprete o un mediador este entorno de trabajo, ya que imagino que muchos usuarios que acuden han tenido pasado criminal?

R: Yo trabajaba antes en servicios sociales, se presentó un español y me dijo que necesitaba ayuda, ya que acababa de salir de la cárcel. Y luego me dijo que estuvo en la cárcel porque mató a su mujer. Pero es una persona igual que todos, ¿por qué me iba a dar miedo? Tenía que atenderle, somos profesionales, no hay que tener miedo.

Uno del CAID Vallecas con el que estaba trabajando para conseguir la documentación, tenía pensamientos muy obsesivos, diciendo que algún día iba a matar a su mujer. Yo tenía que hacer algo, llamé al CAID y se lo comenté al psicólogo. Luego llamé al usuario diciendo que tenía que venir y yo iba a estar con él. Cuando llegó, tuvo un brote psicótico, porque estaba consumiendo cocaína. Empezó a gritar y a darse golpes contra las paredes. El médico le sujetaba y decía “respira, respira...”, le tranquilizó.

Hay muchos casos de violencia de género, no solo con marroquí, sino con otras nacionalidades también. Los rumanos, la mayoría divorciados, tienen una historia de matrimonio muy dura y por el consumo hay muchos casos de violencia doméstica.

P: Describa una consulta tensa con un intérprete y un usuario que haya tenido, por ejemplo, debido a los temas a tratar.

R: Me emocionó mucho un caso de una marroquí que estaba en tratamiento con metadona, estaba en la cárcel, tenía una trayectoria de vida muy muy dura. Una vez estaba muy mal y empezó a contarme que sufrió una violación de su padre y que tenía una hija-hermana... esto me chocó. Se quedó embarazada otra vez, teníamos que ayudarlo. Y este caso siempre me emociona mucho, muy duro...

A veces no puedes hacer nada, pero hay que ayudar, hay que verlo como un tema de ayuda, aunque a veces lo quieres hacer bien pero lo que pasa en realidad es otra cosa, no siempre sale bien.

P: ¿Ha tenido que parar la interpretación debido a algún problema relacionado con el intérprete?

R: Sí, me ha pasado esta situación, pero hay que entender al intérprete también, ya que está en una situación de aprendizaje, con la experiencia todo se soluciona. Si no pasa esto, no va a aprender.

P: ¿Prefieren seguir con el mismo intérprete para un usuario o no es importante?

R: Mejor, porque si el usuario tiene una persona familiar se siente más cómodo y es mejor para su tratamiento.

P: ¿Cuáles son los errores que has notado más habitualmente por parte de los intérpretes?

R: Hay veces que todo va tan deprisa que en este caso el intérprete tiene que repreguntar si no entiende algo, no solamente interpretar lo que le parece que oye, y siempre hay que transmitir los dos lados, porque a veces falta tiempo y el intérprete transmite solo lo que dice el médico y el usuario no tiene tiempo a hablar.

Y siempre hay que avisar antes de la entrevista que cualquier cosa que se va a decir aquí, se va a interpretar al profesional, no se oculta nada. Es mi trabajo y tengo que decirlo.

P: ¿Han tenido casos en los que hayan tenido que solicitar a un intérprete de algún sexo en concreto, por petición del usuario o por alguna otra razón?

R: Hay veces que yo necesitaba una figura masculina, porque a veces no te escuchan, pasa mucho con las personas mayores de Egipto, al ser mayores creen que la mujer tiene que estar a su servicio.

P: ¿Qué diferencias culturales se ha encontrado al tratar con usuarios rusohablantes en la consulta?

R: Hay mucha diferencia, por ejemplo sobre el consumo de sustancias, los árabes intentan no consumir alcohol en el mes de ramadán, no como otros... pero toman otras drogas para sustituirlo.

Me parece que los árabes quieren ayuda y necesitan toda tu atención y hay que trabajar con ellos la autonomía personal, son muy dependientes de esta ayuda.

Y los de Europa del Este me parece que son distintos, les ofreces poca ayuda y se esfuerzan más. Y ellos muchas veces se cuidan más, no se les nota que están en la calle, no como los árabes. Se nota que no están tan descuidados y se diferencia la educación, son más respetuosos, más cumplidos, respetan la hora para llegar a tiempo, avisan si no pueden venir a la cita. Es lo que yo he notado.

P: ¿Siente a veces como si el intérprete y el usuario tuvieran una conversación paralela de la que usted no se entera?

R: Sí, a veces cuando el intérprete no tiene mucha experiencia puede dar esta impresión.

P: ¿Han tenido lugar situaciones con errores graves de intérpretes u omisiones de información que han tenido consecuencias graves?

R: No, en mi caso nunca ha ocurrido nada de esto.

P: ¿Cree que los intérpretes deben tener una formación específica de trabajo con personas con adicciones aparte de tener una formación en interpretación en los Servicios Públicos?

R: Yo creo que sí, he trabajado con muchos que venían de prácticas y tener cierta formación en este campo les ayudaría mucho, sobre todo al principio mientras van ganando experiencia.

P: ¿Ha tenido casos en los que el intérprete haya rechazado llevar a cabo su labor debido a problemas con el usuario?

R: Yo no conozco ningún caso.

9.2. Anexo II. Encuestas