



Universidad
de Alcalá

Impacto psicológico en intérpretes sanitarios al comunicar malas noticias: la necesidad de una formación psicológica básica en los estudios de interpretación

Psychological impact on medical interpreters when communicating bad news: the need of
including basic psychological notions in interpreting studies

Curso 2018-2019

Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos

Presentado por:

D^a MARÍA SANTACRUZ ASENSIO

Dirigido por:

Dra. D^a CHARIS GONZÁLEZ

Alcalá de Henares, a 2 de septiembre de 2019

Índice de contenidos

Resumen	5
1. Introducción	6
1.1 Motivación y justificación	6
2. Marco teórico	7
2.1 Definición y características	7
2.2 Mediación intercultural e interpretación	9
2.3 Profesionalización	11
2.4 Formación	13
2.5 Panorama actual de la interpretación en servicios públicos en España	16
2.6 Formación psicológica del intérprete	18
2.6.1 Definiciones de términos psicológicos	20
2.6.2 Comunicación de malas noticias	22
2.6.3 Gestión de las emociones	29
2.6.3.1 Tipos de emociones	30
2.6.3.2 Importancia de entender las emociones	34
2.6.3.3 Técnicas y estrategias para gestionar las emociones	38
a) Técnicas sin necesidad de ayuda profesional	38
b) Técnicas terapéuticas para la gestión de emociones	41
c) Dos técnicas recientes: el <i>defusing</i> y el <i>debriefing</i>	43
i) Técnica del <i>defusing</i>	43
ii) Técnica del <i>debriefing</i>	44
2.6.3.4 Educación emocional	46
3. Metodología	46
4. Análisis de resultados	50
5. Conclusiones	65
6. Bibliografía	72
Anexo I	77
Anexo II	81

Resumen:

La figura del intérprete sanitario empieza a ser más visible en la sociedad. Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer. En los últimos años han surgido estudios que forman a intérpretes especializados en el ámbito de los servicios públicos, incluyendo el sanitario. No obstante, estos profesionales no reciben ningún tipo de formación psicológica que les pueda proporcionar nociones que puedan aplicar para gestionar emociones negativas que aparezcan en situaciones médicas frecuentes, como la comunicación de malas noticias. El intérprete tiene conocimientos en comunicación y se dedica a transmitir un mensaje de un emisor a un receptor. En alguna ocasión, el intérprete sanitario deberá transmitir una mala noticia de un médico a un paciente, y contará con las herramientas lingüísticas para transmitir el mensaje por completo, pero no con las herramientas psicológicas necesarias para evitar que esa noticia le afecte personalmente. Es por ello que se pretende demostrar que es necesaria una formación psicológica básica que ayude a los intérpretes a controlar sus emociones y el impacto que estas producen en ellos al comunicar malas noticias, garantizando así su estabilidad mental durante y después de la sesión, y ayudando a estos profesionales a separar su vida personal de la profesional. Para ello se han realizado encuestas a profesionales sanitarios y a intérpretes, así como entrevistas a profesionales de ambos campos junto con expertos en psicología, tras una fase previa de documentación.

Palabras clave: interpretación, comunicación, impacto psicológico en la TISP, interpretación sanitaria, programas de formación T&I

Abstract:

Medical interpreter figure is becoming more visible in society. However, there is still a lot to do. During the last years, new study plans addressed to train interpreters specialised in public services, including medical interpreters, have arisen. Nevertheless, these professionals do not receive any type of psychological training that may provide them with notions to be applied in order to manage negative emotions that may arise during some frequent medical situations, such as communication of bad news. The interpreter has communication skills and his or her task consists of transmitting a message from an issuer to a listener. In some occasion, the medical interpreter would have to transmit bad news from a doctor to a patient, and the or she would have the linguistic tools needed to transmit the message completely, but not the psychological tools needed to avoid that bad news affect him or her personally. Thus, the purpose is to prove that basic psychological training is necessary so that interpreters could manage their emotions and the emotional impact provoked by them when communicating bad news and, in so doing, their emotional stability during and after the interpreting sessions would be ensured and, consequently, it would be easier to separate private and working life. For that purpose, after a research phase, medical workers and interpreters have been surveyed, and professionals belonging to both groups, along with psychology experts have been interviewed.

Key words: interpreting, communication, psychological impact in PSTI, medical interpreting, T&I training programmes

1. Introducción

Históricamente, España ha sido un país emisor de migrantes durante varias décadas, durante las que los españoles tuvieron que partir a otros países de Europa, principalmente a Alemania y a Latinoamérica, buscando oportunidades que su país no podía ofrecer en esos momentos. En los últimos años la situación ha cambiado y, actualmente, vivimos en una sociedad donde conviven diferentes culturas. Esta mezcla se debe a los movimientos migratorios que han tenido lugar en las últimas décadas, por diversos motivos (económicos, políticos, etc.) nos lleva a una necesidad de comunicación entre personas que no hablan la misma lengua (cf. Valero Garcés, 1998). Estos nuevos ciudadanos necesitarán, tarde o temprano, acceder a los servicios públicos que les ofrece el país de acogida, como sanidad, educación, servicios sociales, etc. y a los que tienen derecho como cualquier otro ciudadano.

Estos contextos, como nos indica Wadensjö (1998) marcan la diferencia social que existe entre los interlocutores y la relación de poder entre ellos, ya que el médico “está por encima” del paciente. Es aquí donde aparece la figura del intérprete, relacionada por Wadensjö (1998) con la del mediador social. Los participantes de la conversación no suelen saber cuál es el papel del intérprete, ya que el proveedor del servicio no suele conocer en qué consiste su labor, y el usuario la confunde con la de un trabajador social (Collado, A. y Fernández, M. 2001:74). Al tratarse de contextos con una carga social significativa y con un contacto tan directo y cercano con los interlocutores, el intérprete está expuesto a situaciones muy emotivas que no siempre son agradables y que suponen en él un impacto emocional que no ha aprendido a gestionar.

1.1 Motivación y justificación

Uno de los motivos para la realización de esta investigación comienza con la ausencia de formación psicológica entre los estudiantes de interpretación, independientemente de si provienen de estudios de grado donde, habitualmente, se ofrece una enseñanza más general de la interpretación, o de estudios de máster, en los que se puede impartir la interpretación desde un punto de vista más específico. Es común escuchar en clases de interpretación la frecuencia con la que estos profesionales sufren estrés en el trabajo, y la importancia que tiene saber controlarlo. Sin embargo, no son tan frecuentes las referencias a otro tipo de problemas o trastornos psicológicos que también pueden aparecer durante la carrera profesional de un intérprete, tales como la depresión o el síndrome de desgaste profesional. Esta falta de formación conlleva una consecuente carencia de nociones psicológicas que pueden pasar factura con el paso del tiempo o que puede suponer un obstáculo para aquellos intérpretes que se acaban de incorporar al mercado laboral, sobre todo en el ámbito sanitario en particular, y de los servicios públicos en general.

El ámbito sanitario es un contexto lleno de situaciones alegres, pero también tristes y dolorosas, y los profesionales que se dedican a ello están expuestos a cambios de emociones que, si no saben manejar, pueden sobrepasarlos y hacerles reaccionar de un modo inesperado. Es por ello que algunos centros de enseñanza imparten algunas clases sobre nociones psicológicas para ayudar a los futuros profesionales en este tipo de situaciones. No es este el

caso de los intérpretes, que se enfrentan a situaciones con gran carga emocional negativa sin saber cómo afrontarlas, como puede ser el momento de comunicar una mala e inesperada noticia a un paciente o a los familiares y amigos que lo acompañan. No saber gestionar las emociones que surgen durante estos contextos puede desembocar en distintos trastornos psicológicos de mayor o menor gravedad, dependiendo de diversos factores como la personalidad del intérprete o el tipo de situación concreta en la que se haya visto envuelto, e incluso en algunos casos puede llevar al abandono de la profesión debido a trastornos como el síndrome de desgaste profesional.

Es por ello que el motivo de esta investigación es averiguar cómo se sienten los intérpretes en contextos en los que deban comunicar malas noticias a pacientes y familiares, saber cómo lo afrontan y cómo sobrellevan estas situaciones, la formación psicológica recibida para ello, y comparar toda esta información con los casos de profesionales sanitarios. Con toda esta información proporcionada y una exhaustiva investigación y documentación con lecturas especializadas en las materias (interpretación, formación, gestiones de emociones, etc.) se pretende poner en relieve la necesidad de formación psicológica para intérpretes, defendida por expertos en psicología, y el impacto emocional que tiene en estos profesionales comunicar malas noticias en entornos sanitarios, teniendo en cuenta que no se recibe ningún tipo de formación en gestiones de emociones y que, aquellos que la hayan recibido, será a través de cursos o seminarios voluntarios ajenos a la formación universitaria. Además, debido a esta carencia de nociones psicológicas, se pretende dar algunos consejos y varias técnicas que pueden ser aplicadas para ayudar a gestionar las emociones negativas que surjan durante un contexto de comunicación de malas noticias.

2. Marco teórico

2.1 Definition and characteristics

The first thing to do is clarify, as Angelelli (2008) did, that “[the interpreter] is capable of processing and conveying information in two languages, often under conditions of critical and extreme pressure” (Angelelli, C., 2008: 148).

Another definition could be the one provided by García Beyaert, S. and Serrano Pons, J. (2009):

La transmisión de mensajes orales entre dos lenguas [...] transfiriendo todos los componentes para que dos personas que no comparten una misma lengua puedan interactuar sin que el idioma sea una barrera. [The transmission of oral messages between two languages (...) transferring all the elements so that two people that do not share the same language could interact, solving the linguistic barrier] (García Beyaert, S. y Serrano Pons, J. 2009:56).

There are different forms of interpreting, and each of them is specialised in one area. The most well-known is, usually, conference interpreting, which is characterised by the use of consecutive and simultaneous interpreting. These modalities consist, respectively, of speaking when the speaker has finished, or at the same time. They can be seen at conferences or speeches. Sometimes, the speciality of conference interpreting can be seen in the media, political summit

meetings, or programmes whose guest come from a different country. Thus, this speciality is more well-known among the population. However, the relevant interpreting modality in this research is interpreting in public services, also known as social interpreting, whose definition is:

Aquella que facilita la comunicación entre los servicios públicos nacionales –policiales, judiciales, médicos, administrativos, sociales, educativos y religiosos- y aquellos usuarios que no hablan la lengua oficial del país y que habitualmente pertenecen a minorías lingüísticas y culturales: comunidades indígenas que conservan su propia lengua, inmigrantes políticos, sociales y económicos, turistas y personas sordas [the modality that facilitates the communication between national public services –police, legal, medical, administrative, social, educational and religious- and those users that do not speak the official language of the country and that, usually, belong to linguistic and cultural minorities: indigenous communities that preserve their own language, political, social and economic immigrants, tourists and deaf people] (Abril Martí, 2006).

García Yebra (1998:19) stated that “*no basta el conocimiento relativamente superficial que hace posible conversar con fluidez en las dos lenguas*” [A relatively superficial knowledge that allows to speak fluently in both languages is not enough].

In other words, interpreters should master their working languages and cultures, as in the contexts in which they work the participants talk in a close and direct environment, so the interpreters must be able to work under pressure and deal with stress, because in these contexts they would have to overcome obstacles and solve problems in a minimum time. This is the situation of medical interpreters, main characters of this research.

Amongst all the interpreting modalities (consecutive, simultaneous, etc.), the most used one in public services is bilateral interpreting. This type of interpreting was defined in *Manual de interpretación bilateral* as follows:

La mediación oral que se realiza por un solo intérprete, en las dos direcciones, e inmediatamente después de cada una de las intervenciones de los interlocutores presentes en la situación comunicativa. [Oral mediation carried out by a single interpreter, in both directions and immediately after each intervention of the people participating in the communication] (Collado Aís, A. y Fernández Sánchez, M., 2001:48).

In my opinion, this modality is the most used one because of its immediacy and because the interventions are normally shorter than in a conference. This helps the participants follow both the original and the target message. Bilateral interpreting has some specific characteristics, also defined by Ángela Collado and María Manuela Fernández (2001:62-68):

- Direct contact between the participants of the conversation. Participants and the interpreter are at the same place, so the invisibility contained in the codes of ethics in interpreting becomes more difficult, as the speakers tend to include the interpreter in the conversation. The participants can see everything that surrounds the interpreter, but there are other types of interpreting in which participants only receive

the voice of the interpreter. However, as the interpreter is at the same place as the participants, he or she can ask for clarifications if an intervention is not fully clear, bearing in mind that the use of clarifications should not be abusive. (cf. Chap. 2).

- **Bidirectionality.** It refers to the use of two different linguistic codes, as each participant speaks a different language and their cultures differ from the one of the other.

- **Diversity of contexts.** Each interpreting session is different, even if they belong to the same area. For example, in medical settings, an interpreting session may take place at the emergency room or in the traumatology unit. This implies that the interpreter must be able to adapt easily him or herself to each situation.

- **Conversational automatisms.** They exist in every linguistic code and include greetings, thanksgiving and different polite and courtesy forms. This could be linked to the above-mentioned knowledge of cultures characteristic of the working languages, so the interpreter must be able to identify them and transmit them in the target language in the most natural way possible.

Non-verbal language should be added to all these characteristics, as it is very important in this type of communication. Gestures, symbols and expressions made by the participants may facilitate the work of the interpreter, as they may add information about the message or clarify its meaning. Moreover, many cultures have their own gestures and, without the help of a professional that could identify them, they would be an obstacle that would impede an accurate transmission of information.

2.2 Intercultural mediation and interpreting

Since the context in which these professionals work is very social, many investigators have established a relation between interpreter and intercultural mediator. Intercultural mediation, as defined by Valero-Garcés, C. and Derham, A. (2001), is a modality of social mediation that appears [due to] cultural pluralism [...] and encompasses a set of ethnical, racial, linguistic, religious... factors that deeply affect the relations between the parties involved [...]. The authors also expose some of its characteristics, such as neutrality or the inability to take decisions. Delgado Rodríguez, J. and Expósito Barbuzano, A. (2011) add the interpretation of these factors made by each person to the interpretation that each culture makes of them. However, it is true that this personal concept has usually a cultural base.

If we take this definition as a basis, we could establish similarities between both roles, considering the deep knowledge of the cultures involved that the interpreter must have and culture shocks that may take place in these contexts. Interpreters must perfectly know aspects related to death, life, religion, social context, etc. of the participants, as the understanding that the migrant may have of any of these aspects would differ from the understanding of the service provider.

The objective of intercultural mediation is to bring closer the speakers participating in the conversation. In other words, the intercultural mediator or interpreter, considering this last one as one type of mediator, must be a bridge and overcome the barriers that may hinder the

communication between both parts. Many possible conflicts would be solved and communication would be more fluent with the presence of a professional trained in an appropriate way. In so doing, the conversation would take place without any problem or inconvenience. Moreover, the fact that the mediator or the interpreter is present during the conversation usually helps the speaker belonging to the minority culture feel comfortable and trust the rest of the participants.

Meanwhile, health workers affirm that some issues related to marriage or family relationships were not taken account before the incorporation of the intercultural mediation service. This shows that the presence of this type of professionals make it possible for the service provider (in this case health workers) to access information that might be relevant for them to make a diagnosis or to establish a treatment. It also makes possible for the users to feel more comfortable when providing personal information if they feel that the professional that is helping them will treat their information appropriately. Likewise, the interpreter or intercultural mediator should try to make it clear to the users that everything that could be said during the interpreting session will be confidential. This will contribute to create a relaxed environment that helps the participants have a natural and distended conversation. It will also help the users feel that they can talk without fear and speak with confidence; and the service providers could collect, this way, all the information needed to carry out their work in an appropriate manner. Delgado Rodríguez, J. and Expósito Barbuzano, A. (2011) state that the main function of an intercultural mediator consists of:

Ayudar en la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario y [...] facilitar la relación asistencial con el objetivo de conectar y vincular a ambos participantes, sin necesidad de que llegue a existir un conflicto. [Helping in the communication between a patient and a health worker (...) facilitating the care with the objective of connecting and linking both participants, without letting a conflict to appear]. (Delgado Rodríguez, J. y Expósito Barbuzano, A., 2011:64).

This means that, as it has been previously said, the interpreter must be able to identify the cultural differences that may appear during the conversation and avoid them or solve them in the most natural way possible.

The performance of intercultural mediators would, not only facilitate, the communication between the parties at that moment, but also help in future meetings between nurses or doctors and patients, as these meetings would be more natural because they would all know that the cultures involved are different, as well as their perceptions about health and illness. Both parties would be aware of the differences that may arise throughout their relationship. Consequently, this implies a higher tolerance towards the other party, and if a cultural shock happens, both parties will wait for an explanation about it before feeling alarmed or offended. On balance, the presence of these professionals contributes to make that all the parties involved know a bit better other culture different from theirs, and to increase respect towards other cultures and other people.

2.3 Professionalisation

Nowadays, the situation of translators and interpreters in public services does not have the attention and recognition it should have, in spite of being so necessary in this field. The lack of knowledge about the role these professionals play in public services has led to resort to non-specialised workers to carry out the duties specific of translators and interpreters. Sometime, even these ‘improvised interpreters’ have received no training for it. They are usually people close to the patient receiving the message or to the service provider, or even the providers themselves. This type of ‘interpreters’ without training are called *ad hoc* interpreters, because they are timely necessary and for a specific situation. They are usually relatives of the patient that speak the language in which the service is offered, or a worker of the facility that know the language of the patient and, even sometimes, it is not the same language but ‘one similar’. In some occasions, these ‘improvised interpreters’ have been children, and their work was to do what an interpreter normally does. It is worth recalling that these situations are full of social burden, and the professionals involved in them have to deal with stress and pressure. In those cases in which children are assigned to do this work, all this pressure and stress fall on them, and they are not going to be ready to manage these feelings. Therefore, this would have consequences in the final result of the interpreting session.

It is not advisable to resort to *ad hoc* interpreters, as they may know the language, but not as deep as it is needed; or maybe they belong to the same culture as one of the parties and thus, they obviate some data that might be useful for the other party to do their work. Interpreters have no decision power in the conversation; they are a neutral and invisible participant that must interpret everything that is said during the session. They have no power to decide whether part of the message can be omitted or not. A person that does not belong to this profession may not know this aspect of interpreting and this leads us to two conclusions: on the one hand, resorting to those ‘improvised interpreters’ may have negative implications in the quality of the service and, on the other hand, the listener would receive less information than the sent by the issuer.

As it has been previously said, an interpreter must have specific characteristics, must receive training to acquire them and must be able to practise them. This way, the result would be an interpreter trained and specialised in the field that will offer a quality service. It follows therefore that, in the same way as quality services are offered in legal, educational or medical sector, we will have to resort to interpreting professionals so that, consequently, the service provided in those public areas is still of quality. For this purpose, and as affirmed by several investigators, such as Delgado Rodríguez, J. and Expósito Barbuzano, A. (2011), it is necessary that the workers of the public services themselves claim the participation of professional interpreters and appreciate their work. We must draw the public administrations’ attention so that they delegate this duty to these professionals. We are moving on, little by little, since in the legal field the figure of the interpreter already exists, it is well appreciated, and there are some ways to enter these posts. However, there is still a lot to do, despite many healthcare centres start to introduce phone interpreting to assist those users that speak a different language. In terms of educational field, the use of interpreters to assist parents and students with a different

linguistic code is not even considered. According to the statement of Cedillo Corrochano, C. (2016), it is not enough that professional interpreters specialised in public services know the role and functions they have, but the profession should be known everywhere and by everyone. It is necessary to raise awareness in society and make that those citizens that speak a different language know that it exists and that it is at their disposal. One of the proposals of the author to achieve this aim is already ongoing. It consists of reaching the population through the media and social networks, as they play a very important role in our daily life.

Cedillo Corrochano, C. (2016) talked about the lack of awareness about the role of interpreters in public services in her article called *Análisis de la presencia mediática de la TISP en España y de su posible profesionalización* [Analysis of the media presence of translation and interpreting in public services in Spain and its possible professionalization]. In it, she explains the low professional appreciation of the PSI (Public Services Interpreting) alluding to other authors that also talked about this topic, such as Valero-Garcés, C. and Gauthier, L. (2010), who called PSI as ‘area’ and not as ‘profession’.

In contrast to other occupations, interpreting in general, and interpreting in public services in particular, does not have an official board of professional responsible of ensuring that the rights of the professionals belonging to this occupation are fulfilled. There is no entity in charge of ensuring that every worker applies the same rates, or at least, similar rates, and of regulating the different work specialities. On the contrary, the professionals themselves are responsible of all these issues. This could be considered as another problem that causes the lack of professionalization of interpretation. The economic point may make a client decide to order a translation or interpreting assistance to a professional instead of another. In relation to this, due to the lack of official boards, nobody ensures that the most economical option is also the one of more quality. In order to regulate all these issues, there are some associations working for it as far as possible. They guide professional interpreters and give them advices, they create different forums so that they could keep in touch with each other, and they write codes of ethics in order to establish the main principles that a translator and interpreter must follow. Some of these associations are specialised in an specific field of translation and interpreting, such as APTIJ (Spanish Professional Association of Court and Sworn Interpreters and Translators) or AIIC (International Association of Conference Interpreters), among other. Nevertheless, there are other associations that include many specialities, such as ASETRAD (Spanish Association of Translators, Proofreaders and Interpreters). Each of these associations has their own code of ethics. This coexistence of different codes of ethics generates doubts about which one should be followed, although all of them include the basic principles. This is why creating a single code of ethics would contribute to ensure a good quality in the services offered, and to avoid possible regulatory gaps. It would compile in a single document the principles that must direct the practice of translation and interpreting. Moreover, this common code of ethics would serve as a core to link all the professionals in this field, and thus, to make know the profession, its different specialities and the functions they fulfil for society. This recognition would improve the work quality and conditions, interpreters and translators would be more taken account and,

concerning specifically our field of study, every public service would have ensured a quality interpreting system, carried out by professionals that have been trained for it.

2.4 Training

A lot of emphasis has been made in relation to the importance of receiving a good training in interpreting so that the work resulting is of a good quality. Renée Van Hoof said that ‘interpreters are born, not made’, but those wishing to become professional interpreters should receive a specific training that helps them develop the necessary skills to carry out this work. Those people currently working as interpreters will serve as an example for future professionals to guide them in the right development of interpreting, giving them advices, corrections and possible solutions for potential mistakes and problems that may arise in a situation as realistic as possible.

Now, we are going to focus on the training received through university centres for those people wishing to become professional interpreters. Interpreting is one of the oldest professions, as there have always existed different languages and there has always been a need of communicating with people with a different linguistic code. However, it was at the end of the 20th century when university training in interpreting was introduced in Spain. Many of these centres have introduced in their study plan the teaching of the modality of interpreting in public services, although it is done usually through optional subjects that cover all the fields included in public services in a general way, without specialising in one of them in particular (Álvaro Aranda, C, 2016). This is the case in Granada University, in Spain, which counts with this subject, taught in different linguistic combinations, but impart its lessons in an introductory way, as the name of the subject shows (Introduction to public service interpreting). It is a semester subject, and it provides general guidelines through role-plays about three different public services: health, legal and education. There are also centres that provide a theoretical training, but they do not offer internships to their students that may help them learn from real situations. Other centres offer only the possibility of doing extracurricular internships without ensuring that they will receive any kind of feedback about the work they do, others do not have any sort of agreement with public entities that allow their students to work in public services context. In the case of healthcare centres, the number of agreements is even lower (Álvaro Aranda, C., 2016).

The lack of specialisation in public services interpreting in study plans at universities is supplied with the existence of postgraduate studies, such as the University Master in Intercultural Communication, Interpreting and Translation in the Public Services of the University of Alcalá, in Spain. This master deepens in teaching of this field through teachers that are currently working as social interpreters and translators, and through internships related to this sector. However, reality is that doing an internship in a healthcare centre that includes interpreting sessions is very difficult, as the number of offers is fairly limited. The reasons of the scant offer available could be the natural difficulty of medical interpreting, or the lack of knowledge about this profession, since only a few healthcare centres count with any sort of interpreting service at the disposal of medical workers or users.

Apart from education centres, those companies offering interpreting in public services usually offer training courses addressed to their workers. Normally, those public entities that need an interpreting service resort to these sort of companies. (Álvaro Aranda, C., 2016). It is a good initiative that ensures that interpreters have a good knowledge about the field; but each company has their own way of working. Thus, this training will differ from one company to another, and it will never be homogeneous.

Navaza, B. *et al.* (2009) allude to the importance of having specialised linguistic knowledge that ensures an accurate information transmission, Creeze, I. *et al.* (2013:17) and Membrado Trilles, J. (2014:11) relate training with acquisition of skills that guarantee a successful communication; and Tellechea Sánchez, M. (2005) defends the importance of being able to put into practice the knowledge acquired. The training in interpreting in public services must follow these three aspects, in favour of ensuring communication of quality in which the message issued is perfectly received by the listener. A good interpreter must be trained in different areas, as his or her duty is not simply transmitting words, but everything that surrounds them to make the message making sense. In other words, a good interpreter must have a good knowledge of both languages, have a good knowledge of the cultures implied, and had received any sort of psychological training, since in those contexts in which he or she is going to work will have a high emotional burden, and it leaves no one indifferent. For this purpose, the following definition of 'language' has been included:

El lenguaje es un método exclusivamente humano, y no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada.
[Language is an exclusively human method, not instinctive, of communicating ideas and desires through a system made of symbols produced in a deliberate manner] (Sapir, E. 1954:14).

That is to say, a language has some inherent characteristics that convert it in something more than words and make it making sense when a message is issued. However, not every language expresses the same by using equivalent words. That is why interpreters must have a deep knowledge of their working languages.

Knowing a language deeply is even more necessary when it is going to be used in specific fields in which the workers belonging to it use words or terms that people out of that specialised area might not know. For example, doctors use a technical vocabulary that, in many occasions, needs to be clarified so that the patients and their relatives understand it. When the communication between a doctor and a patient occurs between speakers with different linguistic codes, this is even more difficult. In these cases, it will be necessary to resort to a person able to do that both parties communicate: an interpreter.

However, achieving a homogeneous training is not an easy task, as not every candidate has the same profile. There are two existing groups: on the one hand, those people with university training, generally in majority languages and, on the other hand, those people that know minority languages but that have had no access to training. (Álvaro Aranda, C., 2016). Resorting to people without appropriate training, as it has been already said, is not advisable,

as it affects the quality of the services and, focusing on the health field, it also affects the health of the patient, as the message might not be fully transmitted. Nevertheless, we cannot forsake those people that speak a minority language and that are present in the Spanish society nowadays, but instead looking for a way to train them. This way, specific knowledge in any field will be added to that general linguistic knowledge that they already have, and they will be able to work in public services.

An initiative exposed by Sanz-Moreno, R. (2017) consists of introducing a doctor in medical interpreters' training, so that interpreters could acquire the necessary skills to work in medical settings. The project presented by the author consists of using role-plays during the interpreters' training. This technique is very used during this type of training, but in this occasion, the doctor would be part of the role-play, and his or her task would be to play the role of the medical worker so that the interventions are as realistic as they would be in a real situation. In so doing, the students would develop communicative skills. Including health workers in the training of interpreters is also a way of making the profession know among medical workers; and provoking feedback situations in which both parties could benefit from the knowledges and advices of the other is also a useful technique. The presence of an expert in medicine during the training of the interpreter makes that role-plays are more real and authentic, as San-Moreno, R. (2018) already said.

Nonetheless, and in relation with the lack of professionalization of interpreting in public services, the training in this field should be extended to service providers, as they, in many occasion, do not know how working with an interpreter is. This lack of training causes that the interpreters are asked to do some task that surpass their duties, and this endangers the fulfilment of those principles that rule their work, such as impartiality or faithfulness. Therewith, the same way that courses specialised in training future medical interpreters are organised, it would be also a good idea to organise workshops, courses or conferences addressed to serviceproviders, as this would provide them with some notions about the process of working with an interpreter. Therefore, this would facilitate the work of all the parties involved.

Over the course of training of interpreters it is continuously repeated the importance of remaining impartial, invisible and only transmitting faithfully the information provided by the speakers. However, in medical settings, it can be difficult to some people to stand aside when the news they have to communicate are not pleasant. Although, in general, is the doctor or any other medical worker the one in charge of communicating bad news, when the patient does not speak the same language as the service providers, they understand what the interpreter says so, indirectly, the interpreter would be the one in charge of communicating these bad news. This situation causes the interpreters an emotional impact, and they must be able to manage it and control it so that it does not affect the quality of their work, they must not show weakness and continue doing their job professionally. However, how can they control their emotions in such a moment if they are not trained for it? Here is again the importance of doing an internship in real environment that helps the students know situations that, for sure, they are going to experiment when they become professional interpreters. In addition, are these internships and the expertise enough to get used to this sort of tasks? There are no subjects related to emotions management included in study plan at universities, nor in graduate studies, nor in postgraduate

studies, not even in those study plans specialised in public services. It is worth remembering that interpreting in public services is full of social burdens and, in those contexts, the contact with the participants is very close and direct. At some time, many of professional interpreters may have thought of asking for psychological aid in order to relieve their burden, but it is also possible that they have not done so due to the importance of confidentiality in this profession. To what extent is it considered to have breached the principle of confidentiality if it has been done to relieve the emotional impact caused by their job? Thus, the objective of this paper is to know the emotional impact caused in medical interpreters when they have to communicate bad news, to offer a comparison between the emotional impact in medical interpreters and medical workers, and to suggest several measures to manage emotions.

2.5 Current situation of interpreting in public services in Spain

It is a known fact that interpreting was born due to the needs of communication between people with a different language at an international level, but nowadays it is also used to solve communication problems within a nation (Corsellis, A., 2010). These needs appeared from the globalisation and the migratory movements due to several reasons that has brought new citizens to our country. These citizens will need to attend any public service at their disposal sooner or later, and they will have to face linguistic barriers.

Currently, there is a growing demand of interpreting services, since the migratory movements that have taken place during the last decades have brought to Spain a high number of people that have to face many problems to do any type of administrative management. According to the data published by the Spanish Statistical Office (INE) at the end of 2018, in Spain there are, at present, more than 46.733.000 citizens, and 4.663.726 of them are foreigners, which means that one out of ten Spanish citizens is foreigner. Another way for foreigners to access Spanish public services is tourism. According to the results published by the INE in terms of touristic movements in borders, in 2018 Spain received 82.762.840 visitors, most of them coming from the United Kingdom, the Netherlands, Italy and Europe in general. These figures show the high probability existing that a person that does not speak Spanish attends a Spanish public service.

In terms of medical settings, it is worth mentioning the article number 12 of the Organic Law 4/2000, of 11 January 2000, on the rights and freedoms of foreign citizens in Spain and their social integration:

Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria. [Foreigners have the right to receive medical care according to the terms provided by the current legislation on health]. (BOE-A-2000-544).

This law refers to foreigners without specifying any type of condition, so every person has the right to receive medical care, as provided in subpart 1, of articles 3 and 3 ter (3b) of the

Royal Decree-Law 7/2018, of 27 July 2018, on Universal Access to National Health System. This Royal Decree-Law increases the possibilities that a foreigner with a different language than Spanish accesses Spanish Health System.

Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1.

[All the people with Spanish nationality and foreigners whose residence is in Spanish territory are health and medical care rights holders.

Those foreigners that are not registered or authorised as Spanish residents have the right to health protection and to medical care under the same conditions as Spanish people, as provided by article 3.1].

(BOE-A-2018-10752).

This urgent need of communication between people that speak a different language is what leads to resort to untrained people to interpret, and this, consequently, may bring an inherent lack of professionalism and quality, and the bad conditions that bear those that do are professionals. Sometimes they resort to freelance or voluntary interpreters that access the job post through a company that has been hired for that purpose, without any certified access that ensures that the interpreters concerned have the appropriate skills and knowledge to do that job.

There are people that think that foreigner should learn the language of the country where they are living, but it is worth considering that learning a language needs time (Corsellis, A., 2010), and even more time to learn the specific language used in public services. It is not easy to understand the terminology used in a court proceeding, or to understand a doctor when he or she communicates a diagnosis. At that moment, an interpreter is necessary. He or she will contribute to the fluency of the communication and will help users and services providers have the feeling of having fully understood the medical session.

Ann Corsellis (2010) presents and connects three levels that are contributing to develop interpreting in public services: at a local level, generally promoted by some enthusiasts that transmit the initiative to a national level; and international collaborations, such as the ones by the European Union, whose aim is that every Member State has a similar interpreting criterion. She also explains three factors that affect the development of interpreting in public services. These factors are:

- The public services themselves, which do not recognise the work carried out by the interpreter and resort to relatives or friends of the user that, most of the times, does not do a satisfactory work. Then, they resort to people that has no way of showing their expertise in the field: *ad hoc* interpreters that may be good at their work, but not having the necessary skills.

- Governments, who attribute a tight budget to this kind of interpreting, contrary to other modalities, such as conference interpreting, which has always had a higher social recognition. The legal field counts with more and more interpreters. Companies specialised in this sector participate in the bidding to provide interpreters to Spanish criminal courts. In the medical field, there are some autonomous regions, such as the Autonomous Region of Madrid, that are carrying out a service of telephone interpreting, which is now at disposal of patients and medical staff. Unquestionably, it is a good start, but there is still a lot to do so that people that could benefit from it know that it exists and how it works. We must have to continue working so that the public administration bears in mind making an investment in professional interpreters, and justify this investment through the benefits obtained, such as a public service of quality. Doctors will feel more calmed knowing that the information issued to the patient has been sent completely and in a faithful way; and patients will perfectly know the treatment or guidelines established by the doctor, and this will affect positively to their health.
- Interpreters, that are still living together with an employment situation that, in many occasions, does not count with them and prefer resorting to *ad hoc* interpreters; with employment conditions considerably different to those of the rest of workers in public services; and with a society that does not recognise their work and effort.

Although many articles highlight the need of training in interpreters and the need of achieving a training as homogeneous as possible, and of regulating this profession, barely no one has written about the emotional impact that an interpreter specialised in this field may experience. It is an aspect with little regard, but existing in interpreters' daily life.

2.6 Psychological training of interpreters

As it has been previously said in this paper, there is a growing number of university centres offering translation and interpreting studies, both graduate plans and postgraduate plans, which include the specialisation in public services. This undoubtedly helps in the recognition of the profession and provides workers specialised in a field that differs widely from other types of interpreting.

The interpreter is a bridge, a link between participants, and Ruiz Mezcuca, A. (2014) highlights how important it is that they adopt the role of each participant, so that they could transmit the messages issued more completely. By adopting the role of the speakers, interpreters will feel more empathic and will feel the emotions of the speakers as their own. This can be a double-edged weapon, because feeling the same emotions as the person they are interpreting can contribute to understand better what the speaker is saying but, at the same time, interpreters are exposed to an emotional impact that they should be able to manage so that the communication develops properly. Apart from adopting the role of both parties, interpreters play their own role. Thus, they will feel their own emotions too. In summary, one single person will feel the emotions of three people (applicable in those cases where there is only one service provider and only one patient) and, at the same time, they have to be able to keep calm, to manage them and to take the conversation forward.

Even if the trainee has received high-quality linguistic and cultural training and is able to translate fluently and with accuracy, this person must be able to control his/her stress at work. (Ruiz Mezcua, A. 2010:8)

An interpreter may have received the best training in linguistic skills and cultural aspects but, in order to work in public services and especially in the health field, interpreters need to know themselves and their limits. They need to be stable people, able of not letting the stories they are going to interpret affect them, but without stopping being empathic and putting themselves in others' shoes. That is why psychological training and having, at least, some notions about emotions management is so important in a medical interpreter.

Focusing on the topic of the investigation, interpreters will work in situations in which they will have to communicate unpleasant news to the patients. Neutrality is one of the principles that regulate the profession of interpreter, and being 'invisible' is vital in order to guarantee a quality communication, carried out solely by the participants. Nevertheless, being invisible and being indolent are not synonyms. It does not matter how neutral interpreters pretend to be, they cannot forget their own emotions, beliefs and feelings (Ruiz Mezcua, A., 2014). Lázaro Gutiérrez, R. (2008) highlights the risk of getting too emotionally involved that interpreters working with people that have lived unpleasant experiences like torture, misery, etc. have, for example, those working with asylum seekers. This involvement can be extrapolated to health sector, where interpreters are involved in conversations about illness, hardship, or even death; and this can lead them to an emotional overflow, or can make them want to surpass their obligations to feel themselves more useful (Ruiz Mezcua A., 2014). It can also happen that interpreters feel identified because they have lived something similar, or because they relate with the case somehow. In this case, it is probable that the interpreter has difficulties to manage or control his or her emotions (Ruiz Mezcua, A. 2010: 151).

In spite of being contexts with such a social burden, study centres including interpreting studies do not have training that helps future interpreters manage their emotions. Interpreting in public services studies focus on developing communicative and communication management skills, which are really important tasks in interpreting, but they do not spend time on teaching emotions management or, at least, on providing short guidelines to do it. It is really important to raise awareness among students about the type of situations lived in health contexts, so that future interpreters know the emotional impact they may feel and they know the existence of some consequences of it, such as the burnout syndrome, which can become a reason for giving up their job, among others.

Interpreters can manage, of course, the course of the communication in a way that helps them feel as comfortable as possible. This, undoubtedly, will contribute to alleviate the characteristic stress and burden of health contexts. Interpreters can previously prepare the terminology that, in their opinion, may appear; they can create an atmosphere that makes the parties feel comfortable and relaxed; they can be placed at the same level as the patient, which will visibly reduce the social differences between participants and make them feel they are equal. They can also place themselves at an appropriate distance, since each culture is of a

closer or further contact, and being too close or too far can make the parties feel uncomfortable. For instance, Spanish culture is of a close contact, and Spanish people do not feel uncomfortable if the other party is close to them, but it changes in the case of American people, who need a bigger distance between speakers to feel more comfortable (Ruiz Mezcua, A. 2010:148-150).

It is worth highlighting how important it is to know how to communicate bad news without feeling responsible of it, as this will overwhelm the interpreters. They must be able to understand the affected person without letting it affect them. Moreover, they do not have to forget that each culture is different and concepts like illness or death are treated differently, as the following extract shows:

En algunas culturas [...] no se comunican las malas noticias directamente a la persona en cuestión, sino que se transmiten primero a los familiares y son ellos los que se encargan de informar a esta persona posteriormente. [In some cultures (...) bad news are not directly communicated to the person concerned, but they are previously transmitted to their relatives, and later they will inform that person] (Ilie, L., Jaime Pérez, A., Vitalaru, B. 2014:230).

There are some methods that contribute to start communicating bad news, such as sentences or expressions, which doctors normally use. However, interpreters in public services do not receive any training for it throughout their university career, and this can lead to an emotional overflow and causes negative consequences. This is one of the reasons of this research.

2.6.1 Definiciones de términos psicológicos

Aurora Ruiz Mezcua (2014) señala la importancia de que los futuros intérpretes, al menos, conozcan el significado de algunos términos psicológicos (extraído de Ruiz Mezcua, A., 2014 y Morales Marín, A., 2015 – TFM), por lo que aquí ofrecemos las definiciones de los más comunes:

- Ansiedad: según la Oficina para la Salud de la Mujer (OWH por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, la ansiedad es una respuesta habitual al estrés. Se trata de un sentimiento de preocupación, nerviosismo o temor ante un evento o situación. A pesar de que a algunas personas puede ayudarle a afrontar problemas, a otras puede incapacitarlas en su vida cotidiana, e incluso puede aparecer como un ataque de miedo aunque no haya ningún peligro aparente. Es un trastorno que suele afectar a más mujeres que hombres y que puede recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico. Los principales síntomas físicos incluyen debilidad, falta de aire, aumento de la frecuencia cardiaca, sofocos, entre otros.
- Autoestima: según la Fundación Nemours la autoestima consiste en tener una buena opinión de y sentirse bien con uno mismo. Tener una baja autoestima es todo lo contrario, es sentirse inadecuado, inferior o que no se merece cosas buenas. Una persona con baja

autoestima se centra en los momentos en los que fracasa y pasa por alto aquellos en los que tiene éxito, es crítica consigo misma, insegura, no reconoce sus virtudes y duda de ser capaz de hacer bien las cosas. Tener una autoestima baja afecta a nuestras relaciones y a nuestra felicidad. Una situación desagradable, como decir a un paciente que padece una enfermedad grave, y en la que este se venga abajo, puede hacer que un intérprete con baja autoestima sienta que no ha hecho bien su trabajo y no se vea capaz de volverlo a hacer.

- Síndrome de desgaste profesional o burnout: según los expertos de *Psicología y mente*, el síndrome de desgaste profesional es un estrés laboral que afecta a los trabajadores. Consiste en un agotamiento físico y mental que repercute en la autoestima y que hace que la persona pierda paulatinamente interés en su trabajo. Aparte del agotamiento emocional, otros síntomas característicos de este síndrome son la pérdida de motivación y la falta de realización personal; y sus consecuencias por no tratarlo incluyen exceso de estrés, fatiga, insomnio, depresión, ansiedad, asma, migrañas, etc.
- Depresión: en MedlinePlus definen la depresión como una enfermedad clínica severa, y recalcan la importancia de no confundirla con “estar triste”, a pesar de que este es un síntoma, además de la pérdida de interés, aumento o pérdida de apetito, sentirse muy cansado, desesperanzado, irritable, ansioso, culpable, etc. De nuevo, es una enfermedad más común en mujeres que en hombres. Los modos de tratar la depresión comprenden tanto los antidepresivos como la terapia de conversación, pudiendo combinar ambos métodos.
- Desgaste por empatía: María José Rosas Carmona explica en *Psicología y mente* este síndrome, frecuente entre trabajadores de la salud por su cercanía a personas con problemas. Se trata de un agotamiento físico y mental que puede causar fatiga, ansiedad, sentimientos de culpa o vergüenza. Es un síndrome que puede tratarse con formación psicoeducativa que proporcione herramientas para gestionar el estrés, con técnicas de relajación o meditación, o realizando actividades que distraigan al trabajador y lo ayuden a pensar en otra cosa.
- Estrés: de nuevo en MedlinePlus definen el estrés como un sentimiento de tensión física o emocional que provenga de una situación o sentimiento que haga que la persona se sienta frustrada, furiosa o nerviosa. El estrés no tiene por qué ser malo, pero comienza a ser perjudicial para la salud cuando dura mucho tiempo. A este tipo de estrés se le denomina estrés crónico, y puede terminar aumentando a la presión arterial, provocando una insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidad, acné y depresión. Para tratar el estrés se puede recurrir a un profesional médico o de salud mental.
- Shock: o estado de shock, definido por Oscar Castellero en *Psicología y mente* como la reacción que se tiene ante sucesos traumáticos o estresantes que hacen que la mente se bloquee. Las reacciones que causa el shock van desde la ansiedad o la pérdida de consciencia hasta la rabia, el llanto, la ira, la taquicardia, temblores o una falta de

reacción. A pesar de ser algo normal tras experimentar situaciones dolorosas, según la intensidad que tenga puede desembocar en una crisis de ansiedad. Las técnicas de relajación y respiración pueden ser de utilidad para tratarlas, así como los tranquilizantes y el apoyo psicológico.

- Trauma: la definición que ofrece el Movimiento de Salud Mental de California, SanaMente, es “herida duradera que puede ser provocada por varias situaciones”. Los síntomas que presenta el trauma emocional incluyen insomnio y pesadillas, irritabilidad, ansiedad, nerviosismo y miedo.
- Trauma vicario: es un cambio físico o psicológico que experimenta sin desearlo una persona que se dedica a ayudar a personas con lesiones o algún trauma, según explica Francisco Javier Rodríguez Lara, Director del Centro Integral de Atención a Víctimas de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de México. Se podría decir que este tipo de trauma lo experimentan los intérpretes por “aprendizaje” al copiar los sentimientos de las personas a las que están asistiendo.

En resumen, la mayoría de las afecciones psicológicas que puede experimentar un intérprete se pueden solucionar, básicamente, de dos maneras: la primera, acudiendo a consulta psicológica para descargar tensiones, “desahogarse” y recibir tratamiento por parte de un profesional. El problema relacionado con esta posible solución es el principio de confidencialidad, pues un intérprete no puede hablar de los casos que interpreta, y no queda claro si recibir apoyo psicológico para aliviar las emociones del intérprete podría ser una excepción. La segunda solución es emplear técnicas de relajación o de gestión de emociones. La otra cara de esta solución es la falta de formación psicológica que reciben los intérpretes durante su formación, y la poca esperanza que hay de que eso cambie, pues primero se debería dotar a la profesión del conocimiento que merece para resaltar la necesidad de este tipo de formación en intérpretes de este campo.

2.6.2 Comunicación de malas noticias

Uno de los momentos que, presumiblemente, pueden resultar más duros para un intérprete sanitario es el momento de comunicar malas noticias. Llegados a este punto es necesario proporcionar una explicación de a qué se refiere el término “malas noticias”:

Las malas noticias [...] se definen como una comunicación antes desconocida que altera las expectativas futuras de las personas. Es un término muy subjetivo ya que una información es buena o mala según la persona que la recibe. (Vázquez González, A., Moya Meléndez, R., Aponte Tomillo, I., Nuño Morales, P., Beardo Rodríguez, G., 2015:33).

En la obra *Cómo dar las malas noticias en medicina*, Marcos Gómez Sancho (2006) cita a Buckman para ofrecernos otra definición más específica del ámbito sanitario:

Podemos definir las malas noticias como aquellas que modifican radia y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir. (Buckman, R., 1984:288).

La fuerza de la impresión recibida por el enfermo, dependerá entonces de la disparidad entre las esperanzas del individuo –incluidas las expectativas de futuro- y la realidad médica. (Gómez, Sancho, M., 2006:43).

Es importante tener en cuenta que, aunque en líneas generales dar malas noticias en el ámbito sanitario está asociado con situaciones terminales, no siempre es así, pudiéndose dar el caso de que un paciente tenga que, por ejemplo, recibir la baja médica en un momento poco apropiado en el trabajo, o que se diagnostique una enfermedad con tratamiento y con la que se puede llevar una vida normal, como la diabetes.

Rigiéndonos por el principio de que la labor del intérprete es trasladar las palabras del facultativo o del personal de enfermería, podría decirse que no es el intérprete en sí el que comunica las noticias desagradables al paciente. Sin embargo, viéndolo desde otra perspectiva, en una situación comunicativa en la que el paciente y el médico o enfermera tienen diferentes códigos lingüísticos, corresponde al intérprete realizar esta incómoda tarea, aunque no sea él el autor del mensaje. A fin de cuentas, el paciente entenderá el mensaje cuando haya pasado “por las manos” del intérprete, y no cuando el proveedor de servicios lo formule.

Esta situación puede provocar un impacto emocional que el intérprete debe poder gestionar para garantizar el correcto desarrollo de la interpretación. Sin embargo, y como hemos visto en el apartado dedicado a la formación de intérpretes, y a la formación en el ámbito psicológico en concreto, el profesional de la interpretación, por lo general, no cuenta con los conocimientos y la formación apropiada para ello. Las consecuencias que pueden derivarse de ello pueden ir desde sensación de frustración, tristeza o desmotivación hasta el síndrome del desgaste profesional o el trauma vicario, explicados en el apartado 2.6.1.

Para saber cómo debe dar un intérprete malas noticias a un paciente, podemos comenzar observando cómo lo hace el personal sanitario. Hay autores que reconocen que dar malas noticias es una de las tareas más difíciles que tienen que realizar los profesionales de la salud (Alves de Lima, A., 2003:217). Es un cometido trascendental, pues el momento de recibir malas noticias será difícil de olvidar para quien las recibe. Es por ello que la formación y práctica para llevarlo a cabo resulta de gran importancia, ya que cada paciente recibe la noticia de manera diferente, y el modo de proceder no tiene por qué ser el mismo. Reconoce también el autor que dar malas noticias no es una labor agradable para el facultativo, pues su deseo no es que el paciente pierda la esperanza. En el mismo artículo recoge Alves de Lima los factores que pueden afectar al médico a la hora de dar una mala noticia al paciente. Algunos de ellos son:

- Miedo a causar dolor
- Miedo de ser culpado por el mensaje que transmite
- Dolor empático, es decir, sentir el dolor del paciente como propio
- Miedo legal, o a que el paciente o familiares emprendan acciones legales por considerar que el médico no ha hecho bien su trabajo

- Miedo a lo desconocido, donde hace referencia a la falta de preparación de los profesionales sanitarios para afrontar este momento
- Miedo a no saber qué responder o qué decir para aliviar lo posible la carga del paciente o los familiares

Queda así manifestada la falta de formación para abordar la tarea de dar malas noticias que tiene el personal sanitario en cuanto a métodos comunicativos. Sin embargo, estos profesionales sí que reconocen la importancia que tiene comunicar las malas noticias de un modo apropiado, y con ello la necesidad de formación y práctica para ello. Huelga decir en este punto que, en este caso, los intérpretes contarían con ventaja por ser profesionales de la comunicación.

Otros autores resaltan la importancia que tiene saber, o intentar saber, el impacto que esta noticia está causando a quien la recibe, haciendo uso de la empatía, pues no todos los pacientes o familiares afectados reaccionarán del mismo modo, sino que esta reacción puede variar dependiendo del contexto, la enfermedad, la etapa en la que se encuentre la personalidad del individuo, o un aspecto que no se suele tener en cuenta o al que no se le dota de la importancia que merece: cómo se comunica la mala noticia. Cómo se transmita esa información desfavorable tendrá un papel muy significativo en cuanto al impacto emocional del afectado se refiere, y este, a su vez, influirá de forma considerable en el impacto emocional del personal sanitario o del intérprete si lo hubiere. Un trabajador no reaccionará de la misma manera cuando, al transmitir una mala noticia, el paciente o sus familiares se lo tomen de forma calmada, que cuando en la misma situación el afectado o las personas de su entorno reaccionen de manera violenta, agresiva, o les inunde una inusitada tristeza. En relación con la idea anterior, el modo en que se comunican malas noticias no es solo importante, como se ha demostrado, en cuanto al impacto emocional de las personas implicadas en esa conversación, sino que de ella puede depender cómo se adapte el enfermo o sus familiares a su nueva situación. Si el médico o la enfermera comunica el mensaje de forma calmada, tranquila, y mostrando apoyo y esperanza con sus palabras, el enfermo no podrá evitar sentirse triste o frustrado ante su actual circunstancia, pero será más llevadero y sabrá que cuenta con un equipo de profesionales para acompañarle en esa nueva y difícil etapa. Sin embargo, si el médico o la enfermera lo comunican con desgana, sin darle importancia, o incluso con enfado o ira, el paciente tendrá más dificultades para afrontar su nueva realidad y podrá incluso sentir que el personal sanitario no tiene interés en su caso particular. Un intérprete sanitario formado para ello sabe que el mensaje debe transmitirse del mismo modo al que lo formula el orador, manteniendo su intención y tono para que el mensaje sea recibido de la misma forma a como se recibiría si los interlocutores hablasen el mismo idioma. No obstante, en un caso como este que exponemos en el que el profesional de la salud no emplea un tono adecuado para transmitir algo tan delicado como una mala noticia, el intérprete se encontraría en una disyuntiva en la que le resultaría difícil decidir: ¿debería mantener el tono de, por ejemplo, enfado del médico al paciente o, por el contrario, debería emplear otras palabras que ayudasen a que el impacto emocional del afectado fuera el mínimo posible? Recordemos que los profesionales sanitarios no son profesionales de la comunicación, pero no es ese el caso del intérprete, y en ocasiones puede

verse tentado, por necesidad, de hacer uso de sus habilidades para gestionar la comunicación de un modo efectivo.

Una de las opciones con la que cuentan, no solo los médicos, sino también el personal de enfermería, para saber cómo comunicar malas noticias es el protocolo de seis pasos de Buckman, que proporcionará información relacionada con el momento y lugar más adecuado para transmitir noticias desagradables, aspectos que el paciente y el profesional sanitario deben tener en cuenta, etc.:

1. Primera etapa. Preparación:

Se recomienda llevar al paciente y familiares a una sala privada siempre que sea posible. Si no existe esa posibilidad, se recomienda cerrar las puertas de la sala o las cortinas, y no dar nunca la noticia de pie ni en los pasillos, para evitar cualquier molestia o interrupción. Demostrar siempre interés y respeto.

2. Segunda etapa. Averiguar lo que sabe el paciente:

Puede darse el caso de que el paciente no quiera entender nada y quieran dar esa sensación. Además, hay que prestar atención a las características culturales del paciente y al tipo de lenguaje que utiliza, verbal o no, pues dará pistas sobre lo que en realidad sabe o no. Muchas veces el lenguaje no verbal puede contradecir lo que dicen las palabras, puesto que, en muchas ocasiones, es un lenguaje que no somos capaces de controlar completamente. Ser capaz de averiguar lo que dice el paciente, incluso cuando no lo dice con palabras, puede ser muy útil incluso a la hora de hacer un diagnóstico.

3. Tercera etapa. Conocer qué quiere saber el paciente y qué no:

No está mal preguntar al paciente lo que quiere saber y, en cualquier caso, se debe respetar su decisión.

4. Cuarta etapa. Compartir la información:

En caso de que el paciente haya expresado su deseo de no saber la verdad, se debe respetar su decisión, y se procederá a explicar el tratamiento o el seguimiento que se hará de la enfermedad sin explicarle la patología en sí. Se recalca la importancia de hablar con el paciente empleando el mismo vocabulario, sin olvidar que la terminología médica es complicada; y se debe entender al paciente al recibir la noticia, pues puede reaccionar de cualquier manera, siempre dentro de unos límites sociales, y se le deberá comprender y apoyar. Muchos pacientes interrumpirán al médico mientras habla, pues cada uno asume las noticias en momentos diferentes de la conversación, y se debe comprender también esta postura.

5. Quinta etapa. Responder a las reacciones del paciente:

El médico, o cualquier miembro del personal del centro sanitario, deberá apoyar al paciente en todas sus reacciones, mostrándose con calma pero sin perder la empatía. En caso de que el paciente o algún familiar reaccione de un modo inapropiado, se puede acudir a otros compañeros para que ayuden o incluso al personal de seguridad.

6. Sexta etapa. Planificación y seguimiento:

El médico es una persona capaz de ayudar al paciente frente a su nueva situación, y podrá así ayudarle a reorganizar su futuro. El personal sanitario debe mostrarse positivo y dar ánimos al paciente, nunca quitarle la esperanza.

En la *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos* se incluye un anexo que hace referencia a este protocolo de seis pasos de Buckman, en la que se incluyen modelos de preguntas que se pueden emplear en las diferentes etapas, utilizando diferentes tiempos verbales y expresiones para hacer la pregunta más o menos directa, dependiendo de factores como el paciente o sus deseos de conocer la verdad sobre la enfermedad.

En relación con los puntos expuestos por Buckman encontramos en Gómez Sancho, M. (2006) la teoría de Tamburini, Filiberti, *et al.* (1988) sobre que el médico debe comunicar las noticias analizando a cada paciente de forma individual sin importar que algunos factores sean coincidentes, pues puede tener la misma enfermedad pero no encontrarse en la misma etapa. Por ejemplo, al diagnosticar cáncer a un paciente, siempre será una mala noticia la que se tenga que comunicar. Sin embargo, no será lo mismo comunicárselo a un paciente de avanzada edad que a los padres de un niño, ni será lo mismo comunicar un cáncer que, por fortuna, está remitiendo, a un caso en el que el tratamiento no está respondiendo del modo esperado. En definitiva, son muchos los factores a tener en cuenta a la hora de analizar a cada paciente y cada situación. Estos factores están recogidos por Gómez Sancho, M (2006: 70) en su obra *Cómo dar las malas noticias en medicina*:

- Equilibrio psicológico del enfermo: al tratarse de noticias desagradables e inesperadas es importante saber el estado psicológico del paciente para elegir el modo más apropiado de comunicarlas, pues hay personas, que tienen una tendencia depresiva mayor que otras, a las que se les deberá comunicar con un tacto especial.
- Gravedad de la enfermedad y estado evolutivo: como se mencionaba hace unas líneas, dos pacientes pueden padecer la misma enfermedad pero encontrarse en etapas diferentes de la misma, o puede darse el caso de que evolucionen de diferente manera. Un ejemplo puede ser el caso de dos enfermos que necesitan el trasplante de algún órgano, y alguno de ellos sea más difícil de conseguir, la lista de espera sea mayor o, en el caso de que ya se haya realizado el trasplante, se produzca rechazo de alguno de ellos.
- Edad: es un factor a tener en cuenta, pues no será recibida la misma noticia en un paciente joven que ha sufrido un infarto que si lo ha sufrido una persona anciana, pues la persona joven tendrá un corazón más fuerte que le ayudará a superar el infarto con más facilidad. Además, el autor del libro recoge que, a la hora de comunicar información relativa a una mala noticia o a una patología grave a una persona joven, esta suele querer que se le proporcione más información, y que además deberá ser así ya que puede ser importante su colaboración activa durante el tratamiento.
- Impacto emocional sobre la parte enferma: es un factor importante para el tema del trabajo, pues del impacto emocional del paciente dependerá, en gran medida, el del

intérprete. Hay enfermedades que cuentan con unas connotaciones poco positivas, y que al comunicar a un paciente que padece esta enfermedad, es lo primero que se les viene a la cabeza. Por ejemplo, la enfermedad del cáncer conlleva miedo a la muerte y, al recibir la noticia de que una persona tiene cáncer, en un primer momento no se piensa en los casos en los que se ha superado la enfermedad, a pesar de que mantener una actitud positiva es realmente importante en estos casos. Por eso, con determinadas enfermedades, será necesario optar por unas medidas de comunicación de malas noticias u otras, dependiendo del impacto que, por conducta social, tendrá sobre el enfermo.

- Tipo de tratamiento: en los casos en los que se vaya a llevar a cabo un tratamiento como, por ejemplo, la quimioterapia o una mastectomía, será necesario comunicar al paciente previamente la enfermedad que padece y explicarle qué tipo de tratamiento va a recibir, pues de no ser así, el paciente recibirá un gran choque al verse de pronto sometido a una medicación para tratar una enfermedad que desconocía tener.
- Rol social: hay malas noticias que truncan la vida de las personas que las reciben, directa o indirectamente, y que, por lo tanto, deben modificar algunos planes de futuro que tendrían hechos y adaptarlos a su nueva realidad. No es de extrañar que en el momento de recibir la noticia y de ver todos esos planes deshechos, el afectado reciba un impacto emocional mayor. Es importante tener en cuenta estos aspectos, pues como ya se ha mencionado en varias ocasiones, el impacto emocional que reciba el médico o el intérprete dependerá, en parte, del impacto que reciba el paciente o el familiar al que se le esté comunicando la noticia.

En palabras de Alves de Lima. A, (2003:220), “no debemos perder la subjetividad pero tampoco la objetividad [...]. El mensaje debe ser firme, pero a la vez con un delicado equilibrio entre prudencia y esperanza”.

Es decir, no hay que mostrarse insensible hacia la noticia desagradable que acaba de recibir el paciente, pero tampoco hay que dejar que las emociones que experimenta el afectado se nos contagien, pues eso puede llevar la situación a un ambiente más personal y afectar a la calidad del servicio que se presta.

Llegados a este punto, el autor vuelve a reconocer la importancia de desarrollar habilidades de comunicación, con las que el intérprete ya debe contar, pues el modo en el que se transmitan las noticias será otro factor que influirá en la recepción de la noticia por parte del paciente.

Es común escuchar a profesionales de la salud decir que la experiencia hace que se acostumbren a dar malas noticias. Basándonos en esta afirmación, se podría deducir que podría darse el caso de que un profesional sanitario diese una noticia desagradable e inesperada empleado palabras poco adecuadas o un tono demasiado elevado o directo:

Los estudiantes de medicina se pasan años aprendiendo a diagnosticar, pero apenas dedican unos minutos a aprender la mejor manera de comunicar dicho diagnóstico. (Gómez Sancho, M. 2006:50).

Si esta situación se diese en un caso con intervención de intérprete, este contaría con una presión añadida, puesto que además de ser a quien el paciente y familiares entenderán y, en ocasiones, considerarán un punto de apoyo por tener en común aspectos como el idioma o la cultura, el intérprete deberá prestar atención a cómo transmitir el mensaje. En esta ocasión deberá decidir si mantiene el tono y sentido que tiene el mensaje en idioma original, que es lo que el código ético recoge que debe hacer, o si cambia el tono para suavizarlo y que la noticia no llegue de modo brusco al receptor o receptores. De hecho, y como presentó Ana Morales Marín en 2015 en su Trabajo de Fin de Máster sobre *El impacto psicológico en el intérprete*, una afectación psicológica que podría relacionarse con las habilidades de comunicación es la saturación a la que hacen frente cuando reciben demasiada información y quedan con la sensación de no haber transmitido el 100 % del mensaje. En este caso cabe destacar la importancia de saber gestionar la comunicación, ya que, si el intérprete es capaz de interrumpir al interlocutor en el momento oportuno y de un modo apropiado, los fragmentos de información a trasladar serán más breves, la cantidad de información mucho menor, y el estrés al que deberá hacer frente se verá reducido.

“El médico que haya anunciado un diagnóstico de cáncer y vea a su enfermo llorar, no debe sentirse culpable de esta reacción que se debe a la naturaleza misma del diagnóstico. Lo único que ha hecho es permitir la expresión, en un momento preciso, de los sentimientos del enfermo.” (Gómez Sancho, M. 2006:53).

Escribe el autor esta cita basándose en la hipótesis que existe sobre que los médicos tienden a ocultar un diagnóstico grave alegando que el paciente es lego en medicina. Sin embargo, en los casos en los que esta hipótesis sea cierta, bien podría ser debido a que el médico tiene miedo a no ser capaz de expresar el diagnóstico sin que le afecten las emociones que expresarán tanto el paciente como sus familiares en un momento tan difícil. Un intérprete que deba asistir a un paciente con un código lingüístico diferente podrá sentir el mismo miedo a que el impacto emocional que reciba por la expresión de las emociones del paciente sea tan grande que no se vea capaz de sobreponerse. A una persona empática le costará alejarse de la situación, hacerla impersonal y no implicarse en la nueva realidad de esa persona a la que, de un momento a otro, le puede haber cambiado la vida. Y a esa persona le será necesario ser capaz de reconocer su empatía, los sentimientos que gracias a ella afloran en momentos determinados, y saber cómo gestionarlos para que no afecte a su trabajo ni a su salud. No es un asunto sorprendente que la persona encargada de transmitir las noticias desagradables, ya sea médico, enfermera o intérprete, le “tema” al momento de “enfrentarse” al momento de hablar con el paciente o con sus acompañantes, pues la forma en la que ellos reaccionen dependerá de cómo se transmita la noticia y, a su vez, la forma en la que los transmisores de la noticia reaccionen dependerá de cómo reaccionen los afectados:

“[...] y quizás también con demasiada frecuencia, los médicos tememos en exceso las posibles reacciones de nuestros pacientes ante el anuncio de su enfermedad”. (Gómez Sancho, M. 2006:56).

Cuando a un paciente, o a los acompañantes del mismo, se le comunica una noticia inesperada y desagradable, cabe esperar que su reacción será acorde a su nueva situación: será imprevisible, pudiendo abarcar desde la ira y la violencia hasta la tristeza más profunda. El médico, o el intérprete, según el caso que nos interesa, no pasará por alto estas emociones, y supondrán en él una sensación que, de no saber identificar y/o gestionar, influirán negativamente en la tarea que debe desarrollar, y creará expectativas negativas en relación con la interpretación que se darían a conocer en el siguiente encargo.

Es por ello que resulta imprescindible que los intérpretes cuenten con los conocimientos psicológicos necesarios, como el protocolo de seis etapas de Buckman, que le ayuden todo lo posible a gestionar la comunicación, y que sean capaces de identificar emociones y analizar las sensaciones que irradian las personas con las que trabajan o asisten. Dichos conocimientos podrían incluirse en módulos, asignaturas o seminarios impartidos en las universidades y centros de formación.

2.6.3 Gestión de las emociones

En los muchos contextos que ya se han mencionado en los que trabaja un intérprete sanitario ocurrirán diferentes situaciones que provocarán distintas emociones en el profesional de la interpretación, y que, sin los conocimientos apropiados para gestionarlas, afectarán no solo a su trabajo, sino también a su salud.

Sin embargo, actualmente no se cuenta con formación para ello en los programas de los centros formativos, como universidades o los propios centros sanitarios, dejando a los profesionales un vacío de conocimiento en una cuestión que estará presente en su día a día.

No obstante, existen numerosas publicaciones realizadas por psicólogos y expertos en la materia cuyo objetivo es explicar qué son las emociones, por qué nos interesamos por ellas, y qué técnicas podemos emplear nosotros mismos para gestionarlas. Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., *et al.* recogen en su obra *Gestión de emociones en el día a día: potenciemos las positivas y controlemos las negativas* la importancia de comprender las emociones y de controlarlas para mejorar nuestra toma de decisiones y nuestro proceder. (2017:21). Presentan la teoría de que el interés que el ser humano experimenta por las emociones se debe a su presencia con nosotros a lo largo de nuestra vida y a la importancia que tienen para nuestro bienestar (2017:15). Se extrae de esta afirmación que el ser humano necesita saber por qué experimenta sentimientos o emociones, comprenderlas y entender por qué determinadas situaciones le afligen y por qué otras le estresan o causan sorpresa. Comprender estas emociones y saber cómo gestionarlas es un conocimiento que podemos adquirir con voluntad y con formación, y así los explican los expertos con la siguiente cita: “Lo que se ‘aprendió’ puede ‘desaprenderse’ y, con cierto grado de esfuerzo, aprender cosas nuevas”. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., *et al.* (2017:17).

Empecemos entonces por definir el término “emoción”, para poder así identificarlas como primer paso para gestionarlas. Definen los autores de *Gestión de emociones en el día a día: potenciemos las positivas y controlemos las negativas* la emoción como “respuesta

‘provocada’ por un estímulo o una situación temporalmente próxima y conocida. Puede tener connotaciones positivas o negativas. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., et al. (2017:17).

Algunas de las emociones a las que los autores hacen referencia incluyen la ira, la tristeza, el asco, el miedo, la alegría y la esperanza. Todas esas emociones son factibles de aparecer en un intérprete sanitario durante una interpretación. Podemos sentir alegría cuando el médico comunica a una paciente que va a tener un hijo, tristeza si comunicamos a un paciente enfermo que el tratamiento no está teniendo en efecto esperado, o miedo si no nos vemos capaces de traspasar la noticia del personal sanitario al paciente por no creer hacerlo bien. Como ya hemos visto anteriormente, es inevitable experimentar sensaciones durante las sesiones de trabajo y, aunque no hay que mostrarse insensible ante lo que le pase a las personas que asistamos, no debemos dejar que esas emociones influyan negativamente en nuestra tarea. Debemos poder y saber reconocerlas para hacerles frente, pues si no, no será posible superarlas. Pero, ¿cómo podemos gestionar nuestras emociones en el momento en el que aparecen para que no nos hagan tomar malas decisiones?

Ciara Molina García nos ofrece una respuesta en su libro *Emociones expresadas, emociones superadas: una guía para lograr el equilibrio psicológico a través de la gestión de nuestras emociones*:

“El pensamiento, la parte cognitiva de nuestra mente, es el inicio de todo [...] pero con una capacidad muy valiosa: su plasticidad. [...] Significa que entrenándola podemos hacer con ella lo que queramos”. (Molina García, C. 2013:19).

Esto nos lleva a pensar que podemos trabajar nuestra mente del mismo modo que aprendemos un idioma, o a tocar un instrumento, donde empezamos dando pequeños pasos, pero con práctica, voluntad y perseverancia se puede avanzar y hacer uso de ello cada vez con menos esfuerzo. Es un conocimiento que adquieres en diferentes dosis, que avanza y progresa, y del que cada vez eres más competente. Sin embargo, como ya hemos mencionado, es algo que hay que trabajar, y hay que poner esfuerzo en ejercitarlo, y para eso deberemos, en algunas ocasiones, salir de nuestra zona de confort. El miedo es una emoción que puede ponerse en nuestro camino para salir de ella y, en consecuencia, impedirnos avanzar en el ejercicio de la mente:

“¿A qué le tenemos miedo? A no ser capaces, a hacer el ridículo, a fallar, a tener vergüenza, al juicio de otros, etcétera. Para vencerlo hay que identificarlo primero y luego enfrentarlo”. (Molina García, C. 2013:60).

Son pensamientos y situaciones comunes en nuestro día a día, pero si nuestro objetivo es aprender a gestionar emociones, deberemos hacerles frente, y para ello veremos algunas técnicas y algunas medidas que nos ayudarán a conseguirlo. En palabras de Ciara Molina García “ningún miedo se supera sin plantarle cara”.

2.6.3.1 Tipos de emociones

Josep Redorta, Meritxell Obiols y Rafel Bisquerra (2006:34) exponen en su obra *Emoción y conflicto: aprenda a manejar las emociones* una distinción de emociones, clasificándolas en tres grupos:

- Emociones negativas, aquellas que nos afectan desfavorablemente, como la ira, la frustración, el miedo, la tristeza, etc.
- Emociones positivas, aquellas que nos afectan de forma favorable, como la alegría o el amor.
- Emociones ambiguas, aquellas que nos afectarán de una forma u otra dependiendo de la situación. Podemos incluir el caso de los intérpretes sanitarios en este grupo de emociones, ya que vivirán diversas situaciones con mezcla de emociones y sentimientos, como sentir compasión, que es una emoción positiva porque incluye amor y afecto, por una mala noticia que se le va a comunicar a un paciente, lo que genera tristeza. Esta mezcla de emociones hace que sea de gran importancia ser consciente de ellas, de sus diferencias y de cómo manejarlas para que no influyan en la salud de los profesionales que se enfrentan con frecuencia a este tipo de situaciones.

Hablamos ahora de algunas de emociones, en su mayoría negativas, ya que es el tema que nos atañe, que un intérprete sanitario puede experimentar en cualquiera de las situaciones médicas en las que trabaje a lo largo de su carrera profesional:

- Tristeza:

“Emoción respuesta a sucesos displacenteros y que denota pesadumbre o melancolía”. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., *et al.* (2017:48).

Es una emoción visible a ojos de terceros, ya que puede reflejarse en las expresiones faciales o en el tono de voz, y en muchas ocasiones no somos conscientes de ello. Al tener como característica esta visibilidad, la familia, los amigos y las personas más cercanas pueden ofrecer consuelo y respaldo para ayudar a afrontar estas situaciones. Sin embargo, no es fácil dejar de lado la tristeza y continuar centrados, en este caso, en la interpretación; y más aún cuando la noticia es de gravedad, y así nos lo explican los expertos: “cuanto mayor es la tristeza, mayor es la dificultad para pensar en cualquier otra cosa”. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., *et al.* (2017:49).

Un ejemplo de esto podría ser cuando sufrimos la pérdida de un ser querido, porque aunque las personas más cercanas a nosotros intenten distraernos y ayudarnos a pensar en otra cosa, no es fácil apartar de nuestra mente la pérdida que hemos sufrido.

No obstante, a pesar de la dificultad de sobreponerse a una situación de tristeza en un momento inmediato, es necesario que seamos conscientes de la necesidad de hacerlo, puesto que la tristeza puede terminar convirtiéndose en una patología más grave como la depresión. Es por ello que su gestión es tan importante, y debe comenzar en los periodos iniciales. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J. *et al.* (2017:52).

- Miedo:

Definido por Josep Redorta, Meritxell Obiols y Rafel Bisquerra (2006: 67) como: “la emoción que se experimenta ante un peligro real e inminente. El miedo es activado por amenazas a nuestro bienestar físico o psíquico.

El miedo aparecería, por ejemplo, cuando un intérprete ya ha trabajado en una situación en la que tuvo que comunicar malas noticias, afloraron en él sensaciones negativas, como pueden ser la tristeza o la frustración, y le costó sobreponerse a ellas, viéndose afectado su estado emocional y, quizá, su trabajo. Por lo tanto, puede tener miedo a volver a sentir esas emociones que no le resultaron agradables, o miedo a sentir que fracasa en su trabajo o a sentirse culpable, cuestiones que, como veremos posteriormente, no dependen de él o de ella. Dicen los expertos que, cuando las personas tienen miedo, tienden a huir de las situaciones que se lo provoca, lo que, llevado al caso del intérprete sanitario, podría significar evitar aquellas sesiones en las que tuviese que comunicar malas noticias a algún asistido, y esto podría llevar al síndrome del quemado o síndrome de desgaste profesional que explicamos con anterioridad, y hacer que el trabajador afectado decidiese abandonar su profesión por no verse capaz de afrontar este tipo de situaciones. Sin embargo, huir no tiene por qué ser una solución, y con la ayuda y la formación adecuada se podrían superar los temores que les impiden realizar su tarea profesional.

- Ansiedad:

Los síntomas que desprende la ansiedad incluyen la sudoración, ligeros mareos, boca seca. Una persona que sufre ansiedad no se siente capaz de hacer frente a una situación. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J. *et al.* (2017:52). Es indispensable aprender a gestionar la ansiedad, porque puede hacer que una persona no se vea capacitada para afrontar ningún tipo de situación que implique salir de la zona de confort. Los autores de *Gestión de emociones en el día a día: potenciamos las positivas y controlamos las negativas*, ofrecen una recomendación para afrontar la ansiedad en un momento inesperado: un abrazo y hacer que la persona afectada libere la angustia que tiene. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J. *et al.* (2017:65). Un inconveniente de esta recomendación y un buen motivo para aprender a gestionar la ansiedad en el caso que tratamos, el de los intérpretes sanitarios, surge con la siguiente pregunta: ¿cómo se afronta la ansiedad durante una interpretación sin pedir un abrazo a una de las partes? Resulta impensable, pues de hacerlo, se perdería la invisibilidad que caracteriza al intérprete y se convertiría en un participante activo y principal de la conversación.

- Frustración:

Es un sentimiento de fracaso o decepción que aparece cuando no conseguimos algo que esperábamos conseguir. Un aspecto característico de la frustración es que suele ir acompañada de otra emoción como la tristeza o la depresión, y dependerá de cada persona y de su situación el derivar en una o en otra. (Molina García, C., 2013: 47). Dependiendo del contexto, se puede dar el caso de que la persona experimente ira derivada de la frustración. La frustración es una de las sensaciones que más pueden experimentar los trabajadores de la salud, así como los intérpretes, puesto que en las ocasiones en las que hay que transmitir malas noticias a pacientes o familiares, no estamos transmitiendo algo agradable. Es importante gestionar la frustración

porque, de no ser así, afectará negativamente a nuestro trabajo y podremos no reaccionar adecuadamente ante los pacientes o las familiares y nuestra reacción les podrá afectar. Además, según los autores de *Emoción y conflicto: aprenda a manejar las emociones*, la frustración puede desembocar en ira, y la ira es una sensación que se debe controlar, ya sea mediante distracción o mediante técnicas de relajación. (Redorta, J., Obiols, M., Bisquerra, R., 2006: 66).

- Empatía:

Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro para intentar comprender cómo se siente la otra persona (Molina García, C., 2013: 101). A pesar de que la autora nos presenta la cara positiva de la empatía, que consiste en ponerse en la piel de otra persona y conseguir así comprenderla, negociar con ella, convencerla, etcétera; la empatía es la cualidad sentimental que lleva al intérprete a experimentar las emociones expuestas previamente. La aparición de dichas emociones dependerá, en gran medida, de lo empático que sea cada intérprete. Se podría considerar la empatía como un “arma de doble filo”, puesto que, por un lado, puede ayudar al personal sanitario y al intérprete a comprender cómo se siente un paciente o sus familiares al comunicarles una noticia y poder, de ese modo, intentar adecuar el mensaje para causar el menor impacto posible. Sin embargo, por otro lado, puede hacer que estos profesionales encarnen las emociones de la persona afectada hasta el punto de que influya en su trabajo o en su estado de ánimo, provocando una serie de emociones que puede no saber gestionar. Se deduce de aquí la importancia de que una persona se conozca a sí misma, sus límites y sus habilidades para saber qué aspectos debe trabajar y mejorar.

- Culpa:

Surge, según Josep Redorta, Meritxell Obiols y Rafel Bisquerra (2006: 89), cuando una persona se condena a sí misma por lo sucedido, lo que supone una amenaza para la autoestima de quien la experimenta. El sentimiento de culpa va íntimamente ligado al de vergüenza, puesto que este supone tener miedo de que, además de culparse a uno mismo, haya otra persona culpando y juzgando. Un intérprete que comunica una mala noticia a un paciente o familiar puede salir de la sesión con la sensación de haberlo podido hacer mejor y que la persona afectada está atravesando un momento de sufrimiento debido a su intervención. La clave está en recordar que ese no es el caso, y que la actuación del intérprete poco tiene que ver con la situación sanitaria del paciente, argumento repetido con frecuencia en la formación especializada de intérpretes sanitarios. Sin embargo, es imposible decidir lo que uno siente, y es inevitable, por lo tanto, sentirse de este modo en algún momento. De ahí, de nuevo, la importancia de gestionar las emociones para aliviar, en este caso, la carga del intérprete y evitar que se sienta culpable, avergonzado y frustrado por algo que no estaba en su mano.

- Estrés:

Según Ciara Molina García (2013:184), el estrés aparece cuando tenemos la sensación de no poder con todo lo que nos rodea, provocando angustia y nerviosismo. Algunos expertos hacen una distinción entre dos tipos de estrés, calificando uno de ellos como “estrés positivo” o como se le conoce popularmente: estrés bueno. Este tipo de estrés hace referencia al que nos ayuda a solucionar una situación compleja porque nos mantiene alerta. Sin embargo, existe otro tipo de estrés llamado “estrés negativo”, que desemboca en ansiedad o frustración, y que nos

provoca la sensación de no ser capaces de afrontar todos los problemas o las tareas que tenemos en ese momento.

2.6.3.2 Importancia de entender las emociones

Como se ha mencionado anteriormente, resulta imprescindible para un intérprete aprender a gestionar sus emociones de modo que no afecten a su salud ni a su trabajo. Para ello, es necesario identificarlas y entenderlas, es decir, saber qué sentimos y qué es lo que hace que nos sintamos de esa manera. No obstante, esta tarea tiene una dificultad, y es que cada persona experimenta diferentes emociones y de distinta manera, ya que las emociones surgen dependiendo de la valoración que se haga de una situación, y estas valoraciones variarán de una persona a otra.

Por consiguiente, la manera en que una persona afronte una situación no tiene por qué asemejarse a cómo lo hará otra o a cómo debe hacerlo, puesto que no tiene por qué haber provocado en ellas la misma sensación. Poniendo un ejemplo relacionado con la interpretación sanitaria, un intérprete que acaba de transmitir a un paciente la noticia de que, tras varios meses de quimioterapia, la enfermedad no remite, podrá sentir tristeza por la situación del paciente, mientras que otra sentirá ira por no poder hacer nada para cambiar la situación. Ambos casos están provocando emociones negativas en el intérprete, por lo que en esos momentos le resultaría de gran ayuda saber cómo controlarlas y hacer que le afecten mínimamente para poder hacer su trabajo de la mejor forma posible.

Basándonos en lo expresado por Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., et al. (2017:128), las emociones afectarán en la toma de decisiones por abandonarse a ellas y dejarse llevar. Una tarea de interpretación es una toma de decisiones continua y una necesidad constante de alerta. Dejarse llevar por una emoción negativa como la ira puede llevar al intérprete a resolver los problemas con los que se vaya encontrando de un modo poco apropiado. Esto se consigue gestionando las emociones, según Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., et al. (2017:133): “aprender a gestionar las emociones y sentimientos tiene como consecuencia ir consiguiendo una mejor fortaleza mental”.

Esto no quiere decir que por saber gestionar las emociones una persona se haga inmune a ellas y deje de sentir las. De hecho, un intérprete no debe ser inmune, pues ya hemos destacado la importancia de la empatía en esta profesión. Lo que se pretende desprender de esa afirmación es que, al gestionar las emociones se puede controlar, en parte, el efecto que causan en la persona que las experimenta, haciendo que le causen el menor dolor posible y que interfieran mínimamente en la tarea que está desarrollando cuando aparecen. Un ejemplo claro y común se puede encontrar en las personas que saben gestionar el estrés diario: no implica que dejen de estar estresadas, pero saber gestionarlo puede hacer que el estrés negativo del que hablábamos antes se convierta en positivo y le ayude a resolver sus tareas y problemas de forma eficaz.

¿Cuál es, por tanto, el objetivo de la gestión de emociones y sentimientos? Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., *et al.* (2017) nos explican que no tiene un único objetivo, sino dos:

Disminuir o aumentar la duración o magnitud de una emoción positiva o negativa; aunque el objetivo más frecuente es disminuir las emociones negativas. [...] Cada acción puede tener un propósito interno (calmarse uno mismo) o externo (calmar a alguien). (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., et al. (2017:123).

El tema tratado en esta investigación se centra en las malas noticias, por lo que nos centraremos en el objetivo de disminuir las emociones negativas. El principal interés de un intérprete sanitario se relacionará con el primer propósito expuesto en la anterior cita: calmarse uno mismo. En el momento de dar una mala noticia, cuando empiecen a emerger las sensaciones negativas que puedan abrumar al intérprete, lo principal será calmarse, gestionarlas, y hacer buen uso de sus habilidades para no interferir ni en su trabajo, ni en las emociones de los afectados ni, por supuesto, en su propia salud. Cuando el profesional de los servicios sanitarios comunica una noticia de forma calmada, aunque se trate de malas noticias, transmitirá esa calma a los afectados. En los casos en los que sea necesaria la presencia de un intérprete, puesto que será a este a quien los afectados entiendan, será la calma que este transmita la que le llegará a ellos. Pero esta calma no será posible si el intérprete no ha conseguido relajarse él mismo. Son muchas las situaciones que pueden hacer que una persona, en este caso el intérprete, tenga dificultades para dejar a un lado las sensaciones que emergen en ese momento determinado y calmarse, puesto que estas emociones pueden aparecer por diversos motivos, como pueden ser las siguientes:

- Empatía: el intérprete se pone en la piel de las personas afectadas debido a cómo expresan las emociones y siente su dolor o tristeza como propio.
- Experiencia propia: el intérprete ha pasado por situaciones similares, por lo que evoca las emociones que experimentó en ese momento y sabe cómo se sienten en ese momento las personas afectadas.
- Estar pasando por un mal momento personal: la situación personal del intérprete no está atravesando un buen momento y su estado de ánimo no permite apartar las malas emociones con facilidad.

Josep Redorta, Meritxell Obiols y Rafel Bisquerra (2006: 104) recogen algunas características que pueden influir en que una persona se sienta “inundada” de emociones negativas:

- Si la persona es susceptible al contagio emocional: estrechamente ligado con la empatía. Si una persona tiene facilidad para ponerse en la piel de otro, le resultará menos complicado sentir la tristeza o el dolor de esa persona como propio.
- Si se está en una relación que aumenta las posibilidades de contagio emocional: hay momentos en la vida en los que una persona puede estar más sensible a emociones, no solo propias, sino ajenas también, y se contagiara con más facilidad de las emociones que otros desprendan, tanto buenas como malas.

- Si la comunicación se establece con alguien que es muy expresivo: hay personas que, sin saberlo, son capaces de transmitir emociones solo con su actitud o sus gestos. Del mismo modo que una pareja de recién casados contagian su emoción y felicidad a los invitados, las emociones tristes también son fáciles de contagiar.
- Si se está en una situación en la que una emoción concreta es apropiada: existen situaciones que, por sí solas, llevan unidas determinadas sensaciones y, en muchos casos, es imposible evitar que aparezcan. Por ejemplo, en un funeral impera la tristeza.

Recogen también que hay situaciones en las que la carga emocional es tan grande que desborda a quien las vive, lo que puede provocar que no se trabaje correctamente porque la mente debe concentrarse en múltiples aspectos diferentes y no da abasto. (Redorta, J., Obiols, M., Bisquerra, R., 2006:105).

Sin embargo, como mencionábamos con anterioridad, una de las características de la mente es la plasticidad, y podemos educarla para servirnos de ella en cuanto a gestionar emociones se refiere.

“Si una persona no tiene la intención de mejorar su capacidad o su habilidad para gestionar sus emociones y sentimientos de manera saludable, probablemente no llegue a hacerlo. Pero en caso de que así sea, entonces eso significa que debe realizar un esfuerzo de voluntad o *willpower*”. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., et al. (2017:123).

Podemos “traducir” el significado de esta cita a través del refranero español: querer es poder. Si la persona interesada, en este caso el intérprete, quiere poder gestionar sus emociones y aprender a hacerlo, con trabajo y constancia conseguirá alcanzar su objetivo y poder apartar todas esas emociones cuando puedan convertirse en un obstáculo a la hora de dar malas noticias. Por otro lado, los expertos afirman que conocer previamente lo que va a suceder puede ayudar a prepararnos para la situación y hacer que el impacto sea menor de lo que habría sido de haber acudido “a ciegas”. Es decir, si existe la posibilidad de que el intérprete conozca con anticipo la noticia que va a comunicar a un paciente o sus familiares, podrá anticiparse a todas las emociones que surgirán durante la conversación y, en caso de haber recibido formación en técnicas de gestión de emociones, comenzar a aplicar medidas preventivas que le ayuden a minimizar el impacto emocional que tendrán en él, mejorando así su salud, su estado mental e, indirectamente, la calidad de su trabajo. Sin embargo, esto no siempre es posible, pues en el ámbito sanitario existen situaciones que requieren una inmediatez primordial y que no posibilitan, ni siquiera en el personal sanitario en algunas ocasiones, la preparación mental idónea y necesaria para reducir el impacto emocional. Es en estas situaciones en las que el personal sanitario comunica las noticias sin preparación y, en ocasiones, quizá no con las palabras o la entonación adecuadas, lo que también influirá en cómo afecta al paciente o familiar la noticia. En estos casos se plantea la siguiente pregunta: ¿debe el intérprete mantener las palabras y el tono del personal sanitario aun sabiendo el impacto que puede tener en los afectados, o por el contrario debe cambiarlo para que no se generen problemas en la conversación? Al fin y al cabo, el intérprete es un profesional de la comunicación y es capaz de

reconocer este tipo de obstáculos, pero no queda del todo claro cuándo la moral puede o debe imponerse a la profesionalidad.

Para intentar evitar las malas emociones y evitar también así todas las complicaciones que se vienen exponiendo hasta el momento, lo ideal es atraer a nuestra mente pensamientos positivos, que provocan en nuestro organismo emociones como la felicidad o el bienestar, no solo mental, sino también físico. Todo lo contrario ocurre cuando nuestra mente se llena de pensamientos negativos, trayendo consigo emociones completamente opuestas, y con consecuencias dañinas para ese bienestar que se intenta conseguir. La manifestación más común es la ansiedad, esa que ocurre cuando la persona que la sufre cree no poder resolver alguna situación o conflicto que se le plantea en algún momento determinado. Esta sensación de ansiedad provoca un desequilibrio que va ligado a la tristeza, a la irritabilidad o a dolencias físicas como el dolor de estómago. (Molina García, C. 2013:19) Este tipo de problemas físicos se pueden incluir en el daño visible que hace a nuestro organismo el impacto emocional negativo que una persona no es capaz de gestionar, y que pone de manifiesto su importancia y utilidad. Ocurre lo contrario cuando la persona tiene la sensación de tener todo bajo control. En esos casos no aparece la ansiedad y las sensaciones más frecuentes suelen ser la felicidad y la seguridad en la tarea que se está llevando a cabo. Hay situaciones que superan a las personas que se ven implicadas en ellas, y muchas veces no se sienten capaces de salir de ahí y superarlas, bien porque no saben cómo gestionar las emociones que producen o porque el miedo a no salir indemne las paraliza. Ante situaciones adversas los expertos recomiendan mantener una actitud positiva que permita que la persona afectada pueda solucionar el problema al que tiene que hacer frente (Molina García, C. 2013: 20-22). En otras palabras, un intérprete que tiene que trasladar a un paciente una noticia negativa, como que a partir de ahora tendrá que someterse a un tratamiento médico de larga duración, debe afrontar la noticia pensando en positivo, sin culpabilizarse de la dolencia del paciente y confiando en que la solución propuesta por los profesionales de la salud hará que pronto se encuentre mejor. Además, la autora recoge en su libro los beneficios que tiene para la persona mantener una actitud positiva, de los cuales se citan algunos a continuación (Molina García, C. 2013:20):

- Potencia el optimismo y con él la valoración que uno hace de sí mismo: es decir, se potencia la autoestima y hace que la persona se vea capaz de resolver cualquier problema que se le plantee.
- Ayuda a que nos reconozcamos en un estado de paz interior que favorece la comunicación con uno mismo y con los demás: este punto resulta muy interesante para los intérpretes sanitarios, puesto que confirma que será capaz de hablar con su interior, debatir las diferentes opciones a la hora de tomar una decisión y, por lo tanto, podrá comunicársela de un modo apropiado a los asistidos.
- Activa la voluntad de la persona a resolver cualquier situación: este beneficio está íntimamente ligado al primero, puesto que si se potencia la autoestima, el intérprete querrá y podrá resolver cualquier circunstancia.

- Mejora la memoria y la atención: dos aspectos fundamentales de la interpretación que se pueden ver mermados en situaciones donde abundan las emociones negativas por su tendencia a acaparar toda nuestra atención.
- Disminuye la tensión arterial: por citar algún ejemplo que destacase la importancia en cuanto a salud física se refiere.

Como se puede observar, los expertos proporcionan múltiples motivos por los que el pensamiento positivo beneficia al bienestar tanto física como mentalmente. El siguiente paso podría ser informar y formar a los estudiantes que empiezan a introducirse en el mundo de la interpretación sobre estos aspectos desde un punto de vista psicológico, pues hacer que una persona sea consciente de estos beneficios desde un principio será de más ayuda, ya que podrá ir aplicando lo aprendido desde el principio.

2.6.3.3 Técnicas y estrategias para gestionar las emociones

Se ha destacado la importancia y la utilidad de saber cómo gestionar las emociones en los apartados anteriores, aunque en ocasiones puede ser un proceso lento y que necesite formación. Todo el mundo en alguna ocasión ha podido escuchar a algún profesional sanitario, ya sea médico o enfermera, hablando sobre cómo se han sentido al comunicar malas noticias a pacientes o a acompañantes y sentirse impotentes al no poder hacer nada por ahorrarles pasar por ese “mal trago”. Esta sensación se hace extensible cuando es el intérprete el que comunica las malas noticias. Además, suele darse el caso de que el asistido que habla la lengua minoritaria se apoye en el intérprete por ser la única persona de la sesión que entienda su lengua, entienda el procedimiento, conozca la cultura, etc. En estas situaciones en las que se pide al intérprete que exceda sus funciones, y que en ocasiones pueden venir acompañadas de las emociones que la empatía del profesional haga aflorar, pueden llegar a sobrecargar al intérprete y afectarle de manera negativa en muchos aspectos. Es por ello que la regulación emocional se convierte en un conocimiento esencial que aportará beneficios para poder actuar correctamente.

Existen múltiples técnicas de regulación emocional que pueden ayudar al profesional de la interpretación en un momento determinado. Aquí se exponen solo algunas de ellas que pueden ser de utilidad en el momento en que las emociones comienzan a aparecer. Estas técnicas han sido descritas por psicólogos expertos en el campo de la gestión de emociones.

a) Técnicas sin necesidad de ayuda profesional

Los autores de *Gestión de emociones en el día a día: potenciemos las positivas y controlemos las negativas*, proponen cinco estrategias a escoger dependiendo de la situación en la que persona en cuestión se encuentre. Se trata de técnicas que las personas interesadas pueden realizar solas, sin la ayuda necesaria de un profesional. (Mestre, J., Gutiérrez-Trigo, J., *et al.* 2017:113-120):

- La selección de la situación: se trata de intentar elegir las situaciones en las que una persona se puede ver envuelta. Si sabemos que una situación nos provoca emociones que no somos capaces de gestionar o tolerar, intentaremos evitarlas en la medida de lo posible. Por ejemplo, si un compañero del trabajo no es agradable con nosotros y hay posibilidad de que ocurra algún encontronazo desagradable, intentaremos no encontrarnos con ese compañero en el trabajo. El problema en el caso de los intérpretes es que en muchas ocasiones no es posible evitar una situación por muy desagradable que resulte, es decir, no siempre pueden dejar de atender una consulta de oncología por no poder soportar el ambiente negativo que, por desgracia, se suele respirar en ellas.
- La modificación de la situación: no se trata de cambiar las emociones que una circunstancia pueda provocar, sino de alterar el impacto. Por ejemplo, si un intérprete tiene que asistir a un paciente que se encuentra en la U.C.I (Unidad de Cuidados Intensivos) y/o sus familiares y sabe o prevé que las noticias que comunicará no serán agradables porque ya ha trabajado en una situación parecida con anterioridad, no podrá evitar sentir tristeza o frustración, pero podrá tomar algún tipo de relajante, como infusiones, y modificar el impacto que puede provocar en él o ella.
- Despliegue atencional: consiste en hacer consciente a una persona de la posibilidad de gestionar sus propias emociones desde edades tempranas, pues la tolerancia a la frustración se adquiere más o menos a los tres años. Explican los expertos que esto es lo que nos lleva a comenzar a gestionar nuestras emociones, sobre todo aquellas que generan algún tipo de inquietud.
- Cambio cognitivo: se trata de no ser duros con uno mismo cuando el resultado de un trabajo realizado no es el que se espera, sino de aprovechar la ocasión para aprender de él. Los psicólogos llaman a este tipo de regulación “revaloración”, y destacan su importancia a la hora de reducir las emociones negativas y aprovecharlas para potenciar las positivas. Es esta estrategia la que puede dar un poco de sentido al argumento que se suele escuchar por parte de los médicos cuando se les pregunta cómo pueden dar malas noticias: “con experiencia se aprende”. No es que cuantos más años lleves ejerciendo, más sabes, sino que el haber presenciado experiencias traumáticas suele ayudar a revalorizar cada vez mejor. Por ejemplo, un intérprete que comunica una mala noticia por primera vez experimentará las emociones de una manera más intensa y sentirá que podría haber hecho mejor su trabajo para reducir el impacto tanto en pacientes y familiares como en uno mismo. Todos estos aspectos los tendrá en cuenta en la siguiente ocasión en la que tenga que transmitir noticias desagradables, y así sucesivamente con el paso del tiempo.
- Modulación de la respuesta: esta estrategia es la que se emplea cuando se intentan reprimir las emociones que se sienten en un determinado momento, e intentar así reducir el impacto. Por ejemplo, cuando una persona está sufriendo alguna emoción negativa pero no quiere mostrarla a la luz para no preocupar a sus seres queridos. Una buena técnica para aprender a modular la respuesta emocional es el ejercicio físico, y así lo

recomiendan los expertos en regulación de emociones. El deporte y el ejercicio físico son una buena forma de hacer que una persona se sienta mejor consigo misma, y aporta diversos beneficios, tales como:

- ✓ Mejora la capacidad del cerebro para detener emociones
- ✓ Mejora la capacidad para tolerar el estrés
- ✓ Reduce la posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares
- ✓ Aumenta la inmunidad
- ✓ Eleva el estado de ánimo y reduce el pensamiento negativo

Como se puede observar, los beneficios y las ventajas de practicar ejercicio físico son muchos, no solo a nivel físico, sino también psicológico. De aquí se puede deducir que un intérprete que practique deporte o cualquier tipo de actividad física de forma regular será más capaz de gestionar o inhibir sus emociones cuando la situación así lo requiera. Será más probable que pueda canalizar su ira si en una consulta médica no está transmitiendo una noticia agradable, o podrá reprimir las lágrimas en los casos en los que la empatía le haga sentir la pena del enfermo como suya y le haga sentirse impotente hacia lo que le está pasando al paciente.

Existen otras técnicas, descritas en otros manuales como *Emociones expresadas, emociones superadas: una guía para lograr el equilibrio psicológico a través de la gestión de nuestras emociones*, que consisten en otros métodos de abordar la regulación emocional por nuestra parte y sin la necesidad de contar con ayuda profesional. Algunas de ellas son:

- Técnica de ventilación emocional:

Según Molina García, C (2013:116) es una “técnica que ayuda a una persona a expresar los sentimientos adversos que la invaden y que tanto le cuesta airear”. Es una técnica que busca descargar tensiones a través de la comunicación, que podría realizarse bien con familiares o personas de confianza, o bien con compañeros de trabajo. Si un intérprete sanitario acaba de trabajar en una sesión donde ha tenido que comunicar malas noticias y le invade una sensación negativa de la que no le está resultado fácil desprenderse, puede beneficiarle contárselo a otra persona. El problema aquí es: si cuenta la causa que le ha hecho sentirse tan mal psicológicamente, ¿está faltando al principio de confidencialidad? ¿Hasta qué punto puede desahogarse sin sentirse culpable por fallar a los principios que rigen su labor? Sería recomendable poder contar con un grupo de conversación dentro del centro sanitario en el que trabaje el intérprete en cuestión donde poder hablar con compañeros sobre el tema, puesto que lo más probable es que ellos también se hayan sentido así o de forma similar en alguna ocasión. Destacamos el caso del intérprete por ser el tema que se está trabajando, pero es una técnica muy interesante y de utilidad incluso para cualquier persona que se dedique al entorno sanitario, ya sean médicos o enfermeras, defendida por psicólogos del departamento de Personalidad,

- Relajación: es recomendable debido a que ayuda a la hora de tomar decisiones, algo que, como ya se ha explicado, es muy frecuente en interpretación sanitaria. Consiste en relajar el cuerpo y generar pensamientos positivos para eliminar los negativos. Es aconsejable realizar varias sesiones de relajación a lo largo de la semana, aunque sea solo durante unos minutos, para acostumbrar a nuestro cuerpo a ello y hacer que, progresivamente, el tiempo de la sesión se aumente y sea más fácil recurrir a esta técnica en el momento en que sea preciso. (Redorta, J., Obiols, M., Bisquerra, R. 2006:116).
- Usar la respiración adecuadamente: íntimamente relacionada con la relajación, pues ayuda a calmar el cuerpo y a uno mismo mentalmente. Son muchas las emociones que se pueden gestionar aprendiendo a respirar adecuadamente, como la ansiedad, la tristeza y, consecuentemente, la depresión. La irritabilidad también puede regularse con este sistema (Redorta, J., Obiols, M., Bisquerra, R. 2006:116), algo que puede ser de interés en el caso de los intérpretes, pues en aquellas circunstancias en las que puede sentirse estresado y, además, se enfrenta a una sesión de trabajo donde lo transmitido no es agradable, es común que el profesional se sienta irritado y furioso o frustrado.

b) Técnicas terapéuticas para la gestión de emociones

Hay ocasiones en las que la situación nos desborda y no es suficiente con intentar gestionar las emociones nosotros mismos, En esas situaciones es recomendable pedir ayuda profesional para que nos asistan con distintos tipos de terapia y nos descarguen de la presión emocional que podemos estar sintiendo en ese momento de nuestra vida.

Estas técnicas no sirven para aplicarlas en el momento exacto en que aparecen las emociones negativas, por ejemplo, en la consulta del médico, sino que requieren un periodo más largo de tiempo para ser aplicadas y para empezar a funcionar.

Un tipo de terapia para la regulación emocional es la de Mennin y Fresco, expuesta por José M. Mestre, Juan M. Gutiérrez-Trigo, Cristina Guerrero y Rocío Guil (2017:140-142). Esta técnica precisa de varias sesiones semanales, en concreto unas 16, en las que cada sesión se dividirá en dos partes: durante la primera mitad de la sesión se enseñarán distintas habilidades para poder gestionar las emociones, y durante la segunda mitad se procederá a desarrollarlas. Se podría decir que la primera parte es más teórica, mientras que la segunda tiene un contenido más práctico:

- Psicoeducación: la primera parte consiste en educar a la persona en cuestión sobre los fenómenos que causan las emociones y lo que estas pueden provocar. Hacer a una persona consciente de que nuestro organismo es un continuo experimentar de emociones ayudará a que sea más fáciles identificarlas a la hora de necesitar regularlas.
- Entrenamiento de las habilidades para regular las emociones: consiste en aplicar técnicas tanto de meditación o de *mindfulness* que ayuden a controlar y tolerar

emociones, y aplicarlos junto con una práctica que ayude a no dejar que las malas emociones influyan en la toma de decisiones, a apartarlas y a decidir sin ningún tipo de presión negativa que pueda provocar errores.

Con este tipo de terapia lo que se pretende es, entre otras cosas, aprender a valorar la situación y las sensaciones que provoca, para poder controlar su aparición y poder cambiar de estrategia conforme vaya siendo necesario o en los casos en los que la técnica escogida no esté resultando de la forma que se esperaba.

Otras técnicas terapéuticas de regulación de emociones han sido explicadas por Josep Redorta, Meritxell Obiols y Rafel Bisquerra (2006:129-134):

- Llorar: cuando lloramos le estamos diciendo a nuestro cuerpo que no queremos que la angustia se sentimos se quede en nuestro interior. Es una forma de sacar al exterior lo que está ocurriendo en nuestra mente. Algunos profesores de interpretación en servicios públicos tratan de explicar a sus pupilos que no pasa nada si durante una interpretación “se escapan algunas lágrimas”, pues ante todos somos humanos, y ya se ha explicado la dificultad para controlar las emociones cuando aparecen de forma improvisada. Eso sí, se debe hacer de forma discreta para no alterar a los afectados directos por la noticia que ha provocado la tristeza y las ganas de llorar, manteniendo así la profesionalidad, pero sin parecer insensibles. Esta cita en la obra *Emoción y conflicto: aprenda a manejar las emociones*, explica de forma precisa lo que implica llorar cuando la causa es una circunstancia emocional:

El llanto emocional, como consecuencia de una situación de estrés, nos libera de la tensión acumulada, reduce la presión arterial y descarga toda la energía negativa asociada a la circunstancia vivida. De este modo, conseguimos tener una sensación de desahogo y tranquilidad. (Redorta, J., Obiols, M., Bisquerra, R. 2006:134).

- Apoyo profesional: consiste básicamente en acudir a personal experto en la gestión de emociones para ayudarnos a canalizarlas. Suelen ser casos en los que las emociones se convierten en crónicas (como el caso en que la tristeza se transforma en depresión o la ansiedad en ataques de pánico) o casos en los que la situación simplemente supera a las habilidades que una persona tiene para regularizar sus emociones. Cada persona necesitará un tipo de terapia u otro dependiendo de la emoción que necesite controlar. Es por ello que acudir a personal experto es una buena técnica, porque proporcionarán tratamiento personalizado, y no una aplicación de un método generalizado.
- Apoyo social: consiste en asistir a grupos de apoyo o en pedir consejo personal. Los grupos de apoyo pueden consistir en familiares o amigos dispuestos a escuchar lo que nos sucede, o por personas que se encuentran en la misma situación y que pueden aportar diferentes visiones con respecto al problema. Este tipo de grupos suele estar dirigido por un profesional que guía a los afectados para conseguir superar la emoción que los desborda.

- Tratamiento farmacológico: existen medicamentos que ayudan a hacer frente a diversas patologías de índole psicológico, como los antidepresivos o los tranquilizantes. Es de vital importancia ser conscientes que, de recurrir a este método, debe ser bajo la supervisión de un profesional y en casos extremos, pues aunque la ciencia avanza, aún hay medicamentos que pueden provocar adicción o incluso la persona puede pensar que no puede seguir adelante sin el tratamiento, aunque sea simplemente un pensamiento y no una verdad científicamente probada.

Existen muchas otras técnicas sencillas de regulación emocional que se pueden hacer en casa, solos, sin necesidad de recurrir a un profesional. Debido a su sencillez, sería una buena solución impartir su enseñanza en los centros de formación de intérpretes, puesto que podrían ser beneficiosos durante su carrera profesional, y podría evitar o aliviar muchas malas experiencias que generan malas opiniones en detrimento de la profesión del intérprete sanitario en servicios públicos.

c) Dos técnicas recientes: el *defusing* y el *debriefing*

i) Técnica del *defusing*

Es una técnica que persigue la liberación de emociones inmediatamente después de experimentar una situación de crisis o de ser testigo de ella. Esta técnica suele emplearse en grupos de emergencia que colaboran, por ejemplo, tras un terremoto. Expertos de la Universidad Autónoma de Barcelona han impartido cursos sobre primeros auxilios psicológicos (2015) en los que han definido la técnica del *defusing* como “técnica de desactivación post-emergencia”. Tiene un carácter breve, pues su duración puede abarcar desde veinte minutos hasta una hora, y sus objetivos principales son cinco:

- Informar del hecho y del estrés que se ha experimentado
- Minimizar las reacciones de estrés cuando hay que regresar a casa
- Potenciar la red social de apoyo
- Reforzar las capacidades de afrontamiento de los miembros del equipo
- Analizar el bienestar y las necesidades individuales

Estos objetivos llevan a pensar en lo beneficioso que podría ser aplicar esta técnica tras una actuación de un intérprete en una consulta o intervención médica que tenga como resultado tener que comunicar noticias desagradables. Si bien se explica que es un tipo de recurso recurrente en situaciones de crisis o emergencias, su utilidad puede ampliarse a otros ámbitos que, sin ser clasificados como catastróficos, sí que implican sentimientos y emociones negativos y profundos, en los que pueden estar implicadas personas que encuentren difícil administrarlos. Además, y basándonos en los que los expertos de la Universidad Autónoma de

Barcelona (2015) explican, no sería mucha la dificultad de realizar este tipo de sesiones, ya que no tiene una estructura fija y puede tener un carácter informal. Debe contar con un conductor de la sesión, pero que no tiene por qué ser experto en psicología, sino que será más bien el encargado del grupo. Por ejemplo, si se realizase una sesión de *defusing* en la planta de oncología, con los médicos, las enfermeras, y todo el personal sanitario implicado, incluyendo a los intérpretes que puedan haber intervenido, sería el director de dicho departamento quien dirigiese la sesión.

Esta técnica podría ser interesante debido a que lo que experimenta, en este caso, el personal sanitario, es una victimización, es decir, la desgracia no le ha ocurrido a ellos, pero la han vivido de un modo muy cercano y proyectan las emociones típicas de la víctima, debido al estrés al que han podido estar sometidos y/o a no haber sido capaces de gestionar sus emociones de forma correcta. Al estrés vivido en el momento se le añade el que pueden experimentar al pensar que se supone que deben ser profesionales y ser capaces de separar el ámbito laboral del personal, pero esta suposición no hace a nadie insensible ni evita que una situación desagradable les afecte. Esta acumulación de estrés puede deparar en el síndrome de desgaste profesional o *burnout*, que ya se explicó con anterioridad.

Los expertos recomiendan emplear esta técnica “preventiva de daños emocionales” para que los profesionales afectados puedan desahogarse inmediatamente después de haber vivido una situación desagradable, de modo que no tengan que aliviar sus emociones en casa. De este modo ayudaría a separar la vida profesional de la laboral.

ii) **Técnica del *debriefing***

Al contrario que la técnica del *defusing*, el *debriefing* es una técnica más estructurada que debe coordinar un experto en psicología. No es de aplicación inmediata, sino que puede tener lugar entre las 24 y las 72 horas siguientes, y su duración es más larga. Se debe realizar en grupos reducidos de no más de quince participantes con características similares, como el grado de afectación, el tipo de situación experimentada, etcétera. (Universidad Autónoma de Barcelona, 2015).

Es una técnica más estructurada, con cinco fases en las que se debe relatar de forma separada los hechos, los pensamientos y las emociones experimentadas por los miembros del grupo desde antes hasta después de la situación crítica. De este modo se pretende normalizar los pensamientos y sensaciones que se viven en estas circunstancias, y reforzar aquellas actitudes y técnicas que se hayan aplicado en otras situaciones parecidas y que hayan resultado útiles. La estrictez de esta técnica hace necesario cumplir ciertas normas para que la sesión sea realizada correctamente y pueda, de este modo, ser efectiva. Estas normas incluyen las siguientes:

- No interrumpir. Nadie entrará a la sala una vez comenzada la sesión y se respetarán los turnos de palabra.
- La duración de la sesión dependerá de cada grupo en concreto.
- No juzgar a los miembros del grupo por sus relatos ni sus reacciones.

- No es obligatorio hablar, pero sí beneficioso. No se forzará a ningún miembro a participar oralmente en la sesión.

Según la Universidad Autónoma de Barcelona (2015), la técnica del *debriefing* cuenta con cinco fases que se deben seguir para que la terapia tenga éxito. La primera es una fase de introducción. A modo de ejemplo, supongamos que ha habido un atentado en un lugar muy turístico y en el que se han visto afectados numerosos extranjeros. Tiene lugar entonces un despliegue de intérpretes para asistir tanto a pacientes como a familiares y amigos de estos. Las personas que se han visto afectadas han experimentado una situación traumática, y trabajar con ellos está suponiendo un gran impacto emocional para los intérpretes, que necesitan recibir apoyo psicológico para aliviar su carga emocional. En una sesión de *debriefing*, en la fase introductoria, se pondría a los participantes en contexto para orientar la sesión al objetivo deseado, se explican las normas y el funcionamiento del ejercicio. Después, la segunda fase, consistiría en que los intérpretes relatasen únicamente los hechos, en este caso, relatarían que ha tenido lugar un atentado y que se han visto envueltos en una situación inesperada que los sobrepasa emocionalmente. Una vez finalizada esta fase, se procede a relatar los pensamientos, lo que “se les pasa por la cabeza” en el momento de asistir a personas que están atravesando un trauma. Esta fase es diferente de la siguiente, en la que deberán relatar los sentimientos que experimentan al trabajar con esas personas. Es decir, en la tercera fase dirán cosas como “pensé que nos podría haber pasado a cualquiera” o “han estado en el lugar equivocado en el momento menos oportuno”, mientras que en la cuarta fase explicarán si se sentían apenados, frustrados, tristes, enfadados, etc. La siguiente fase es un recopilatorio de lo que se ha dicho hasta el momento, para que los participantes tengan en cuenta lo que se ha trabajado durante el ejercicio para las fases posteriores. Se continúa con una fase de refuerzo, en la que se hablará de aquellas técnicas que, en otras situaciones difíciles, hayan sido de utilidad para las personas participantes, como caminar, escuchar música, etc. La última fase es la fase de seguimiento, y variará dependiendo de cada caso. Las fases las realiza cada persona individualmente. Como cada persona relata las fases desde su punto de vista particular, variarán de una persona a otra, y de ahí la importancia de no juzgar a nadie del grupo. El objetivo es normalizar todos los pensamientos y emociones, ya que cada persona reacciona de una manera diferente ante una situación traumática.

Esta técnica puede resultar de gran importancia y ser beneficiosa en el ámbito que estamos tratando porque permitirá que aquellos profesionales que se hayan tenido que enfrentar a una situación que sobrepase sus capacidades de gestión de emociones puedan aliviar sus emociones y comprender que lo que experimentan es una reacción normal ante un suceso inesperado y cuyo resultado no ha sido el que se esperaba. Ayudará a que estos profesionales procesen lo ocurrido y, al estar dirigido por un psicólogo experto, contarán con la garantía de que se les tratará de forma acorde a lo que les sucede.

Si se combinasen ambas técnicas, *defusing* y *debriefing*, a pesar de estar aún relacionadas únicamente con situaciones de crisis, el personal sanitario y los intérpretes que trabajasen en circunstancias tristes y desagradables podrían encontrar apoyo de personal capacitado para ayudarles a comprender y procesar, y evitar así que las malas emociones que

afloren en esas circunstancias los acompañen al terminar la jornada laboral y volver a casa, así como a normalizar sus sentimientos, evitando así síndromes como el del trauma vicario o del síndrome de desgaste profesional *o burnout* que se mencionaba páginas atrás. Son dos técnicas que se podrían llevar a cabo en los centros sanitarios, puesto que cuentan con personal apropiado para dirigir las sesiones de *defusing* (directores de departamento o jefes de unidad) y de *debriefing* (profesionales de la psicología).

Si la utilidad de estas técnicas se ha demostrado en situaciones de emergencia, puede darse el mismo caso en aquellas situaciones que sean difíciles de afrontar debido a la carga emocional que poseen y al impacto que tendrán en los profesionales que se vean involucrados en ellas.

2.6.3.4 Educación emocional

Necesitamos de la educación para conseguir que el individuo aprenda a conocerse a sí mismo [...] y así poder entenderse y relacionarse armoniosamente con los demás. (Molina García, C. 2013:29).

Toda la información expuesta a lo largo del apartado 2.6.3 *Gestión de las emociones* ha dejado clara la necesidad y la importancia de que cualquier persona expuesta a situaciones con una alta carga emocional reciba, cuanto menos, formación para conocer las emociones que tienen lugar en su organismo, para poder, así, identificarlas y gestionarlas en los momentos de necesidad. Si bien es cierto que no todas las personas tienen las mismas emociones o las originan las mismas causas. De ahí la necesidad de que cada persona se conozca a sí misma, conozca sus debilidades y reconozca qué habilidades necesita potenciar para que no influyan en su toma de decisiones. Un intérprete sanitario deberá conocer su mente y poder, de este modo, trabajar en las carencias que le puedan impedir realizar su trabajo con calidad y tranquilidad, evitando así numerosos problemas presentes en el gremio de la interpretación en servicios públicos, pues como ya vimos, son muchos los casos en los que el intérprete abandona su profesión por no sentirse capaz de sobreponerse a las emociones que causan en él o ella situaciones en las que debe, por ejemplo, transmitir malas noticias.

3. Metodología

El propósito y el objetivo de esta investigación es estudiar el impacto emocional que pueden experimentar los intérpretes sanitarios cuando su tarea consiste en comunicar malas e inesperadas noticias a un paciente o a sus familiares. Aunque es el médico y no el intérprete quien, literalmente, pronuncia las palabras, si hay un intérprete presente es porque el paciente no habla el mismo idioma que el personal sanitario, de modo que, indirectamente, prestará atención al intérprete y entenderá lo que este le diga. Es por ello que la intención de esta investigación es estudiar cómo afecta a los intérpretes sanitarios comunicar malas noticias y cómo gestionan el impacto emocional inesperado que surge en este tipo de situaciones, y comparar esta información con los casos de profesionales sanitarios, tanto médicos como

enfermeras. Se pretende, así mismo, proporcionar diversas alternativas que se puedan emplear cuando sea necesario.

La primera parte del estudio consistió en una fase documental o de investigación. Dado que la primera idea era simplemente una hipótesis, el primer paso a seguir era leer artículos que pudieran respaldarla y conocer la opinión de otros autores al respecto. Era también importante leer sobre aspectos generales de la profesión y, poco a poco, profundizar en aspectos específicos de la interpretación médica. Para ello, se recurrió al *Manual de interpretación bilateral*, de Ángela Collado Aís y María Manuela Fernández Sánchez (2001), que resultó de utilidad, dado que contenía explicaciones relevantes y características propias de diferentes técnicas de interpretación. Era también necesario proporcionar ideas fundamentales sobre el reconocimiento que tiene en España la interpretación en los servicios públicos y, en concreto, la interpretación sanitaria, así como la situación actual de la profesión y la percepción que tiene sobre ella la sociedad. Para este propósito fue de gran utilidad la obra de Ann Corsellis (2010) titulada *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Primeros pasos*, que ofrece una descripción sobre cómo la globalización ha sacado a la luz la utilidad de los intérpretes en los servicios públicos, y sobre cómo está evolucionando esta profesión. Debido a que la importancia y la necesidad de este tipo de intérpretes se incluye en varios artículos, se decidió dar una prueba de dichas declaraciones con cifras relativas a la población inmigrante en España, extraídas del Instituto Nacional de Estadística (INE), así como con la legislación actual recogida en el Boletín Oficial del Estado (BOE), que garantiza el derecho a interpretación en servicios públicos.

Del mismo modo, era también necesario recopilar información escrita e investigada por expertos en cada materia, tanto en interpretación como en psicología. Es por ello que la bibliografía incluye artículos escritos por Carmen Valero-Garcés, Carmen Cedillo Corrochano, Anne Martin y María Isabel Abril Martí, que son intérpretes especializadas en servicios públicos. Además, dado que muchos autores emplean los términos “intérprete” y “mediador” como sinónimos, se ha dedicado una parte de la investigación a este aspecto, basada en artículos como *¿Mediador social = mediador interlingüístico = intérprete? Práctica, formación y reconocimiento social del “intérprete” en los servicios públicos*, escrito por C. Valero-Garcés y A. Derham (2001). A esta sección le sigue otra dedicada a la profesionalización del intérprete sanitario, que incluye cómo percibe la sociedad nuestra profesión, y se respalda con artículos como *Análisis de la presencia mediática de la TISP en España y de su posible profesionalización*, de Carmen Cedillo (2016). El artículo *Formación, perfiles profesionales y grupos de trabajo en entornos sanitarios multiculturales*, de Cristina Álvaro Aranda (2016), resultó de utilidad para reforzar las ideas relativas a la formación de intérpretes y para demostrar la falta de formación en aspectos psicológicos, ligado a los planes de estudios de diversas e importantes universidades españolas.

Otro propósito era encontrar artículos y libros sobre comunicación de malas noticias en contextos médicos, tanto para saber cómo se hace y el impacto que tiene en trabajadores sanitarios, de modo que se pudiese comparar esta información con la relativa a los intérpretes. No fue difícil encontrar varios artículos que incluyesen ambos perfiles profesionales (trabajadores sanitarios e intérpretes), como *La inclusión del médico en la formación del intérprete en el ámbito sanitario*, de Raquel Sanz-Moreno (2017), que ofrece una visión sobre lo útil que es (o sería) incluir la intervención de un médico en las clases de interpretación; o

como otro artículo titulado *Medical interpreters have feelings too*, escrito por Louis Loutan, Tiziana Farinelli y Sandro Pampallona (1999), que resultó de utilidad para concienciar sobre las emociones que experimentan los intérpretes que trabajan en contextos de auxilio, como ONG, y para proporcionar algunas ideas sobre posibles formas de descargar estas emociones.

Una de las autoras que ha escrito sobre interpretación y psicología es Aurora Ruiz Mezcua (2012 y 2010), y sus artículos *La interpretación en los centros sanitarios: A veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete* y *La enseñanza de la interpretación social en el contexto biosanitario: la preparación psicológica del intérprete médico* fueron de gran utilidad, dado que tratan sobre la utilidad de incluir la formación psicológica en los estudios de interpretación, o sobre las múltiples emociones a las que estos profesionales tienen que hacer frente, ya que tienen que tratar, por un lado, con los pacientes y sus familiares y, por otro, con los trabajadores sanitarios.

Dado que se pretendía ofrecer una comparativa entre interpretación y psicología, y comprobar así la relación entre ambas áreas, era necesario leer artículos y recursos psicológicos para aprender sobre emociones, su influencia en las personas, como controlarlas y cómo actúan los trabajadores sanitarios cuando comunican malas noticias. En este punto de la investigación, libros como *Gestión de las emociones en el día a día. Potenciamos las positivas y controlemos las negativas* o *Cómo das las malas noticias en medicina*, o artículos como *Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias* proporcionaron la información necesaria para comprender mejor cómo actúan las emociones en nuestra mente y para aprender algunos aspectos que los médicos y las enfermeras tienen en cuenta a la hora de comunicar malas noticias, y que pueden ser también de utilidad para los intérpretes cuando les resulta difícil enfrentarse a un encargo.

El objetivo era investigar sobre cómo afectan las emociones a los intérpretes, por lo que era fundamental ofrecer diversas terapias que pueden emplearse para aprender a gestionar las emociones cuando surgen durante una interpretación. Es aquí cuando encontré las técnicas de *debriefing* y *defusing*. Fue difícil encontrar información sobre estas dos técnicas, ya que son bastante nuevas. Sin embargo y afortunadamente, la Universidad Autónoma de Barcelona ofrece cada año un curso sobre primeros auxilios psicológicos que incluye algunas lecciones sobre *debriefing* y *defusing*.

Con la lectura de todos estos recursos obtuve, no solo la información que buscaba, sino también muchas otras ideas y aspectos que antes no conocía y que tenían relevancia en esta investigación. Dado que el estudio se ha centrado en España, la mayoría de la bibliografía está en español, y solo aquellos recursos que contienen aspectos generales están escritos en inglés.

Después de leer y de recopilar suficiente información, se procedió a la fase de entrevistas. Se entrevistó a profesionales de dos perfiles diferentes: una enfermera y una intérprete. El objetivo de estas entrevistas era comprobar lo que se había leído previamente, así como si la teoría que contienen los libros y los artículos está en línea con la realidad laboral.

La primera entrevistada fue una enfermera. La primera fase de la entrevista consistió en preguntas sobre aspectos más generales relacionadas con su experiencia profesional, y después se profundizó con preguntas sobre su experiencia en comunicación de malas noticias. También se incluyeron preguntas sobre el impacto emocional al comunicar este tipo de noticias o al pasar tiempo con pacientes a los que se le acaba de comunicar algo inesperado, así como sobre la

formación recibida para saber cómo dar malas noticias o como gestionar las emociones que este acto provoca.

La segunda entrevistada fue una intérprete que acababa de empezar a trabajar en una clínica médica privada. Las preguntas eran similares a las de la enfermera: primero se preguntó sobre el tipo de trabajo que realizaba en la clínica, después sobre su experiencia al comunicar malas noticias y el impacto emocional que provocaba en ella y, por último, sobre la formación recibida para gestionar emociones, tanto por parte de la universidad como por parte de la clínica.

Estas entrevistas tenían, además, los siguientes objetivos:

- Recopilar diversas preguntas que pudieran incluirse en cuestionarios dirigidos a médicos, enfermeras e intérpretes y comprobar, así, si sus respuestas se corresponden con la información obtenida en las entrevistas o si, por el contrario, las respuestas de las entrevistas son casos aislados;
- comparar la información recogida con la extraída durante la fase documental;
- encontrar posibles carencias de formación que pudiesen afectar a los intérpretes.

Estas entrevistas permitieron hacer una comparativa entre dos profesiones diferentes que, en algunas ocasiones, tienen que trabajar juntas y, de este modo, comparar situaciones que pueden ser similares y que estos profesionales han podido experimentar por separado.

La investigación cuenta con una tercera entrevista. Dos psicólogos profesionales del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada aceptaron colaborar y dar su opinión sobre el tema. Hablaron sobre la formación en cuestiones psicológicas y la importancia de ser capaces de gestionar nuestras emociones y nuestros sentimientos, de manera que se pueda separar la vida personal de la profesional. Señalaron la necesidad de este tipo de formación en profesiones que están en contacto con seres humanos de un modo directo, como la medicina, la enfermería y la interpretación; y reconocieron el papel tan importante que tienen los intérpretes en la medicina, y el impacto emocional al que se enfrentan en su trabajo diario. Facilitaron algunas ideas sobre técnicas que podrían ser útiles para los intérpretes, dado que el impacto que reciben es difícil de superar sin haber recibido la formación adecuada para ello o sin la ayuda de profesionales; y mencionaron la falta de formación que tienen los intérpretes en lo que a comunicación de malas noticias se refiere, destacando que este tipo de formación suele ofrecerse únicamente en estudios de enfermería. Sin embargo, señalaron también que los médicos tampoco reciben ningún tipo de formación en aspectos comunicativos, y que esto tiende a causar problemas a la hora de comunicar estas noticias inesperadas, debido a su falta de habilidades lingüísticas.

Por lo tanto, la siguiente parte de la investigación consistió en la redacción de dos encuestas diferentes, formadas por preguntas basadas en la información recopilada a lo largo de las etapas anteriores. Aquí comienza la parte práctica. La encuesta dirigida a personal sanitario contiene treinta preguntas, que debían contestarse de diferentes maneras: había preguntas con varias opciones de respuestas en las que el encuestado tenía que elegir la que más se adecuase a su situación, preguntas en las que se debía dar un valor a la respuesta de entre uno y cinco, y preguntas de respuesta abierta en las que el encuestado podría escribir lo que considerase oportuno. Estas encuestas se enviaron a varias clínicas, hospitales y centros de salud, junto con una breve descripción del objetivo de la encuesta y de la investigación. Los encuestados podían responder a los cuestionarios de dos formas diferentes: en un documento en línea o en una copia impresa de la encuesta. En total han participado 45 profesionales

sanitarios, de entre los que 36 son enfermeras y 9 son médicos. El motivo de enviar la encuesta a diferentes departamentos y centros sanitarios era obtener respuestas de trabajadores de diferentes unidades y departamentos ubicados en distintas partes de España.

El número de intérpretes encuestados es considerablemente menor. Solo cuatro intérpretes han respondido el cuestionario. Sin embargo, esto puede deberse a que el número de intérpretes sanitarios no es tan elevado como el de profesionales sanitarios, debido al poco reconocimiento social con que cuenta esta profesión, ya que mucha gente desconoce el derecho a interpretación cuando no comparten la lengua en la que se ofrece el servicio. Esta encuesta contenía 29 preguntas, algunas de ellas estaban relacionadas con las del cuestionario dirigido a personal sanitario, pero otras estaban más enfocadas a aspectos lingüísticos que pueden surgir durante una interpretación y que también pueden afectar emocionalmente al intérprete. El formato de estas preguntas no difiere del de la otra encuesta: en algunas preguntas se proporcionaban diferentes opciones de respuesta, en otras debían dar un valor de entre uno y cinco a la respuesta, y en otras debían explicar su opinión o experiencia personal.

Ambas encuestas contenían preguntas sobre formación especializada en cuestiones psicológicas, como por ejemplo si habían recibido algún tipo de enseñanza en gestión de emociones durante su formación académica tanto en la universidad como durante su carrera profesional.

Todas las preguntas incluidas en las encuestas se han basado en artículos como *Medical interpreters have feelings too*, de Louis Loutan, Tiziana Farinelli y Sandro Pampallona (1999), que incluye una tabla que muestra las principales emociones experimentadas por intérpretes que ha trabajado con refugiados; o en libros como *Cómo dar las malas noticias en medicina*, de Marcos Gómez Sancho (2006), que muestra las emociones que pueden experimentar los médicos y que pueden compararse a las de los intérpretes. Cabe destacar que la identidad de los participantes en la investigación, tanto a través de las encuestas como de las entrevistas, es anónima y que el único dato personal revelado es su profesión.

Una vez recopilada toda esta información, el objetivo era descubrir si la hipótesis propuesta al principio es correcta o no, y descubrir los aspectos que son verdaderos y los que no lo son. Para ello, se han elaborado diversas gráficas con datos estadísticos, que incluyen la información recogida y muestras de una manera más visual los porcentajes correspondientes a las respuestas proporcionadas por cada grupo de profesionales encuestado.

4. Analysis of results

After reading several articles to extract useful data that could serve as a basis for the research and for the questionnaires, an expert from each speciality area was interviewed for the same purpose. The objective was to interview a specialist from each branch of a medical context that included a patient with a different language from the one in which the service is offered: an interpreter and a health worker.

The first specialist interviewed was a nurse that works in a public hospital in Spain. Some questions asked were about emotional difficulties experimented and the impact caused both immediately and after the working shift. The purpose was to collect as much information as possible about contexts with a strong emotional environment in order to compare them with similar contexts in the case of an interpreter. The nurse interviewed explained that after

witnessing a context of communication of bad news, negative emotions appeared and it was difficult to get over them, regardless of whether it was a doctor or a nurse the worker in charge of communicating them. This nurse also mentioned that it is hard to see your colleagues facing these types of situations, and that this also affects you emotionally. For instance, if a doctor has to communicate to a patient that he or she is suffering a cancer, it is hard to see how their colleague needs time to reflect on it and think the most appropriate words to say this unfortunate news, and that what they tend to do is bring hope and not deflate it. In addition, the nurse admitted that the emotional impact appears not only because of the bad news itself, but also due to the situation as the relatives may feel confused at the beginning and you never know how they will react. The nurse pointed out that these reactions differ depending on, for example, the age of the patient or the disease diagnosed, because in case of cancer, they usually associate it with death at the first moment.

Moreover, the nurse stated that it is even harder to act when the relatives of the patient are present in the room, for example, in case of an emergency, because the professionals may feel that they are judging their performance or because in case of an emergency they, as professionals, know the reality of the situation. The nurse affirmed that having experience may help them to choose the best words to communicate bad news, but in the end it may not avoid the emotional impact, and she recognised that she still suffers this impact in these types of situations and that her main feeling is wondering if she has acted properly or whether acting differently should have improved the reaction of the relatives or the patient. She admitted that after the working shift, at home, she is still thinking on her performance and wondering if acting differently should have alleviated the pain of the patient.

In terms of training, the nurse explained that they are told not to get involved in patient's issues, but she confessed that reality is entirely different, as there are cases in which they spend long time with patients and relatives. They also learn how to act through workshops, but she considered it was not enough, as during the lessons they practise like if they were actors, but it is not similar to real life. In addition, in these workshops they learn what to say, but they do not learn any techniques for venting. The nurse admitted that it is not easy to separate working and private life, and although doing it would be ideal, during your working shift they may experience situations with a high charge of emotions. This led the interview to the question related to therapy groups and its usefulness, as I found information about them in some articles about painful situations in cases with interpreters' interventions. She agreed that having a relief way, like a therapy group inside the hospital or just a psychologist, would be useful, as it is usual to offer this kind of service to patients and relatives.

The last part of the interview included questions about working with interpreters. Although this interviewed had no experience in working with these professionals, she admitted that they are essential when the patient speaks a foreign language for many reasons: they are specialists not only in the language but also the cultures implied so they can overcome the cultural problems that may arise during the session; and their knowledge of the language and culture helps to speed up the visits, as when there are no interpreters, the medical workers have to invest more time in trying to be understood by the patient and, sometimes, without results. She stated that the emotional impact that medical workers experiment is the same for interpreters, and admitted that the pressure of these workers may be higher, as the patients or their relatives may feel the interpreter closer to them just because is the only person they can

understand. This is why she considered that interpreters should be also trained in communicating bad news, and even more nowadays, due to the increasing number of foreigners in our country.

Secondly, an interpreter was also interviewed. In this case, the interpreter worked in a private clinic, also in Spain. In this clinic there is an in-house group of interpreters, mainly English interpreters, as most of the patients are students from the United States that spend a year abroad. In those cases in which the news they have to communicate are not pleasant and unexpected, and considering that most of the patients are foreign students whose families are far away, the pressure they feel and the emotions they experience may be quite higher. An aspect in favour in this case could be the support they receive from their colleagues when they witness a situation of communication of bad news, or when they experiment a case that overwhelm them. They, as interpreters, must also fulfil the principle of confidentiality, but it is easier for them to vent their emotions with their colleagues because, as a team, all of them have to be aware of the situation of the patients, since they may have to work with them at any moment, depending on their working shifts. However, although talking with their colleagues may be useful to vent their emotions out because they may understand how they feel, they are not receiving advice from any professional, such as psychologists, that may help them to deal with their own emotions in future occasions. In relation to this issue, the interpreter agreed that having the option to attend a psychological appointment or having a therapy group would be an excellent opportunity to share their feelings, how they have acted in different circumstances and to learn from their colleagues, as well as to receive advice and support from a professional in this matter.

The interviewed is a professional interpreter, trained for it, but without training in interpreting in public services. However, having training in social interpreting does not guarantee knowledge for communicating bad news or for dealing with strong emotions that may arise in some contexts. Indeed, the interpreter explained that in one occasion she asked one of her colleagues to substitute her in communicating horrible news to one of the patients, as she felt herself unable to carry out that duty at that moment. Although, generally, interpreters are supposed not to act in such a way, in this context it may be different because, as previously said, the whole team of interpreters are kept up with the patients' evolution.

In line with the opinion of the nurse interviewed, the interpreter admitted the importance of being trained to communicate bad news and to deal with the different emotions that may arise in difficult contexts, such as those that take place in medical settings, as the staff involved not only have to handle their own feelings, but also manage those provoked by the people affected or by the situation itself.

The interpreters also pointed out that their duties inside this private clinic exceed the usual duties of these professionals, as they are in charge of many other responsibilities, especially when a foreign patient is involved. This may lead to a closer relation with the patients (or their relatives, if any), and, consequently, to a higher difficulty to separate professional and personal life, which may cause a significant implication of the interpreter to the patient's issues and stronger emotions that, as previously stated, the interpreter does not know how to manage.

To conclude this first part, we can extract that having experience in communicating bad news may help but it is not enough in order to avoid suffering a high emotional impact, and that both specialists agree on the utility of having the option to consult a psychologist in case of

emotional overtaking with a view of dealing properly with one's own feelings, as well as on the importance of undergoing appropriate training in order to communicate bad news receiving as less negative impact as possible. They both concur with the statement that separating personal and working life is ideal but not as easy as it seems, because apart from professionals, we are all human.

As the issue of attending a professional to relief the negative emotions caused by any unpleasant situation at work came up in both interviews, it was pertinent to interview a psychologist in order to know their opinion on the matter. That is the reason why two psychologists from the University of Granada specialised in personality, assessment and psychological treatment accepted to collaborate anonymously in this research, also by means of an interview.

The first issue discussed was psychological training for interpreters. They stated that interpreters should receive, at least, basic psychological notions for helping them in their daily working routine, as they may witness hard moments. These notions should be taught, for instance, through workshops or even by means of some subjects during the university degree or Master's degree if they wish to specialise in public services. Their proposal was to include training on emotion's management which would include lessons for identifying feelings and emotions, how they affect us and how to face or deal with them. They called this type of training as preventing training. However, they also suggested including training workshops at healthcare facilities addressed to medical staff and interpreters, since they both are exposed to emotional situations. This one, on the contrary, would not be preventive training, as the staff involved in it would be already in active. Nonetheless, these workshops may be useful to treat specific problems of each centre, or even each department. They provided some useful and new techniques that may be implemented in these cases, such as debriefing and defusing, which have been previously explained in this paper.

They were also asked whether they know of any therapy group at any healthcare facility. They explained that some hospitals include this type of venting technique at the palliative care unit. The aim of these groups was to fight against burn-out syndrome, which is also happening in social interpreting, and the results are proving that it works. This leads to the idea of the usefulness of applying this type of relief techniques in other medical units to alleviate the workers' negative feelings. They affirm that it is very useful to count on someone, such as a psychologist or a colleague, to vent and make it easier to overcome difficult situations. They state that talking about them is positive. Likewise, they recognised the difficulty of communicating bad news and the lack of training in this matter in both interpreting and medical studies, although they commented that it is more usual to find brief training in nursing studies, and this lack is mostly present in medicine. This lack of knowledge affects also the interpreters, since they would have to deal with the communication of the bad news and the precarious choice of words or tone that some doctors might make.

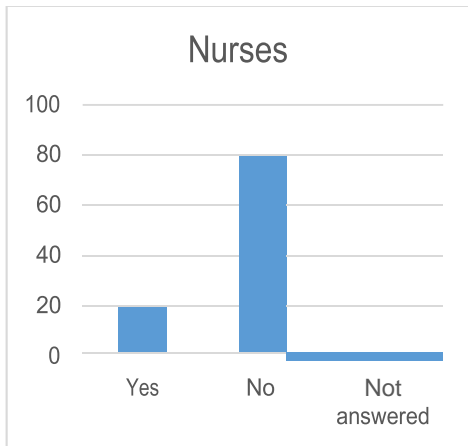
The importance of being trained in communication of bad news could be linked with some of the articles that have served as a basis for the questions of the interview, such as *La inclusión del médico en la formación del intérprete en el ámbito sanitario*, by Raquel Sanz-Moreno (2017). For instance, this type of activities could be implemented in the form of workshops, and would show the students how a medical professional would act in different

situations, in a more real context, giving them the opportunity of reacting in a realistic environment.

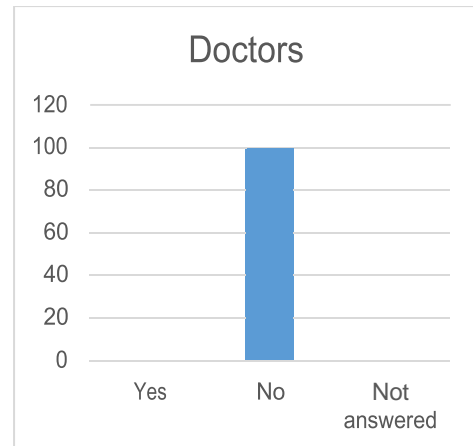
To outline this second part of the research, these psychologists underline the importance of learning how to identify emotions and how to manage them, and they suggest observing real situations, writing a report and learning from a real environment with professionals acting as they usually do. It would be ideal to study the management of emotions in healthcare settings, so that students could acquire specific skills of communication of bad news in this field. They agreed on the importance of having interpreters in hospitals and healthcare centres, but admitted that these interpreters should receive psychological training in order to avoid problems such as the burn-out syndrome or just stress.

The answers obtained from the interviews and the information provided by the psychologists served as the basis for preparing two different questionnaires that were delivered among medical staff from different hospitals and healthcare centres throughout Spain and interpreters working permanently in healthcare centres or as freelancers. Both surveys can be found in Annex I and Annex II at the end of this paper. The aim of distributing these questionnaires in different places in Spain is to obtain data from different health units, as the situations that happen may differ depending on the branch of medicine they belong to. The results got from medical workers will be exposed separately depending on whether they are doctors or nurses, but they will be commented at the same time in order to present two different visions coming from two close speciality areas.

The survey addressed to medical workers contains thirty questions. In the first one they had to state whether they were nurses (36 participants) or doctors (9 participants), and this is the only personal information they had to provide. The centre where they work or their speciality was not asked. The first questions aimed to know their feelings and reactions when communicating bad news. They had to indicate what they feel when communicating bad news to patients or their relatives in the context of a diagnosis or in any other context. They could choose among five different options (powerless, concern, frustration, anxiety and stress) and also write their own opinion. Then, they had to add a value to each option chosen, where 5 meant a lot and 0 meant nothing. While the most common choices among the doctors were powerless (88.88 %) and concern (77.77 %), the nurses feel concern (86.33 %), frustration (75 %) and stress (75 %). Workers belonging to both groups added sadness as a common feeling, representing the 22.22 % of the doctors and the 19.44 % of the nurses. According to the information obtained from the interviews in the previous step, they were also asked whether they have asked a colleague to communicate bad news because they did not feel themselves able to do so. Graphic number I. and number II. show the answers obtained in both cases.



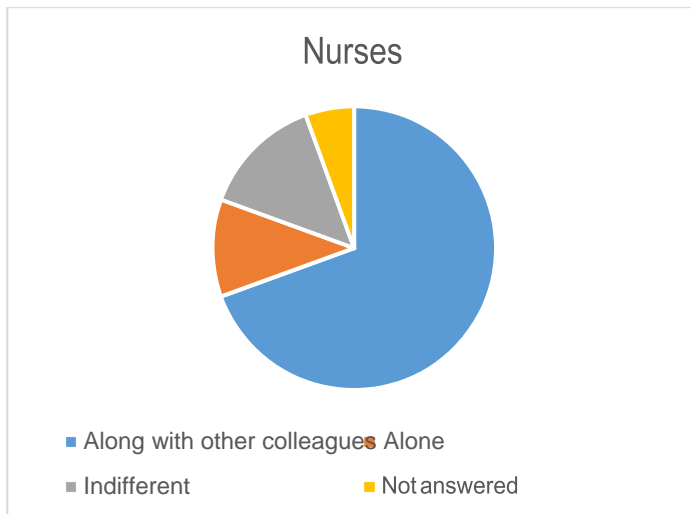
Graphic no. I. Nurses asking a colleague to communicate bad news. (Santacruz Asensio, M. 2019).



Graphic no.II. Doctors asking a colleague to communicate bad news. (Santacruz Asensio, M. 2019).

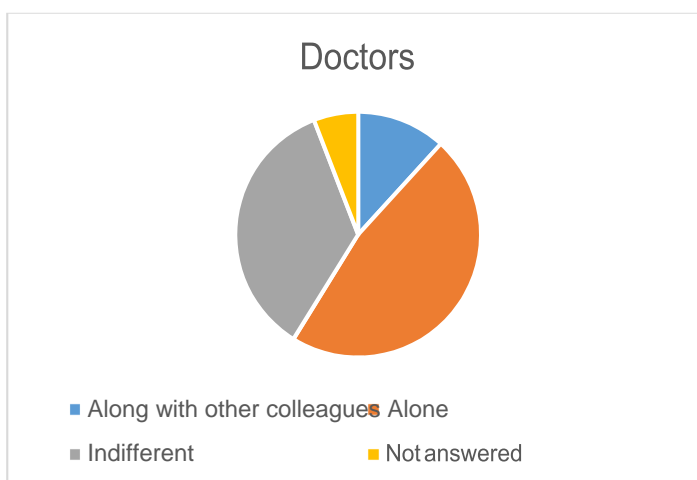
On the one hand, the 77.77 % of the nurses participating said they have never asked a colleague to communicate bad news for them, while over a 19 % admitted having done so. Some of the respondents argued that they are trained to this task. On the other hand, all the doctors participating agreed on their answers, and one of them added that once, a colleague asked him or her to do this task in his or her place.

The answers differ when they are asked whether they prefer to communicate bad news alone with the patient or relatives or accompanied by other colleagues. The results shown in Graphic III. illustrate that most of the nurses prefer to communicate bad news along with other colleagues, arguing that they feel more supported, secure, comfortable or that their colleagues may add any information or comments that they could forget due to the hardness of the situation. However, those whose answer was no, argued that they can be themselves without feeling themselves supervised by their colleagues, or because being alone with the patients and their relatives may help to create a close relationship between them and the medical staff. One of them stated preferring being alone because, as a nurse, they are not supposed to become emotionally involved with these situations, but his or her personality cannot prevent this reaction in hard cases. This is directly linked with the idea defended on this research and what has been previously explained. Doctors and nurses may experiment fear due to several reasons, such as fear of not knowing what to say, of the reaction of the affected person, of being blamed for the message, etc. And this fear might be increased if another colleague is present at the moment of communicating bad news, because if the one in charge of the task is nervous, stressed or frustrated, he or she may feel that their colleague would have done it better. Hence, it is important to know one's own personality, limits and feelings to know how each person would react in an unexpected situation, so that they could identify and manage their emotions. Thus, it would be less likely that one's feelings and reactions affect their performance at work and, thereby, their emotional situation after their working shift, making it easier to separate working and private life.



Graphic III. Preferences of nurses when communicating bad news. (Santacruz)

The situation is different in the case of doctors. Graphic no. IV shows that the difference between communicating bad news alone with the patients and their relatives (44.44 %) and those who do not mind working alone or with other colleagues (33.33 %) is small. The firsts affirmed that they find difficult to control their feelings, or that this is a good way to ensure privacy to the families. However, only an 11.11 % stated that they prefer working with someone else.



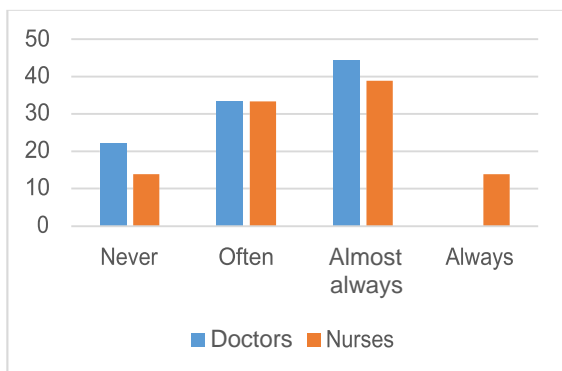
Graphic IV. Preferences of doctors when communicating bad news. (Santacruz Asensio, M. 2019)

Another interesting aspect to know is how these professionals feel after communicating bad news and spending time with the patients and/or their relatives, in order to know whether they are able not to get too involved in these situations. As a vast majority of medical workers answered they usually spend time with them after this unpleasant communication, they were asked to mark as many options as they considered and to add a value depending on the intensity they feel these emotions. Most of the doctors feels intensely concerned and also powerless, but with less intensity. Some of them also indicated not knowing what to say, and added a pretty high value to this feeling. On the contrary, the vast majority of nurses (28 respondents) indicated not knowing what to say, and 27 of them admitted feeling powerless. Some people in both groups included sadness

as a frequent feeling in this type of circumstances, and one of the nurses wished to add empathy as a sensation to remark the importance of putting themselves in other's position. These answers led up to the following questions, whose intention was to know whether the respondents are able to manage the emotional impact that communicating bad news produces, the techniques they use to manage them and the training they have received for it. A 63 % of nurses stated that they feel themselves able to manage the emotional impact, another respondent admitted that sometimes it is difficult to do so, and another one said that he or she tries to do it, which implies that sometimes this is not possible. In the case of doctors, a 22.22 % stated that they cannot control their emotions and feelings when they have to communicate bad news. Maybe these percentages show the frequency both types of professionals communicate such news, as it is more common that doctors carry out this task. However, this situation leaves no one indifferent, and this can be proved with some answers, as some of them informed that they can have experience as medical workers, but sometimes their relation with the patient is so close that they may feel their pain as their own, and that sometimes it is not easy to manage the emotions that emerge.

When someone experiments an emotion that is difficult to manage, it would be useful to know some techniques that help to control them, and that is why doctors and nurses participating in this research were asked about their own manners to manage negative emotions at work, more specifically when communicating bad news. The most common technique among doctors consisted on being empathic, knowing these kind of news in advance in order to take them in or to reflect on the appropriate way of communicating it to the patient, and listening actively in order to give support to the patient and relatives in such difficult circumstances. The nurses agreed on the idea of active listening, and they added using an appropriate and understandable language, being relaxed and calm at the moment of communicating bad news and, above all, being empathic, so that they can understand the affected people and understand what they feel at those moments. However, some of the participants preferred not answering this question. This question led directly to the second one, which consisted on answering whether they believe that having experience working in this field and communicating such things is useful in this kind of situations. Although most of them have answered that it does in both cases, some participants wanted to note that it helps but it is still an unpleasant situation, or that it does not matter whether you have been working for so many years, because there are cases in which the relation with the patient is closer than others, and it would be difficult regardless of whether they are your first or hundredth patient. Besides, one of the doctors considered that experience provides a lot of techniques and language skills, both verbal and non-verbal language, which may be useful in several situations.

As it has been said frequently during this paper, communicating bad news is usually a hard moment, so it was also interesting to ask whether medical workers are able to forget it after their working shift without affecting their personal life. The answers are shown in graphic V.



Graphic V. Ability to forget a situation of communication of bad news. (Santacruz Asensio, M. 2019)

It can be seen that none of the options has reached the 50 % of the answers. It is also surprising that none of the doctors said that they always feel able to forget the hard situation of communicating bad news in a near future, despite affirming that having experience may be useful. This could lead to wonder whether the techniques used are as useful as expected, or whether more training is needed in order to help them to separate private and working live. Thus, the answers obtained are a sample of the difficulty of communicating bad news and remain indifferent. Hence, there might be common symptoms that appear after having work under these circumstances. The participants had to choose among different symptoms that they feel after this type of communication, and the most chosen ones among doctors have been: frustration (66.66 %), stress (55.55 %) insomnia and concern (44.44 % each), and the less chosen: depression, aggressiveness and crying (11.11 % each). In the case of nurses, concern meant a (61.11 %) and frustration (55.55 %). The less chosen is depression (8.33 %). It should be mentioned that crying has received a (33.33 %) among the nurses, which might be explained due to the closeness of these workers with patients on their daily work. One participant of each group added sadness as a common emotion after communicating bad news. The intensity of the most common ones has been high in all the cases. Some of the respondents also considered haven nightmares or losing their appetite after working in such an unpleasant situation. All the doctors participating in the survey gave an answer to this question. On the contrary, seven of the nurses affirmed experimenting none of the symptoms proposed. The majority admitted that these symptoms are usually temporary, but one of them admitted that he or she always remembers such a situation.

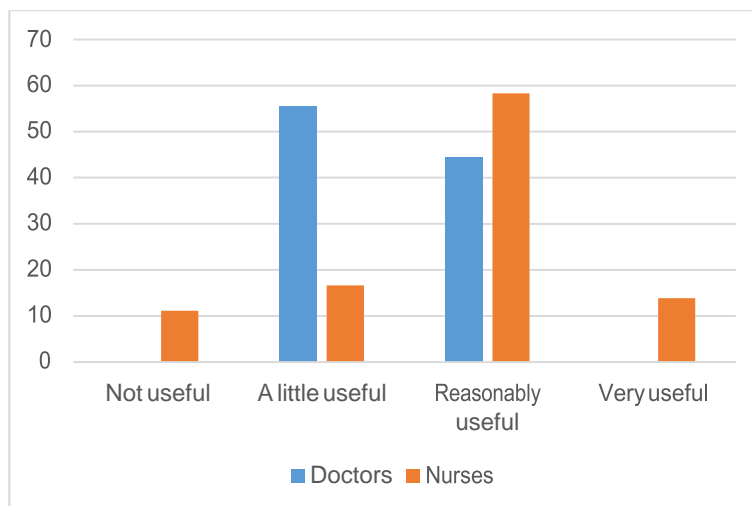
In order to alleviate these feelings, there were asked for techniques that they usually apply. The answers received have been very diverse, which, among the nurses, the most common ones are: practising sport or other leisure activities beyond the workplace, leaning on relatives or friends, or avoiding thinking on it. On the other side, the doctors also prefer to disconnect, to practise sport and practise other leisure activities. Eleven nurses did not answer this question.

Then, the following step was to know whether they have any kind of training in this area, so that they already know which techniques they should apply and which of them best suits them in order to feel better after such task. Here a significant difference can be found, as none of the doctors affirmed having received training through subjects at university, only through workshops or training courses by their own. The situation is slightly different among nurses, as 8 of them confirmed having received training through

subjects at university, in contrast with 20 nurses that chose training courses and 7 that chose workshops. Some of them affirmed that their training received was insufficient, as in some occasions it was only some units in one subject or as part of a master, but it is not that common to do a master when they become a nurse. Moreover, someone of them even stated that the training received came from the advices of one their colleagues, and another one mentioned that it is usual to receive training just if they work in the palliative care unit.

Nevertheless, out of 36 nurses and 9 doctors participating, respectively, 26 and 5 considered that the training received is useful, 25 and 3 thought that it prepares them to face real situations, and 24 and 4 stated that it is enough. Despite considering it useful and enough, the majority of the doctors believed that attending courses or including this type of training in the study plan at university would help to learn how to face these situations. As for the nurses, although 11 respondents did not answer this question, the majority considered that it would be useful to attend training courses or conferences, or maybe having the opportunity to learn at some practical workshops. However, they wanted to note that it is really important to receive psychological training in nursing.

Against this background and the hardness of this type of circumstances, it was appropriate to know whether there is a therapy group at the medical centre addressed to medical workers, so that they can vent themselves after a difficult situation, such as communicating bad news. Both doctors and nurses agreed and said there is not any kind of group addressed to them. However, some of them pointed out that, in some centres, there are similar groups addressed to patients and relatives, and in other cases there are psychologists helping them when they receive bad news. They were asked whether they would consider a therapy group useful in their centres. The graphic below show the answers of both groups:

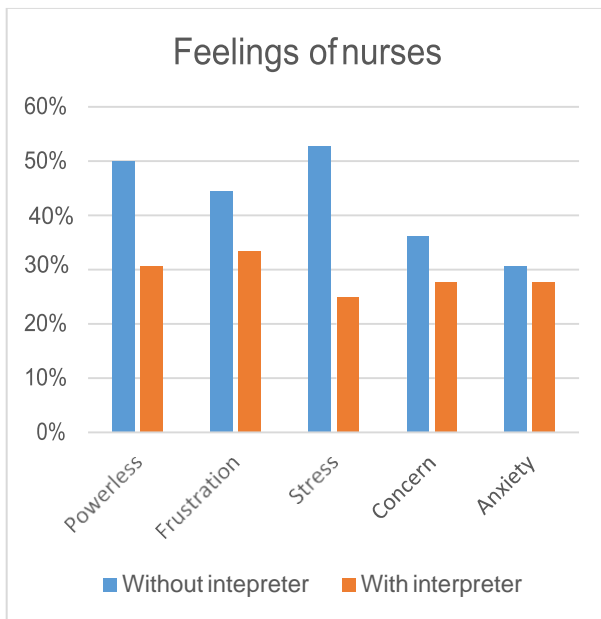


Graphic VI. Utility of a therapy group. (Santacruz Asensio, M. 2019)

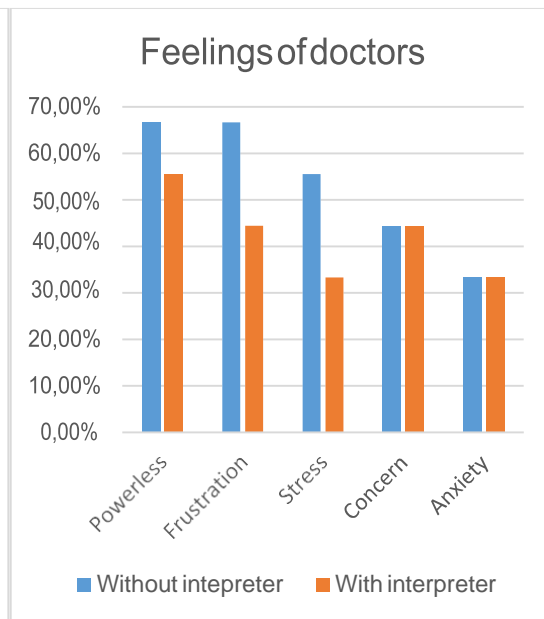
It can be seen that none of the doctors believes it would not be useful. The vast majority believed that having a therapy group would be reasonably useful, as they may have a possibility of venting themselves after communicating bad news, and they may have considered that this group would be led by an expert that would help them with

techniques and provide them some knowledge they could use during the communication itself.

In the absence of professional help to learn how to manage emotions and feelings during a difficult situation, these professionals may need to talk to other colleagues that may understand how they feel, support them and give them advice. The 55,55 % of the doctors participating stated that they often need to talk to other medical staff about how they feel after communicating bad news. The 36 % of nurses found it reasonably necessary to do it and only a 25 % of the nurses found it very useful. As many of them stated, the experience helps them to know how to act or react in this type of situations. Some people said that the ideal would be not to get personally involved in patients' issues, as it may be a preventive measure to avoid disturbing feelings. However, the participants admitted that sometimes it is not that easy and that sometimes it is unavoidable because, as it has been previously mentioned, we all are humans. This negative feelings could be increased in those cases when the patient does not speak the same language as the medical staff, as the medial workers may feel that in addition to their problems, the patients and their relatives might not fully understand what they are telling them. This is why they were asked in the survey about some aspects of working with interpreters, so that their opinion could be contrasted with the answers of professional interpreters. It would be interesting to know whether the feelings of the medical staff change depending on whether there is an interpreter working with them.



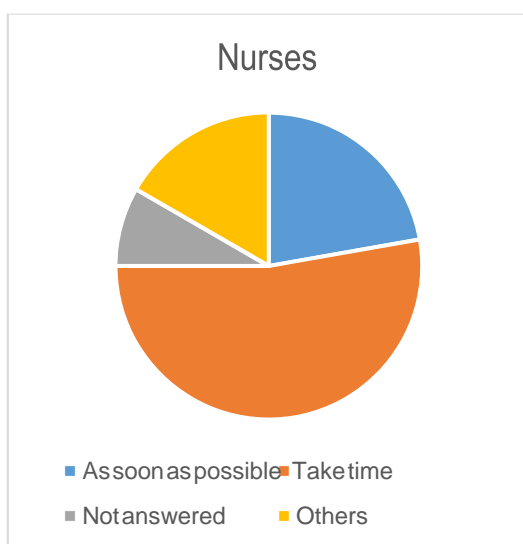
Graphic VII. Feelings of nurses working with or without interpreter. (Santacruz Asensio, M. 2019)



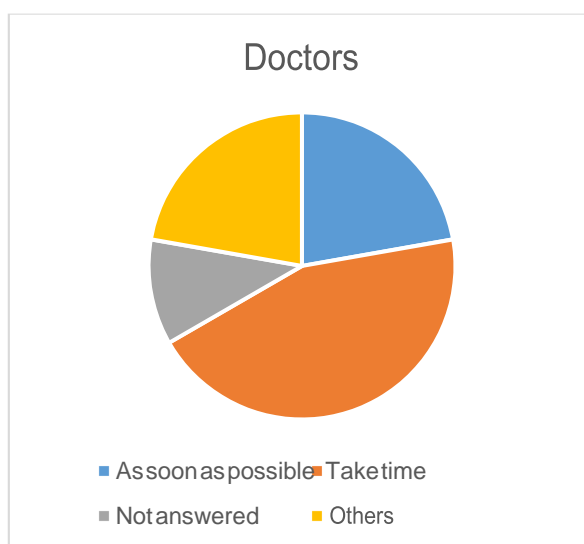
Graphic VIII. Feelings of doctors working with or without interpreter. (Santacruz Asensio, M. 2019)

Although all the percentages are minor than the ones showed in the first questions, it has to be considered that some participants have decided not to answer these questions as they have never worked with an interpreter or treated a patient with a foreign language.

It can be seen that these negative feelings tend to decrease when there is an interpreter facilitating the communication between both parts. Moreover, almost a 45 % of the doctors affirmed feeling calm when an interpreter assist them, exactly the same percentage as nurses, in comparison with the 33 % that confirmed feeling relief and trust, and the 36 % and 42 % of the nurses, respectively. As it shows, the percentages of positive feelings are a bit higher than the negative ones, and that the most positive percentages coincide with those scenarios where there is an interpreter. This answers are supported by the statements that most of them admitted that communicating bad news to someone with a different language is easier if an interpreter assist them during the communication process, recognising that it is less painful if they know that the affected person is understanding the situation without worrying about the linguistic barrier. About this topic, 6 out of 9 doctors and 26 out of 36 nurses considered that interpreters could help in these situations due to their cultural and language skills. In terms of communication skills in bad news contexts, they were asked whether they prefer to communicate them as soon as possible or, in the contrary, they prefer to take time to think about the most appropriate words.



Graphic IX. Nurses' preferences to communicate bad news. (Santacruz Asensio, M. 2019)



Graphic X. Doctors' preferences to communicate bad news. (Santacruz Asensio, M. 2019)

In both groups, there is a clear preference to think about how they are going to communicate bad news to patients or their relatives. Some of the reasons provided are that taking time to think is useful to choose the words that best suit each particular case and thus to individualise them, or that it is useful to think about it before, but not so much time, as the much time they spend thinking, the less natural they are. It is obvious that communicating this kind of unpleasant news is hard for workers too, as they may spend so many hours with their patients and their families. As it has been explained in previous points, stressful situations at work can lead to leave the job post or to experiment some

sort of trauma. However, only 1 of the nurses participating stated having thought about

leaving the job post, feeling himself or herself unable to overcome them. Five of them and three doctors admitted having thought it at some point, but most of them agreed and affirmed that they have never had such a thought.

After collecting all this information from medical workers, the purpose was to compare it with information provided by medical interpreters. Only four interpreters have participated in this survey. This significant difference of respondents in both areas, medical workers and interpreters, could be explained due to the small number of professional interpreters in this field, since in Spain there is not an approved system to access to job posts in medical centres, as it has been mentioned along this paper. However, their answers will anyway provide the information needed for such comparison.

The first part of the interview contained the same questions that the survey addressed to the medical workers. Those questions are related to feelings at work when communicating bad news. The first question was about their feelings when they communicate bad news to patients or their relatives in the context of a diagnosis. Although four interpreters accepted participating in this study, only three of them answered this question. A 75 % stated that they feel powerless, and the half of them said that they feel concern. None of them said having felt frustrated. In comparison with the answers given by the medical workers, we can draw that all the workers involved in situations of communication of bad news feel concern and that the nurses and the interpreters have similar emotions, as both groups have stated feeling stressed, and both groups added sadness as a common feeling. The intensity of their emotions in the case of interpreters is usually high. This could be due to the closeness that nurses have with the patient, as they usually spend a lot of time with them; and considering that communicating bad news and working in such hard situations is not a daily task for them.

Moreover, when they were asked whether they have asked another colleague to communicate bad news because they did not feel able to do it, interpreters agree with nurses, as all doctors said that they have never done so, but a minority of nurses and interpreters answered they have done it at some point. However, they agree with doctors when they are asked whether they can control the emotional impact that appears when they communicate bad news, because all of them said yes. That is why the next question pretended to compile the techniques they use to achieve it, in order to compare them with the techniques provided by the doctors. The answers differ, because the most chosen options among the doctors was empathy and, on the contrary, the interpreters stated that they prefer to keep clear of the affected people and not letting their situation to affect them personally, or to keep calm while interpreting. Half of the interpreters informed that they do not usually spend time with patients and their relatives after communicating bad news, but those saying that they have done it added that, at that moment, they did not know what to say. It is also important to mention that none of them said feeling frustration when living that type of situations.

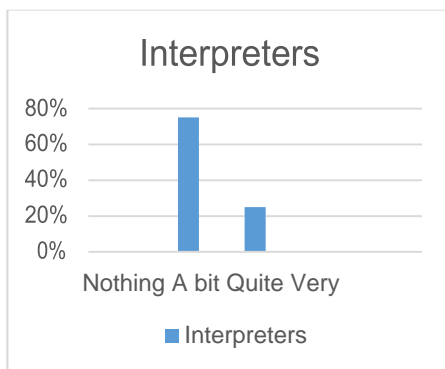
Furthermore, most of them believed that having experience in communicating such things could be useful in order to manage their emotions. Only one of them considered that it only provide them a guideline that could help them, but it is not the only thing. However, although these interpreters stated that almost always are able to forget these situations and the emotions that appear once they have finished with their tasks,

they said that at some point they resort to other colleagues to communicate bad news when they feel unable, so maybe it would be useful to find other techniques that help them control their emotions so that they do not need to resort to other interpreters, because they would feel able to manage their feelings and face the difficult situation. And although they say they are able to separate personal and professional life, and that they do not find difficult to forget these situations once they have finished, they stated that after them they still feel concerned (50 %) and they feel like crying once they go home. A lower percentage in comparison with nurses and doctors stated that they have nightmares or feel depressed (25 %). Despite of being a lower percentage, it is still high, and it shows the need of learning techniques or of receiving professional support in order to overcome situations that may overwhelm an interpreter.

The next step, then, was to ask them about their training in psychological issues that may provide them with the knowledge needed to face these situations. Only one interpreter answered having received some kind of training. It was through a seminar and, as for the opinion of the interpreter, it was not enough, and it has not been useful so far. Another one pointed that the only training received was a course taken of its own volition. Although none of them answered whether they would consider it useful to receive training aimed to help them to manage their emotions in these situations, the 75 % of them considered that having the opportunity to talk with a professional, such as psychologists or a therapy group, would be helpful in order to assist them emotionally. Thus, maybe they feel they are able to control their emotions after work, but in the end, these shocking circumstances affect them in a deeper way. They were also asked whether they would like to receive training along with medical staff so that they could help them and tell them how to face these situations the best they could, and all of them agreed with this idea. The half of them believed that having the opportunity to learn from these professionals would be very useful, and it was mentioned before that it has been done in some occasions, such as the one exposed in one of the articles used during the research phase of this paper.

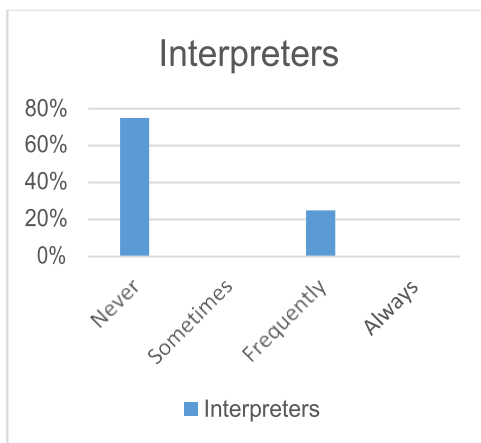
As so far this type of training is still not included in study plans, one possible option could be to vent emotionally with colleagues. However, to what extent is this possible? Interpreters are told during their training that any code of ethics includes the principle of confidentiality, so they are not allowed to talk about the content of their interventions with anyone. But, is it breaching the code of ethics if a professional interpreter talks about his or her emotions with someone that works on the same field and may also feel the same? Would it be considered breaching the code of ethics if they vent themselves emotionally with a psychologist, considering that they also have to bear in mind their own code of ethics? Most of the interpreters would not do it anyway as they would not want to breach their code of ethics, so they keep their negative feelings, they do not learn how to manage or face them and, in the end, it could lead them to psychological problems, such as low self-esteem, depression or burn-out syndrome. The ones answering this survey can serve as a reflection of this issue: a 75 % find it useful to talk to other interpreters, maybe because they may understand how they are feeling at that moment, while a 25 % said that they would not do it, as it is important to bear the code of ethics in mind.

The next part of the survey was related to the importance of communicating skills and aspects, as interpreters are communication professionals. If we add a poor communicative performance by the medical staff to the content of the communication itself, it creates a big pressure for interpreters, who would have to deal with the message issued by the doctor or the nurse and negative news that would affect the patient or their relatives in an unexpected way. This is a reason why the manner of telling this type of news is so important, and that is what the answers of the respondents show:



Graphic XI. Importance of communicating skills. (Santacruz Asensio, M. 2019)

As it may be seen, a third part of the interpreters considered that the way the medical staff communicates bad news is important when the message has to be interpreted into a different language, not only because of the words, but also the cultural issues that have to be taken into account. Thus, they were also asked whether they have altered the message in those situations where the doctor does not choose the most appropriate words or tone.



Graphic XII. Messages altered. (Santacruz Asensio, M. 2019)

It can be surprising how a 25 % of the interpreters admitted having changed the message somehow because of the inappropriate words or tone of the doctors, considering that our code of ethics states that the principle of an interpreter is to reproduce the message with the same intention as the speakers, and it can also be seen that a 75 % keeps this in mind while working. The reasons given by the 25 % of respondents that admitted doing it frequently are that it was not necessary to use the same words as the doctor, maybe because the message was negative and there were other more positive words that could be used. It is true that, considering the poor training received by doctors in communication

skills, sometimes they may not choose the most appropriate words or tone for communicating such a thing that will probably affect the patients and their relatives in a negative way, and they can react unexpectedly; so a solution would be to improve a joint training of medical workers and interpreters, so they both could learn from the techniques and skills of the other and thus provide a quality services to those people with a different language and culture. Moreover, interpreters give more importance to cultural aspects than medical staff in terms of things to have into account when communicating bad news.

They also had to answer whether they prefer to know that they are going to communicate bad news or if, on the contrary, they prefer to do it without knowing it. One of the respondents said that it is better if they do not know it because this way they are not as nervous. However, half of the interpreters believed that it is helpful to know it beforehand, so that they can prepare themselves mentally. All of them agreed when they were asked whether they take time to prepare how they are going to face those circumstances, as they all say that it has to take place as soon as possible, due to different reasons.

Nevertheless, none of them have ever thought of giving up the profession because of feeling unable to overcome these hard situations, although, basing on their previous answers, they would be thankful of receiving specific training to help them to communicate bad news without it affecting their private life.

5. Conclusiones

El propósito de este estudio ha sido comprobar cómo afecta a los intérpretes sanitarios el impacto emocional que pueden recibir en un entorno de comunicación de malas noticias, y si este impacto podría reducirse si se incluyese la enseñanza de nociones básicas en gestión de emociones en los planes de estudios especializados en interpretación en servicios públicos

Quedaba claro desde el principio de este trabajo que aquellos que estudian la interpretación incluyen en su definición el aspecto de que los intérpretes trabajan en condiciones de presión extrema. Este aspecto sí suele mencionarse en las clases de interpretación, por lo que los futuros profesionales pueden hacerse una idea sobre el estrés que soportarán cuando se incorporen al mercado laboral. Sin embargo, y como se ha demostrado en esta investigación a través de los cuestionarios repartidos a distintas categorías de profesionales, no se proporcionan lecciones para aprender a gestionar ese estrés que te causará una sesión de interpretación. Todo esto sin mencionar que el estrés no es la única emoción que se experimentará, pues en una sesión de interpretación médica, en la que, como ya se ha mencionado, el contacto con los participantes es más directo que en otras modalidades de interpretación, el intérprete vivirá una serie de emociones diferentes que, todas a la vez, pueden hacer que pierda el control.

Además, tanto los autores de los artículos que han servido de base para este estudio como los resultados de los cuestionarios han afirmado que para ser intérprete sanitario no basta con dominar las lenguas de trabajo, sino que se necesita también un conocimiento profundo de las culturas que vayan a verse implicadas y, por supuesto, se necesita

aprender a sobrellevar aquellas situaciones que, llegadas a cierto punto, puedan sobrepasar al intérprete. Si el intérprete pierde el control de sus emociones, no sabrá gestionarlas y perderá su invisibilidad, afectando al resultado de su trabajo y a sí mismo. Es por ello que, dependiendo del ámbito en el que se vaya a desenvolver el intérprete, necesitará recibir formación en los aspectos específicos que vayan a caracterizar su trabajo. En el caso de los intérpretes sanitarios, sería recomendable incluir la enseñanza de nociones básicas en psicología a las que pudiese recurrir en caso de que fuera necesario.

Con respecto a los intérpretes sanitarios, esta latente falta de formación psicológica básica hace que no sepan cómo reaccionar en situaciones en las que no son capaces de controlar sus emociones, y las entrevistas que se han realizado a psicólogos profesionales dejan ver que ese tipo de situaciones podrían evitarse si se recibiese algún tipo de formación para ello y que, al no ser, estos contextos pueden llevar al profesional a padecer algún tipo de trastorno psicológico, como la síndrome de desgaste profesional y estos, a su vez, llevarlos incluso al abandono laboral. En aquellos casos menos graves, al menos, los profesionales pueden sentirse frustrados ante esas situaciones y, como han plasmado en las repuestas, “llevárselo a casa”, “no pasar página” y pagarlo con quien menos lo merece, que suele ser la persona más cercana a nosotros. No se dice que esto que no reciban una formación adecuada para ser intérpretes sanitarios en cuanto a habilidades de comunicación o culturales, pero una persona no puede desprenderse de sus sensaciones ni evitar sentir emociones nuevas, por lo que se debería añadir este tipo de formación sin causar un detrimento de la que ya se recibe en otros aspectos.

Asimismo, este tipo de formación es también necesaria debido a las reacciones inesperadas de las personas afectadas ya que, como se ha visto por las respuestas a los cuestionarios, sus reacciones y pasar tiempo con ellos después de la comunicación de las malas noticias son también factores que contribuyen a aumentar la carga emocional de los trabajadores en contacto con ellos. En este caso, a esas emociones que mencionábamos antes de las que no nos podemos desprender, se le suman las de las personas con las que está trabajando el intérprete.

¿A qué ayudaría este tipo de formación básica en aspectos psicológicos? En primer lugar, serían un buen recurso para aprender a identificar las emociones y los sentimientos. Tener estas nociones sería de gran ayuda para el intérprete puesto que, como se ha mencionado previamente, va a experimentar numerosas sensaciones, y cada una de ellas provocará en él o en ella una reacción. No saber identificarlas dificulta su control y causa el desbordamiento del profesional. Además, si el intérprete es capaz de identificar las emociones que está sintiendo puede resultarle útil, no solo para calmar el efecto que le esté causando, sino para poder sacar provecho de ellas puesto que, como se dijo anteriormente, saber aprovecharse de algunas situaciones negativas puede ser beneficioso para obtener el resultado esperado. Por ejemplo, un intérprete capaz de identificar el estrés que tiene en una sesión, puede aprovecharlo para estar alerta a todo lo que hay a su alrededor y poder así captar mejor los detalles que ayuden a una mejor transmisión del mensaje. Algo similar ocurre con la ansiedad. Si un intérprete identifica que empieza a sentir ansiedad durante una interpretación, si ha recibido la formación adecuada, puede

ayudarle a querer superarse a sí mismo y a aumentar su autoestima. En caso contrario, ocurrirá lo opuesto: se desmotivará y su autoestima bajará, y esta sensación volverá a aparecer en el próximo encargo que tenga. Y podría ocurrir algo similar causando mayores trastornos psicológicos que hagan que el intérprete pierda interés en su trabajo, como afirmaron los psicólogos expertos que han participado en el estudio, y a pesar de las respuestas de los intérpretes que han participado, pues varios de los miembros del personal sanitario admitieron que, en ocasiones, han experimentado tal carga emocional, que han pensado en abandonar su trabajo, aunque finalmente no lo hayan hecho.

En el ámbito sanitario son frecuentes los contextos de comunicación de malas noticias, y estos contextos son uno de los motivos por los que los profesionales del campo pueden experimentar alguna afección psicológica, como el desgaste por empatía, que es un trastorno negativo que se deriva de algo positivo. En otras palabras, el profesional es empático, y esto le ayuda a saber cómo se siente la persona a la que está asistiendo, pero a su vez esta empatía le causa otro tipo de emociones, como frustración por no poder cambiar la situación de la persona, puesto que en un hospital puedes comunicar una noticia que haga que al paciente le cambie la vida por completo. Poco a poco esta empatía va haciendo florecer emociones negativas en el intérprete que, al final, pierde el interés por su profesión, y puede verse tentado a abandonarla. Dado que las profesiones del ámbito sanitario son profesiones con mucha carga emocional, lo importante es mantener una actitud positiva, pero también es necesario saber cómo superar los momentos negativos, y todo empieza con una buena formación.

Sin una buena formación, nos exponemos a que el intérprete incumpla los principios incluidos en los códigos éticos, que rigen el desarrollo de la profesión en distintos ámbitos, simplemente porque así cree sentirse más útil. Estos casos pueden ocurrir, como han reflejado alguno de los intérpretes participantes en las encuestas, que han sobrepasado sus funciones por ayudar a pacientes pertenecientes a la minoría lingüística con problemas que les han ido surgiendo. Por lo tanto, sería necesario incluir este tipo de formación para ayudar al intérprete a decidir cuando actúa guiado por su moral y cuando no.

Como se ha recogido en este trabajo, existen numerosas técnicas a las que los intérpretes sanitarios pueden acudir para hacer más llevadero el momento de la comunicación de malas noticias, tanto a la hora de pronunciar las palabras como al gestionar las emociones que ello conlleva. Un ejemplo de ello podría ser el Protocolo de seis etapas de Buckman, que se ha incluido en este estudio. Es un protocolo conocido por profesionales de la medicina, pero que no se menciona en los estudios de interpretación especializada en los servicios públicos, particularmente en el ámbito sanitario. Sí mencionan algunos profesiones que no hay problema si al intérprete, al comunicar alguna mala noticia, le entran ganas de llorar, pero que lo ideal sería encontrar el modo de hacerlo disimuladamente y no durante la sesión. ¿Cómo puede esconder sus emociones en ese momento? Intentarlo podría incluso aumentar la presión que siente. Sería pues recomendable que recibiesen formación en comunicación de malas noticias que pudieran serles útiles en su día a día.

Es posible educar a nuestra mente para aprender a gestionar nuestras emociones. Es un proceso lento, pero que puede ser de mucha utilidad en las situaciones que venimos comentando. Cuando hablamos de incluir una formación básica en aspectos psicológicos en la especialización del intérprete sanitario no nos referimos a decirle cómo debe reaccionar ante determinadas situaciones, porque cada persona reacciona de un modo diferente, sino ayudarles a identificar sus emociones, a entenderlas y a manejarlas como más convenga en cada momento. Es decir, el objetivo no es que el intérprete deje de estar estresado, o que no se frustre o que mantenga siempre una actitud positiva, sino que aprenda lo que todo eso significa y conlleva y pueda gestionarlo según precise.

Además de la formación, debe plantearse en el ámbito sanitario la enseñanza de algunas técnicas para aplicarlas durante las sesiones de interpretación, o una vez finalizadas. Estas técnicas, muchas de ellas proporcionadas por expertos en psicología, pueden llevarse a cabo sin ayuda profesional, como aprender de las situaciones o aprender a sobrellevar las situaciones, recurrir a personas cercanas para explicarles cómo nos sentimos y que nos brinden apoyo, etc. o se puede recurrir a profesionales para que ayuden a aliviar emociones. El primer paso para que los intérpretes incluyan estas técnicas en su trabajo es hablarle de ellas durante su formación, o explicarle la posibilidad de recurrir a ellas cuando fuese necesario. Es importante, como se ha venido repitiendo, dejar claras las condiciones del principio de confidencialidad. Son muchas las profesiones que se atienen a este principio, entre ellas la medicina, por ejemplo. Los miembros del personal sanitario que han participado en las encuestas han admitido hablar con compañeros tras comunicar malas noticias, o haberse desahogado con sus familiares y amigos al volver a casa para aliviar la carga emocional que arrastras de su jornada laboral. Sin embargo, la mayoría de los intérpretes participantes considera que ello podría suponer no cumplir el principio de confidencialidad y, por lo tanto, sería faltar a la profesión. Es por ello que debería dejarse claro qué condiciones tiene este principio, pues los psicólogos entrevistados opinan que la existencia de, por ejemplo, grupos de apoyo de compañeros, serían de gran utilidad en contextos de comunicación de malas noticias, como ha demostrado la inclusión de este tipo de grupos en departamentos como la unidad de cuidados paliativos. Muchos profesionales afirmaron recurrir a técnicas de relajación y respiración para canalizar las emociones, y los psicólogos comentaron que ambas son técnicas muy útiles para ello. La cuestión aquí es saber hacerlo bien y, de nuevo, para ello es necesaria una formación básica. El hecho de recurrir a compañeros para hablar de las emociones experimentadas al comunicar malas noticias, o de querer contar con su presencia a la hora de transmitir las es una prueba de que sería muy útil contar con esos grupos de apoyo en centros sanitarios, y de que estuviesen regulados para garantizar su eficacia.

Las técnicas que necesitan ayuda de un profesional pueden ser de utilidad en aquellos casos en los que a los profesionales se les acumulan las malas emociones tras comunicar varias noticias y no son capaces de desprenderse de ellas fuera del entorno laboral. Además, al tener lugar un tiempo después de la situación que las causa, y no inmediatamente, ayudan a la persona afecta a reflexionar sobre ellas y sobre cómo le hacen sentir, y eso puede ayudar a aprender a identificarlas con ayuda de un psicólogo

profesional. Además, estos profesionales pueden ayudar en gran medida, pues conocen varias técnicas, de diferente duración y con varios enfoques, que aplicarán según las necesidades de cada persona. Defienden también los psicólogos las nuevas técnicas de *debriefing* y *defusing*, que en contextos de crisis de emergencia son muy recurrentes. Este tipo de técnicas ayudan a aliviar la carga de los trabajadores con ayuda de un líder de sesión. Estas técnicas ya son de utilidad por separado. De modo que, si se combinaran, la efectividad podría ser mayor. Además, aunque los encuestados no han empleado estos nombres exactos, de sus respuestas se podría extraer que es esto lo que les gustaría tener a disposición. Son dos técnicas que pueden ayudar a separar la vida personal de la profesional y, como ellos han afirmado en las encuestas, es una tarea ideal, pero no fácil de llevar a cabo.

Si se combinaran técnicas de comunicación de malas noticias, como el protocolo de seis pasos de Buckman, y técnicas de gestión de emociones, como las de ventilación emocional o los grupos de apoyo, el resultado sería un menor impacto emocional en el intérprete. Todo empieza educando a los futuros profesionales de la interpretación, y dándoles la oportunidad de, poco a poco, entrenar esas nuevas habilidades que adquirirán. El primer paso, conocerse a uno mismo.

Esta falta de formación que, como se está comprobando, es necesaria, puede estar causada por el desconocimiento de la profesión extendido por la sociedad. De hecho, los resultados de las encuestas han probado que hay muchos profesionales sanitarios que no han trabajado nunca con un intérprete pero que, dados los numerosos movimientos migratorios que están teniendo lugar en España en los últimos años, seguro han tenido que asistir algún paciente con un idioma diferente. Muchos de los trabajadores del sector sanitario desconocen que existe la figura del intérprete sanitario, o no valoran su profesión lo suficiente. Por ello, desconocen la presión a la que están sometidos, su responsabilidad, la mezcla de emociones que experimentan y, por consiguiente, desconocen que podría necesitar ayuda psicológica. Dado que la comunicación de malas noticias en aquellos contextos en los que se ve involucrada una persona que habla un idioma diferente implica tanto a personal sanitario como a intérpretes, sería recomendable que existiese una cooperación entre ambos grupos de profesionales, tanto durante la carrera profesional como durante la formación. Así, ambos grupos tomarían consciencia de las necesidades del otro y, a la hora de trabajar juntos, sería todo más fácil. Los médicos estarían al corriente de los aspectos culturales que rodean a las concepciones de la enfermedad o la muerte; y los intérpretes sabrían las técnicas que emplean los médicos para comunicar las malas noticias.

Si comparamos el impacto emocional que siente el personal sanitario al comunicar malas noticias, no por la comunicación en sí, sino por todo lo que rodea a la situación (presión, nervios, sentirse juzgados por los familiares o las personas presentes, etc.), hay que añadir la presión que siente el intérprete al ser la única persona a la que ambas partes pueden entender, y al estar expuesto a que la parte perteneciente a la minoría lingüística recurra a él o ella para que le ayude con otros problemas que pueda tener. El personal de enfermería participante, además, ha indicado que no importa quién comunique la noticia,

el contenido afecta igual a las personas presentes en ese momento o a las que compartan tiempo con los afectados después. Esto sirve de ejemplo una vez más para demostrar lo necesario que es contar con nociones psicológicas en estos casos, pues en estas situaciones lo más importante es la situación del paciente y las pautas que establezcan los profesionales sanitarios, y es esto lo que el intérprete debe tener en mente. Sin embargo, las emociones causadas por tal comunicación pueden nublar la mente del intérprete y dificultarle su trabajo. Los psicólogos entrevistados respaldan la hipótesis de que los intérpretes tengan más dificultades para gestionar sus emociones sin ayuda. Además, se ha comprobado que tener experiencia ayuda, como confirman algunos médicos, pero no evita sentir este tipo de emociones negativas.

A pesar de todo, la mayoría de los médicos y las enfermeras encuestados reconocen la utilidad del intérprete en este tipo de situaciones. Este puede ser el primer paso para comprender el impacto al que están expuestos los intérpretes, puesto que ellos mismos se ven envueltos en contextos similares y sabrán, más o menos, qué sienten los intérpretes al comunicar una mala noticia, e incluso algunos tienen en cuenta que la presión puede ser mayor, ya que el paciente solo los entenderá a ellos.

Para los intérpretes entrevistados puede resultar un poco más fácil ventilar las emociones porque trabajan en plantilla y todos tienen que estar al corriente de lo que ocurre en el centro médico. Esto puede funcionarles como terapia de grupo, de la que hablábamos hace unas líneas, y por las respuestas de la intérprete entrevistada, es de utilidad y les ayuda a desahogarse o a evitar situaciones de las que no sabrían salir indemnes. Sin embargo, no siempre ocurre así. No todos los intérpretes sanitarios cuentan con la opción de hablar con compañeros para descargar emociones negativas. Es por ello que los grupos de terapia deberían incluirse en los centros médicos, a disposición de todos los profesionales, para ofrecerles así una vía de ventilación y ayudarles a ser más eficaces emocionalmente en su trabajo, y para ofrecerles un modo de aprender de otros compañeros ya que, como hemos visto, cada persona reacciona de un modo, por lo que aplicarán una técnica diferente, y esta técnica puede resultarles útil a otro compañero en otra situación de comunicación de malas noticias (o en cualquier otro contexto) en el futuro.

Todas estas posibilidades de formación en nociones de psicología básicas y de posibles técnicas a emplear en aquellos casos en los que los profesionales ya están en activo se hacen más necesarias al ver los resultados de las encuestas realizadas, ya que en todos los grupos de profesionales se aprecia un alto porcentaje en emociones negativas al comunicar malas noticias en contextos de diagnóstico (u otros contextos sanitarios), que en algunas ocasiones han llevado al profesional encargado de comunicarlas a pedir ayuda a un compañero. Esto deja latente una falta de recursos que les ayuden a sobrellevar estas situaciones. Y esto es algo evitable. El recurso más frecuente al que acuden para ayudarles a sobreponerse de este impacto emocional es contar con la presencia de un compañero, si fuese posible, para no pasar por ese “mal trago” solos. Por otro lado, hay otros profesionales que prefieren hacerlo solos. Esto podría traducirse en que no se sientan preparados para ello y no quieran mostrarlo delante de compañeros de profesión o que no

quieran mostrar las emociones que produce en ellos, puesto que durante la formación en todas las profesiones sanitarias es común escuchar que no debes implicarte demasiado en los casos de los pacientes. Sin embargo, como ya sabemos, la teoría es siempre más fácil que la práctica, y no todos los profesionales son capaces de mantenerse al margen. El alto porcentaje de participantes que dice no ser capaz de gestionar sus emociones vuelve a respaldar la hipótesis de que es necesaria una mayor formación psicológica en este campo.

Otra muestra de la falta de formación en cuestiones emocionales y de la necesidad de incorporarlo a la formación de intérpretes sanitarios es el contrasentido que se encuentra en las respuestas a los cuestionarios cuando admiten ser capaces de controlar las emociones pero no las han superado al llegar a casa, o cuando opinan que la experiencia te hace ser capaz de comunicar malas noticias pero reconocen que al finalizar el trabajo no lo han superado. Esto ocurre porque no saben en qué consiste controlar el impacto emocional, y desconocen la existencia de técnicas que te ayuden a sobreponerte; simplemente se resignan a que “en eso consiste su trabajo”. Es por ello que este trabajo pretende proporcionar diversas opciones a las que puedan recurrir en este tipo de situaciones.

Además, queda demostrado el interés que estos profesionales han mostrado en cuanto recibir formación psicológica básica a la que poder recurrir cuando comuniquen malas noticias o cuando se sientan sobrepasados por la situación, ya que algunos de ellos han recibido formación de manera voluntaria, y aquellos que la han tenido incluida en su formación académica consideran que es útil pero insuficiente.

En definitiva, los intérpretes sanitarios necesitarían que se reconociese más su profesión y, de este modo, fuese más reconocida la presión y el estrés que soportan, con las emociones y sentimientos negativos que caracterizan a la profesión. Ello conllevaría un mayor reconocimiento de la labor que desempeñan y de las necesidades que tienen para llevarla a cabo con la mayor calidad posible. Es inevitable sentir malas emociones cuando comunicas a un paciente que no habla el idioma en el que se oferta el servicio una noticia inesperada, desagradable y que le puede cambiar la vida por completo. Dado que esa persona va a atravesar una situación complicada, le ayudaría poder contar con el buen trabajo del intérprete, que está allí a su disposición para que le queden claras todas las indicaciones proporcionadas por el personal sanitario para resolver su situación o para hacerla más llevadera. Si el intérprete quiere ayudar al asistido en este contexto, deberá primero conocerse a sí mismo y ser capaz de gestionar las emociones que van a aflorar en él, y para ello necesita saber cómo hacerlo. Por eso debería incluirse la formación necesaria en los estudios de interpretación o, al menos, en los estudios especializados en interpretación sanitaria.

A modo de conclusión, se confirma la hipótesis de que es necesario incluir formación en aspectos básicos de psicología en los estudios de interpretación o, al menos, poner a disposición de estos profesionales cursos o seminarios que les puedan proporcionar este tipo de recursos, dada la necesidad que tienen de aprender a gestionar las emociones que les causan un impacto negativo cuando se ven envueltos en una situación de comunicación de malas noticias.

A pesar de que, con la participación de este estudio, el alcance es limitado, puede servir de base para futuras investigaciones. Este corto alcance ha permitido demostrar que la formación psicológica en interpretación es necesaria y que los profesionales que se ven envueltos en contextos de comunicación de malas noticias demandan recibir este tipo de enseñanza durante su formación académica. Una investigación con un alcance mayor, en la que pueda participar un mayor número de médicos, enfermas e intérpretes de diferentes puntos de España permitiría ilustrar la situación de estos profesionales en cuanto a formación psicológica y poner de relieve la falta y la necesidad que hay de ella en los estudios de interpretación, así como cuáles son las afecciones psicológicas más frecuentes entre los intérpretes, de modo que se pueda seguir investigando de forma más específica sobre cómo se podrían evitar.

6. 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*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2018). *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-544> [Consulta: 20 de abril de 2019]

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2018). *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752 [Consulta: 20 de abril de 2019]

Álvaro Aranda, Cristina (2016). Formación, perfiles profesionales y grupos de trabajo en entornos sanitarios multiculturales en *FITISPos International Journal*, volumen 3. Alcalá de Henares: FITISPos-UAH Research Group, pp. 153-163

Alves de Lima, Alberto (2003). “¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?” en *Revista argentina de cardiología*. Volumen 71, número 3. Mayo-Junio. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Cardiología, pp. 217-220.

Angelelli, Claudia. (2008). *The role of the interpreter in healthcare setting. A plea for a dialogue between research and practice*. En Valero-Garcés y Martín (Eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and dilemmas* (pp. 147-164). Amsterdam, Philadelphia: Benjamins.

Buckman Robert; Kanson Y. “Breaking bad news: a six-step protocol”. En: Buckman R., editor (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. P. 65-97

- Buckman, Robert (1984). "Breaking bad news-why is it still so difficult?" en *British Medical Journal*, volumen 288. Londres: University College Hospital, pp. 1597-1599
- Castillero Mimenza, Oscar (-). *Estado de shock: ¿qué es y por qué se produce?* Psicología y mente. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/estado-shock> [Consulta: 25 de abril de 2019]
- Cedillo Corrochano, Carmen (2016). "Análisis de la presencia mediática de la TISP en España y de su posible profesionalización" en *FITISPOS international Journal* 96, volumen 3. Alcalá de Henares: FITISPos-UAH Research Group, pp 139-149.
- Collado Aís, Ángela; Fernández Sánchez, María Manuela (2001). *Manual de Interpretación Bilateral*. Granada: Comares.
- Corsellis, Ann (2010). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Primeros pasos*. Granada: Comares.
- Crezee, Ineke; Kearney, Maureen; Lui, Dana; Hand, Linda (2013). *Introduction to healthcare for interpreters and translators*. Amsterdam: Benjamins.
- Delgado Rodríguez, Janet; Expósito Barbuzano, Alberto. (2011). *¿Qué puede aportar la mediación intercultural al ámbito sanitario?* ENE. Revista de Enfermería, volumen 5, pp.59-65. Disponible en: <http://enfermeros.org>
- Fundación Nemours (2018). *¿Cómo puedo mejorar mi autoestima?* Teens Health. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/self-esteem-esp.html> [Consulta: 25 de abril de 2019]
- García Beyaert, Sofia y Jordi Serrano Pons. "Recursos para superar las barreras lingüístico culturales en los servicios de salud". *Manual de atención al inmigrante*. Eds. Joaquín Morera Montes, Alberto Alonso Babarro y Helena Huerga Aramburu. Acta Sanitaria, 2009: 56, en Ruiz Mezcua. *Interpretación y formación para los centros sanitarios españoles*
- García Yebra, V. (1998) *En torno a la traducción*. Madrid: Gredos
- García-Allen, Jonathan (-). *Burnout (Síndrome del Quemado): cómo detectarlo y tomar medidas*. Psicología y mente. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado> [Consulta: 25 de abril de 2019]
- Gómez Sáncho, Marcos (2006). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Arán.
- Ilie, Liliana; Jaime Pérez, Adriana; Vitalaru, Bianca (2014). "Actuación del intérprete-mediador en el ámbito sanitario en situaciones comunicativas problemáticas y conflictos culturales: análisis y comparación entre intérpretes con y sin formación en diferentes pares de lenguas (español > árabe, francés, inglés y rumano)" en *Panace@*, volumen 15, número 40, pp. 218-234

- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Número de turistas según vía de acceso*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10835> [Consulta: 20 de abril de 2019]
- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Número de turistas según país de residencia*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10822> [Consulta: 20 de abril de 2019]
- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Población residente en España*. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981 [Consulta: 20 de abril de 2019].
- Membrado Trilles, Juan M. (2014). *Análisis de las necesidades de mediación interlingüística y/o intercultural en los centros de salud de Burriana (Castellón): estudio diagnóstico*. Trabajo de investigación final de Máster. Castellón: Universidad Jaume I.
- Mestre, José M.; Guitérrez-Trigo, Juan M.; Guerrero, Cristina; Guil, Rocío (2017). *Gestión de emociones en el día a día. Potenciamos las positivas y controlemos las negativas*. Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Molina García, Ciara (2013). *Emociones expresadas, emociones superadas. Una guía para lograr el equilibrio psicológico a través de la gestión de nuestras emociones*. Madrid: Oniro.
- Morales Marín, Ana (2015). *El impacto psicológico en el intérprete*. Trabajo de fin de máster.
- Movimiento de Salud Mental de California (-). *Trauma emocional*. SanaMente. Disponible en: <https://www.sanamente.org/retos/trauma-emocional/> [Consulta: 25 de abril de 2019]
- Navaza, Bárbara; Estévez, Laura y Serrano, Jordi (2009). “«Saque la lengua, por favor». Panorama actual de la interpretación sanitaria en España”. *Panace@*, volumen X (30), pp. 141-156.
- NIH: Instituto Nacional de la Salud Mental (2019). *Depresión*. MedlinePlus. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html> [Consulta: 25 de abril de 2019]
- Office on women's health (2019). *Trastornos de ansiedad*. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/anxiety-disorders> [Consulta: 25 de abril de 2019]

- Redorta, Josep; Obiols, Meritxell; Bisquerra, Rafel (2006). *Emoción y conflicto. Aprende a manejar las emociones*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodríguez Lara, Francisco Javier (-). *Trauma vicario*. Comisión Estatal de Derechos Humanos. México. Disponible en: https://www.cedhnl.org.mx/pdf/por%20temas%20especificos%20copia/02%20salud/presentaciones/Trauma_Vicario.pdf [Consulta: 25 de abril de 2019]
- Rosas Carmona, María José (-). *El síndrome de desgaste por empatía*. Psicología y mente. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/sindrome-desgaste-por-empatia> [Consulta: 25 de abril de 2019]
- Ruiz Mezcuca, Aurora (2010). “La enseñanza de la interpretación social en el contexto biosanitario: la preparación psicológica del intérprete” en *TRANS*, número 14. Málaga: Universidad de Málaga, pp. 143-160.
- Ruiz Mezcuca, Aurora. (2014) “Interpretación y formación para los centros sanitarios españoles” en *Hermeneus*, número 16. Soria:Universidad de Valladolid, pp. 265-289.
- Sanz-Moreno, Raquel (2017). “Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula”. *Panace@*, volumen XVIII, nº 46. Segundo semestre, pp. 114-122.
- Sanz-Moreno, Raquel. (2018): “El profesional del Derecho en la formación del intérprete. Una experiencia didáctica”. *Revista d'Innovació Docent Universitària*, número 10. Valencia: Univerisdad de Valencia, pp. 1-12.
- Sapir, Edward (1954) *El lenguaje: introducción al estudio del habla*. Margit Alatorre y Antonio Alatorre (trads.). Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Tamburini, M., Filiberti, A., Gamba, A., Perry, L. Ventafridda, V.(1988). La comunicazione della diagnosi di cancro. Milan: Lega italiana per la lotta contro i tumori, pp 8-10.
- Tellechea Sánchez, María T. 2005. “Intérprete como obstáculo: fortalecimiento y emancipación del usuario para superarlo”. Valero Garcés, C. (ed.) *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Universidad Autónoma de Barcelona (2015). “La técnica del *debriefing*” en *Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado de: <https://es.coursera.org/lecture/pap/v5-6-la-tecnica-del-debriefing-explicacion-a3jWr>
- Universidad Autónoma de Barcelona (2015). “La técnica del *defusing*” en *Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado de: <https://es.coursera.org/lecture/pap/v5-4-la-tecnica-del-defusing-explicacion-BBc9c> *Manual de interpretación bilateral*. Ángela Collado Aís y María Manuela Fernández Sánchez (coords.), 2001:55. Comares S.L. Granada

- Valero Garcés, C. (1998). *¿Traducción e interpretación en Servicios Públicos? ¿De qué me hablas? ¿Una nueva especialización?*, en Valero Garcés et al. (eds).
- Valero Garcés, Carmen. y Gauthier Blasi, Laura (2010). “Bordieu y la traducción e interpretación en los servicios públicos: hacia una teoría social” en Cedillo Corrochano, Carmen (2016). “Análisis de la presencia mediática de la TISP en España y de su posible profesionalización” en *FITISPOS international Journal*, volumen 3. Alcalá de Henares: FITISPos-UAH Research Group. Pp 139-149.
- Valero Garcés, Carmen; Derham, A. (2001). *¿Mediador social = mediador interlingüístico = Intérprete?*”. *Práctica, Formación y reconocimiento del interprete en los servicios sociales*, en Collados, A. et al (ed.) (2001). *La evaluación de la calidad en interpretación: Docencia y profesión*. Granada:Comares.
- Vázquez González, Antonia; Moya Meléndez, Raquel; Aponte Tomillo, Inmaculada; Nuño Morales, Pastora; Beardo Rodríguez, Gema (2015). “Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias” en *Revista enfermería docente*, número 103. Málaga: Hospital Virgen de la Victoria, pp. 33-37.
- Wadensjö, Cecilia (1998). *Interpreting as interaction*. Londres/Nueva York: Longman

Anexo I

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PERSONAL SANITARIO SOBRE EL IMPACTO EMOCIONAL A LA HORA DE DAR MALAS NOTICIAS

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer el impacto emocional que tiene en personal sanitario dar malas noticias a pacientes. Toda información proporcionada en él será anónima, y sus únicos fines serán de investigación para la realización del Trabajo de Fin de Máster de María Santacruz Asensio, estudiante del Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos.

1. Señale si pertenece al personal médico o de enfermería
2. Señale qué experimenta al dar malas noticias a pacientes o familiares en el contexto de un diagnóstico o en otros contextos. Marque tantas opciones como considere oportuno.
Impotencia
Frustración
Estrés
Inquietud
Ansiedad
Otros _____
3. Añada un valor a cada sentimiento del apartado anterior donde 0 significa nada, y 5 significa mucho.
4. ¿Alguna vez ha pedido a un compañero que dé malas noticias a algún paciente o familiares por no verse capaz de hacerlo usted?
5. ¿Le resulta más fácil dar malas noticias con compañeros sanitarios delante o prefiere darlas solo con el paciente o los familiares? ¿Por qué?

6. ¿Alguna vez ha pasado tiempo con los pacientes o familiares después de que usted u otra persona le hayan dado malas noticias?
7. Señale qué experimenta tras pasar tiempo con pacientes o familiares tras haberles comunicado una mala noticia. Marque tantas opciones como considere oportuno.
Impotencia
Frustración
No saber qué decir
Inquietud
Ansiedad
Otros _____
8. Añada un valor a cada sentimiento del apartado anterior donde 0 significa nada, y 5 significa mucho.
9. ¿Es capaz de controlar el impacto emocional que tiene en usted dar malas noticias a familiares o pacientes?
10. ¿Qué técnicas emplea para hacer más llevadero el momento de dar malas noticias?

11. ¿Cree que la experiencia hace más llevadero dar malas noticias a pacientes o familiares?
12. ¿Es capaz de olvidar ese momento al terminar el turno de trabajo y hacer que no le afecte en su vida personal?
- Nunca
A menudo
Casi siempre
Siempre
13. En los días después de dar una mala noticia, ¿alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes síntomas? Marque todas las opciones que considere oportuno. Añada un valor a cada síntoma indicando la frecuencia con la que lo experimenta donde 0 significa nunca, y 5 significa siempre.
- Pesadillas
Depresión
Insomnio
Inquietud
Agresividad
Llorar
Pérdida de apetito
Frustración Estrés
Otros _____
14. En caso afirmativo, ¿han sido unos síntomas pasajeros o han persistido durante un periodo de tiempo considerable? Añada un valor a cada síntoma indicando la frecuencia con la que lo experimenta donde 0 significa nunca, y 5 significa siempre.
- Pesadillas
Depresión
Insomnio
Inquietud
Agresividad
Llorar
Pérdida de apetito
Frustración Estrés
Otros _____
15. ¿Qué técnicas emplea para aliviar esos síntomas?
- _____
- _____
16. ¿Ha recibido algún tipo de formación para realizar esta tarea? Por favor marque tantas opciones como considere oportuno y especifique al lado la duración aproximada.
- Asignaturas
Cursos formativos

Seminarios

Otros _____

17. ¿Considera útil la formación recibida y siente que le ha preparado para realizar esta tarea? ¿Considera suficiente la información recibida? Marque del 0 al 5, donde 0 significa nada y 5 significa mucho.

Utilidad

Preparación

Suficiente

18. En caso negativo, ¿consideraría útil recibir algún tipo de formación que le ayudase a saber hacer frente a estas situaciones? ¿Qué tipo de formación cree que podría ser de utilidad?

19. ¿Conoce la existencia de algún grupo de terapia o apoyo al que el personal sanitario pueda acudir para desahogarse tras dar una mala noticia?

20. ¿Considera que la existencia de un grupo de apoyo para personal sanitario en su centro de trabajo sería de utilidad para ayudarles emocionalmente?

Nada

Un poco

Bastante

Mucho

21. ¿Existen grupos de apoyo destinados a pacientes o familiares dentro del centro médico en el que trabaja?

22. ¿Le resulta necesario hablar con compañeros de trabajo después de dar malas noticias para desahogarse?

Nada

Un poco

Bastante

Mucho

23. ¿Le resulta fácil involucrarse lo menos posible a la hora de dar malas noticias a pacientes o familiares?

Nada

Un poco

Bastante

Mucho

24. ¿En qué basa emplear una técnica u otra para dar las malas noticias? Marque tantas opciones como considere oportuno e indique de 0 a 5, donde 0 significa nada prioritario y 5 muy prioritario.

Enfermedad del paciente

Edad del paciente

Etapas de la enfermedad

Tiempo

Aspectos culturales

Otros _____

25. ¿Qué emociones ha experimentado al dar una mala noticia a un paciente o familiares que no hablaban su mismo idioma? Marque todas las opciones que considere oportuno y especifique de 0 a 5, donde 0 significa nada y 5 significa mucho.

Impotencia

Frustración

Estrés

Inquietud

Ansiedad

Otros _____

26. Qué emociones ha experimentado al dar una mala noticia a un paciente o familiares que no hablaban su mismo idioma con ayuda de un intérprete? Marque todas las opciones que considere oportuno y especifique de 0 a 5, donde 0 significa nada y 5 significa mucho.

Impotencia

Frustración

Estrés

Inquietud

Ansiedad

Alivio

Tranquilidad

Confianza

Otros _____

27. En caso afirmativo, ¿le ha resultado más o menos difícil dar malas noticias a familiares o pacientes estando el intérprete presente?

28. ¿Considera que el intérprete, dado sus conocimientos lingüísticos y culturales, podría ayudar en este tipo de situaciones?

29. ¿Se toma un tiempo para prepararse cómo dará esas noticias a pacientes o familiares o prefiere decirlo cuanto antes?

30. Tras dar una mala noticia, ¿alguna vez ha considerado dejar su profesión por no sentirse capaz de sobrellevar esas situaciones?

Nunca

En alguna ocasión

Siempre que experimento una situación así

Anexo II

CUESTIONARIO DIRIGIDO A INTÉRPRETES SANITARIOS SOBRE EL IMPACTO EMOCIONAL A LA HORA DE DAR MALAS NOTICIAS

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer el impacto emocional que tiene en intérpretes sanitarios dar malas noticias a pacientes. Toda información proporcionada en él será anónima, y sus únicos fines serán de investigación para la realización del Trabajo de Fin de Máster de María Santacruz Asensio, estudiante del Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos.

1. Señale qué experimenta al dar malas noticias a pacientes o familiares en el contexto de un diagnóstico o en otros contextos. Marque tantas opciones como considere oportuno.
Impotencia
Frustración
Estrés
Inquietud
Ansiedad
Otros _____
2. Añada un valor a cada sentimiento del apartado anterior donde 0 significa nada, y 5 significa mucho.
3. ¿Alguna vez ha pedido a un compañero que dé malas noticias a algún paciente o familiares por no verse capaz de hacerlo usted?
4. ¿Alguna vez ha pasado tiempo con los pacientes o familiares después de que usted u otra persona le hayan dado malas noticias?
5. En caso afirmativo, ¿cómo se sintió? Marque tantas opciones como considere oportuno.
Impotencia
Frustración
No saber qué decir
Inquietud
Ansiedad
Otros _____
6. ¿Es capaz de controlar el impacto emocional que tiene en usted dar malas noticias a familiares o pacientes?
7. ¿Qué técnicas emplea para hacer más llevadero el momento de dar malas noticias?
8. ¿Cree que la experiencia hace más llevadero dar malas noticias a pacientes o familiares?
9. ¿Es capaz de olvidar ese momento al terminar el turno de trabajo y hacer que no le afecte en su vida personal?
Nunca
A menudo
Casi siempre
Siempre

10. En los días después a dar una mala noticia, ¿alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes síntomas? Marque todas las opciones que considere oportuno. Añada un valor a cada síntoma indicando la frecuencia con la que lo experimenta donde 0 significa nunca, y 5 significa siempre.

Pesadillas

Depresión

Insomnio

Inquietud

Agresividad

Llorar

Pérdida de apetito

Frustración Estrés

Otros _____

11. En caso afirmativo, ¿han sido unos síntomas pasajeros o han persistido durante un periodo de tiempo considerable? Añada un valor a cada síntoma indicando la frecuencia con la que lo experimenta donde 0 significa nunca, y 5 significa siempre.

Pesadillas

Depresión

Insomnio

Inquietud

Agresividad

Llorar

Pérdida de apetito

Frustración Estrés

Otros _____

12. ¿Qué técnicas emplea para aliviar esos síntomas?

13. ¿Ha recibido algún tipo de formación para realizar esta tarea? Por favor marque tantas opciones como considere oportuno y especifique al lado la duración aproximada.

Asignaturas

Cursos formativos

Seminarios

Otros _____

14. ¿Considera útil la formación recibida y siente que le ha preparado para realizar esta tarea? ¿Considera suficiente la información recibida? Marque del 0 al 5, donde 0 significa nada y 5 significa mucho.

Utilidad

Preparación

Suficiente

15. En caso negativo, ¿consideraría útil recibir algún tipo de formación que le ayudase a saber hacer frente a estas situaciones? ¿Qué tipo de formación cree que podría ser de utilidad?
-
16. ¿Considera que la existencia de un grupo de apoyo en su centro de trabajo sería de utilidad para ayudarles emocionalmente?
- Nada
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
17. ¿Consideraría útil recibir formación conjunta con personal sanitario que le ayudase a afrontar este tipo de situaciones?
- Nada
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
18. ¿Le resulta necesario hablar con compañeros de trabajo después de dar malas noticias para desahogarse?
- Nada
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
19. ¿Le resulta fácil involucrarse lo menos posible a la hora de dar malas noticias a pacientes o familiares?
- Nada
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
20. ¿Considera importante el modo que tiene el proveedor de servicios públicos de dar las malas noticias a pacientes o familiares a la hora de trasladar el mensaje?
- Nada
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
21. ¿Alguna vez ha alterado el mensaje del orador para atenuar el impacto que tendría en el paciente o familiar?
- Nunca
 - En muy pocas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Siempre
22. ¿Por qué?
-
23. ¿Qué parte del mensaje ha alterado?

- Tono
 Palabras
 Ambas
 Otros
24. ¿En qué basa emplear una técnica una otra para dar las malas noticias? Marque tantas opciones como considere oportuno e indique de 0 a 5, donde 0 significa nada prioritario y 5 muy prioritario.
 Enfermedad del paciente
 Edad del paciente
 Etapa de la enfermedad
 Tiempo
 Aspectos culturales
 Otros _____
25. ¿Le resulta fácil respetar el principio de confidencialidad cuando da malas noticias o por el contrario necesita contarle a un compañero de trabajo o persona cercana a usted para que le dé su apoyo?
 Muy fácil
 Me cuesta trabajo pero lo hago
 Me resulta imposible
 Lo hago pero se lo cuento a un compañero
26. Atendiendo al principio de confidencialidad y a la hora de desahogarse, ¿sobre qué parte del mensaje puede hablar y sobre qué parte no?
27. ¿Cree que le resultaría más fácil conocer previamente que dará malas noticias a un paciente o familiares para prepararse cómo transmitirá el mensaje?
 Es mejor hacerlo sin saberlo
 Me resulta de ayuda conocer el diagnóstico previamente
28. ¿Se toma un tiempo para prepararse cómo dará esas noticias a pacientes o familiares o prefiere decirlo cuanto antes?
29. Tras dar una mala noticia, ¿alguna vez ha considerado dejar su profesión por no sentirse capaz de sobrellevar esas situaciones?
 Nunca
 En alguna ocasión
 Siempre que experimento una situación así