Universidad de Alcalá

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN LOS INTÉPRETES MÉDICOS Y EN EL PERSONAL SANITARIO

PSYCHOLOGICAL IMPACT OF THE COMMUNICATION OF BAD NEWS ON MEDICAL INTERPRETERS AND ON THE HEALTH STAFF

Curso académico 2021/2022

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

Presentado por: Marta Pérez García

Dirigido por: Charis González

Málaga, a 10 de julio de 2022

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora, Charis González, que haya permitido que lleve a cabo esta investigación que considero tan necesaria para nuestra profesión como traductores e intérpretes de los servicios públicos, así como a Carmen Pena, que ha dirigido también este Trabajo de Fin de Máster.

Igualmente, querría dar las gracias a mi familia por ayudarme siempre y alentarme a seguir trabajando y estudiando a pesar de las dificultades. En especial quiero darles las gracias a mis padres y hermano, a Maisa y a Marta, que me han ayudado a investigar sobre la interpretación médica en los servicios públicos. Asimismo, mis amigos han sido también un gran apoyo.

Por último, siento la necesidad de dar las gracias a los profesores del máster CITISP por haberme permitido formarme y mejorar como profesional en los servicios públicos.

Además, en este trabajo hay una colaboración por parte de seis intérpretes y cinco médicos que me han permitido llevar a cabo el trabajo de campo, sin esas entrevistas no se podría haber probado la hipótesis inicial.

Índice

1. Introducción 4
2. Marco teórico 5
2.1. Importancia de informar al paciente sobre malas noticias 5
2.1.1. Recomendaciones para comunicar malas noticias 6
2.1.1.2. Objetivos al dar malas noticias 8
2.1.1.3. Etapas en la comunicación de malas noticias 9
2.2. Falta de formación para dar malas noticias 11
2.3. Necesidad de formación 13
2.4. Dificultades ante las que se enfrenta el intérprete 16
2.4.1. El papel del intérprete 18
2.4.2. Coordinación entre el personal sanitario y el intérprete médico 20
2.4.3. Desconocimiento de la labor del intérprete por parte del personal sanitario 21
2.4.4. Códigos deontológicos 23
2.4.5. Dilemas éticos 25
2.4.6. Interpretación telefónica 29
2.4.7. Interpretación realizada por familiares y conocidos legos 30
2.5. Impacto psicológico de dar malas noticias 31
2.5.1. Consecuencias del impacto psicológico de dar malas noticias 34
2.5.2. Gestión de las emociones 40
2.5.3. Tipos de emociones 41
2.5.4. Importancia de comprender las emociones 42
2.6. Posibles técnicas, herramientas y soluciones para disminuir el impacto psicológico 45
2.6.1. Técnicas sin asistencia de un profesional 46
2.6.2. Posibles soluciones con asistencia de un profesional 48
2.7. Conclusiones acerca del marco teórico 51

3. Metodología 51
4. Análisis de los resultados 53
4.1. Resumen de las respuestas obtenidas en las entrevistas 54
4.2. Análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas 65
4.2.1. Respuestas de los médicos entrevistados 66
4.2.2. Respuestas de los intérpretes entrevistados 78
4.3. Análisis de los resultados en gráficos 87
4.3.1. Porcentaje de coincidencia entre médicos e intérpretes sanitarios 87
4.3.2. Porcentaje de coincidencia entre los médicos 89
4.3.3. Porcentaje de coincidencia entre los intérpretes sanitarios entrevistados 92
5. Conclusiones 93
6. Propuestas de futuro 96
7. Resumen 96
7.1. Resumen en español 96
7.2. Resumen en inglés 97
8. Palabras clave 97
9. Bibliografía 98
10. Anexos 104
11. Translation 121

Tabla de ilustraciones

Ilustración 1: Situaciones difíciles de gestionar 87
Ilustración 2: Estrategias en la comunicación de malas noticias 88
Ilustración 3: Afectación psicológica 88
Ilustración 4: Soluciones al impacto emocional 88
Ilustración 5: Especialidades médicas 89
Ilustración 6: Frecuencia de la comunicación de malas noticias 90
Ilustración 7: Reacciones de los pacientes y familiares 90
Ilustración 8: Dificultades lingüísticas en consulta 91
Ilustración 9: Estrategia única para dar malas noticias 91
Ilustración 10: Modalidad de Interpretación en los Servicios Públicos 92
Ilustración 11: Formación de los intérpretes médicos 92

1. Introducción

La comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario es una cuestión delicada a la que el personal sanitario debe hacer frente con relativa frecuencia. Según Bascuñán, M. et al. (2007) «la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente» en medicina. Antes de profundizar en este tema resulta indispensable definir qué se entiende por «mala noticia». Según Alves de Lima, A. E. (2003) se puede definir como mala noticia «aquella que drástica y negativamente altera la perspectiva del paciente en relación con su futuro». Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de informar al paciente sobre la enfermedad que está sufriendo. Cuando se trata de una situación en la que el paciente es una persona que no habla español, el intérprete sanitario, en caso de que lo haya, asumirá también esta responsabilidad puesto que deberá transmitir el mensaje con la mayor fidelidad posible.

Transmitir estas desagradables noticias suele implicar un impacto psicológico no solo para el paciente, sino también para los profesionales sanitarios y los intérpretes. Esta afectación emocional puede tener una repercusión negativa tanto en la vida profesional como en la personal, impidiendo que la persona, ya sea intérprete o sanitario, desempeñe sus tareas con funcionalidad. La magnitud de estas consecuencias psicológicas es muy amplia, abarca desde la falta de concentración en el trabajo hasta un trastorno depresivo.

La formación para informar sobre malas noticias en un contexto médico es de gran importancia para que el profesional sanitario se encuentre preparado psicológicamente para comunicar el diagnóstico y de esta manera pueda ayudar al paciente a comprender lo que le ocurre y las opciones que tiene. Además de beneficiar al sanitario a la hora de dar la mala noticia, esta formación también puede contribuir a que le afecte menos emocionalmente. «La comunicación de malas noticias es de gran relevancia en la práctica clínica; sin embargo, a pesar de su importancia, la formación de los profesionales de salud frente a la adquisición de esta habilidad es deficiente» (Gordillo, C. G. et al., 2020).

En la mayoría de los programas de máster Interpretación en los Servicios Públicos se dedica un número limitado de créditos a familiarizarse con el contexto médico-sanitario y con las diferentes modalidades de interpretación que pueden emplearse en él (Sanz-Romero, R. 2017). Claramente esta carencia perjudica a los futuros profesionales de la interpretación médica, así como a los pacientes, que no tendrán la misma calidad en la atención sanitaria que si el intérprete hubiera sido formado mejor, y también supone un problema para el personal sanitario, que no podrá ofrecer su ayuda al paciente extranjero con la misma eficiencia. El currículum que se enseña

en interpretación sanitaria también debe incluir contenido en el que se enseñe cómo comunicar una noticia mala, al igual que cómo lidiar y hacer frente a las posibles consecuencias que puedan producirse a raíz de informar al paciente de un mal diagnóstico. «En algunos casos reciben una formación inicial corta, ofrecida por el centro sanitario o bien por los intérpretes coordinadores del servicio (…) se trata de una formación que gira en torno a los primeros auxilios, técnicas médicas, etc. –conocimientos muy útiles por otra parte– pero no incluye técnicas de interpretación» (Martin, A., 2006). Lamentablemente, no suele haber una preparación psicológica previa que ayude al intérprete a enfrentarse a las dificultades intrínsecas a su profesión.

Una de las finalidades de este Trabajo de Fin de Máster es concienciar sobre la urgente necesidad de formar a los intérpretes sanitarios en la comunicación de malas noticias y en la gestión de las emociones, formación que se extiende al personal sanitario. Este objetivo se encuentra englobado dentro del objetivo principal de este proyecto que es estudiar la situación laboral del intérprete médico y las soluciones que se pueden implementar para que los profesionales puedan lidiar con sus problemas y sus complicaciones.

2. Marco teórico

En los próximos apartados se indagará y se profundizará en los aspectos teóricos involucrados en este tema. Para remediar la falta de formación de los intérpretes y del personal sanitario al dar malas noticias es indispensable tener información sobre el asunto, ya que sin ella no se pueden implementar soluciones. Esta es la razón por la cual se desarrolla un marco teórico en el que se proporcionan evidencias del problema y de las soluciones e información extraída de experiencias de profesionales y de artículos y trabajos de campo.

Las dificultades que sufren tanto los profesionales de la salud como los intérpretes médicos surgen de la necesidad de informar al paciente sobre su situación, que en el caso que se está tratando es una mala noticia. Por ello, se comenzará el marco teórico de este Trabajo de Fin de Máster recalcando la necesidad y obligación de que el paciente sea consciente de su situación y esté informado.

2.1. Importancia de informar al paciente sobre malas noticias

«El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información» (BOE, Ley 41/2002). Esta afirmación, recogida en el Boletín Oficial del Estado, indica que el paciente tiene derecho a ser informado sobre su situación. Por consiguiente, el personal sanitario, tanto desde el punto de vista legal como ético, debe comunicarle al paciente las malas noticias.

A la hora de informar sobre la enfermedad, así como de sus alternativas de tratamiento y consecuencias, existen dos extremos que deben evitarse para así encontrar el equilibrio y obrar en beneficio del paciente. Por un lado, el paternalismo clásico, en el que se evita proporcionar información al paciente debido a su fragilidad, esto, según Parra, D. (2013), se traduce en «todo por el paciente, pero sin el paciente». Por otro lado, el encarnizamiento informativo, en este caso se informa de todo, independientemente de lo que desee saber el paciente (Barbero, J., 2006).

Por último, existe la llamada «conspiración de silencio», definida por Espinoza, N. R. et al. (2017) como «una barrera en torno a la verdad, que puede definirse como el acuerdo tanto implícito como explícito al que llega la familia, el entorno o los profesionales de la salud, de cambiar la información que se le brinda al paciente con la finalidad de ocultarle el diagnóstico, la gravedad y el pronóstico de la situación clínica por la que está atravesando». De acuerdo con la explicación de Barbero, J. (2006), hay dos razones fundamentales por las que se hace uso de la conspiración de silencio: primero, no aumentar la angustia del paciente, y, segundo, las dificultades que sufre la familia para enfrentarse a un sufrimiento que desearían negar.

Siguiendo la explicación de Silverman, J. et al. (2005), las secuelas de que una mala noticia no se entregue correctamente pueden ser devastadoras y de larga duración. Esta es la razón por la cual el personal sanitario debe estar preparado para comunicar malas noticias, al igual que los intérpretes médicos.

El personal médico, al igual que el intérprete sanitario, no debe olvidar que una de sus obligaciones y responsabilidades es proporcionarle al paciente la información necesaria para que conozca su situación y pueda tomar medidas al respecto. No obstante, no se trata de una mera transmisión de la información, ya que debe hacerse de manera delicada y siguiendo una serie de recomendaciones para que el impacto emocional en el paciente sea el mínimo posible y también para que pueda comprender lo que le está sucediendo.

En el siguiente epígrafe se proporcionarán distintos consejos para dar malas noticias de forma apropiada, de manera que los pacientes puedan estar informados y sean plenamente conscientes de su situación y las alternativas que tienen para enfrentarse a ella.

2.1.1. Recomendaciones para comunicar malas noticias

Tras haber hecho referencia a las tres opciones previas a la hora de comunicar una mala noticia se puede afirmar que ninguna de ellas propicia el bienestar del paciente. Entonces, ¿cuál es la mejor manera de informar al paciente sobre una mala noticia? Pons, X. (2006), establece una serie de reglas y recomendaciones en beneficio del paciente, enumeradas a continuación:

- Comunicar consiste en hacerse entender, por lo que el profesional de la salud debe usar un lenguaje apropiado a la persona que escucha.
- Dar indicaciones y prescripciones de manera clara, precisa y completa.
- Dejar hablar al interlocutor sin interrumpirle.
- Propiciar un ambiente para que el paciente se sienta cómodo y libre en aquello que quiera expresar.
- Demostrar interés por lo que el paciente está diciendo.
- Escuchar atentamente al paciente para comprender lo que dice.
- Mostrar empatía.
- Ser paciente.
- Evitar juicios de valor sobre el paciente.
- Ser consciente de que la manera de satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y sociales es diferente en cada persona.
- Atender tanto el contenido del mensaje como los sentimientos y necesidades de la persona.
- Preguntar siempre que se necesite conocer un dato relevante o entenderlo mejor.
- Prestar atención a los mensajes no verbales del paciente.
- Hacer uso de la comunicación no verbal, utilizándola como un recurso comunicativo.
- Tener en cuenta el ambiente físico y social en el que se encuentran.
- Usar la paráfrasis para contrastar si es exacto lo que se ha entendido, si falta información adicional o si se ha entendido de manera errónea.
- Verificar que el paciente ha comprendido lo que se ha dicho.
- Demostrar una elevada motivación hacia el trabajo.
- Mostrarse amable, además de ser capaz de adaptarse y de ser flexible en el trato con el paciente.

Si se siguen todos estos consejos a la hora de tratar con el paciente y de comunicarle una mala noticia, el profesional sanitario se asegurará de que el mensaje le llega de manera adecuada, posibilitando su comprensión y empatizando con el paciente, lo que facilitará la asimilación y la aceptación de la noticia.

Cabe destacar que, tal como indica Parra, D. (2013), la obligación del profesional de la salud no cesa con la mera transmisión de la información, sino que también debe orientar y aconsejar al paciente en lo que respecta a las alternativas de tratamiento. De esta manera, el paciente podría tomar una decisión, de manera autónoma, basada en la información y las recomendaciones médicas recibidas. Los consejos que proporciona el profesional sanitario deben ser orientativos, lo cual quiere decir, que el profesional no debe imponer su criterio, sino tan solo guiar al paciente y a los familiares.

Tras haber expuesto los dos apartados anteriores queda clara la obligatoriedad de informar sobre una mala noticia y cómo hacerlo. No obstante, no se trata de una tarea fácil que pueda desempeñarse sin haberla estudiado y asimilado en profundidad. De ahí que la formación sea un punto clave para su desempeño. Asimismo, existen una serie de objetivos, explicados en las siguientes líneas, que han de lograrse para que la comunicación de la noticia sea beneficiosa para el paciente.

2.1.1.2. Objetivos al dar malas noticias

Sweeny, K. et al. (2011) llevaron a cabo una evaluación de la entrega de malas noticias basada en la revisión de la literatura existente, y llegaron a la conclusión de que se deben cumplir seis objetivos para que esta se dé de manera adecuada:

- Entregar la información: los pacientes deben ser informados de manera clara y exacta para así poder tomar decisiones informadas y planificar el futuro (Beveridge, H. et al., 2002).
- Persuadir al paciente a la hora de adoptar las recomendaciones: en muchas ocasiones existe un curso óptimo de acción asociado a un balance favorable de beneficios versus daños. Cuando esto ocurre, los profesionales de la salud pueden desear, consciente o inconscientemente, persuadir al paciente para que tome estas acciones. Para que la información llegue claramente al paciente es necesario que los profesionales sean conscientes de sus intenciones de persuasión y que se las expliciten al paciente (Back, A. & Curtis, A., 2002). Como se ha explicado con anterioridad, el objetivo del facultativo nunca debe ser imponer su punto de vista, sino recomendar y guiar al paciente para que opte por el tratamiento o la decisión que más pueda beneficiarle.
- Minimizar el estrés del paciente: es indudable que recibir malas noticias puede ser abrumador para el paciente desde el punto de vista emocional y el estrés sufrido por el paciente puede incrementarse si la noticia no se da apropiadamente. Por ello, una de

las responsabilidades del personal sanitario es entregar la noticia de forma que el estrés padecido por el paciente sea el mínimo posible. Para lograrlo es fundamental una formación previa, tanto en habilidades comunicativas como en el trato con el paciente.

- Promover la satisfacción del paciente: esta satisfacción puede llegar a ser un indicativo de una comunicación eficiente por parte del personal sanitario. Teniendo en cuenta la exposición de Herrera, A. et al. (2014), esta satisfacción puede promoverse involucrando al paciente en la toma de decisiones, respondiendo a sus emociones e incluyéndole en la discusión acerca de su situación de salud.
- Mantener el optimismo del paciente: Clayton, J. et al. (2005) defienden que el optimismo del paciente puede tener cierto impacto en su capacidad de adaptación y recuperación. Sin embargo, el personal sanitario no debe darle al paciente una imagen equivocada de la situación, mostrando más positividad de la debida. Por consiguiente, debe haber un balance entre el optimismo y la honestidad y realismo.
- Minimizar la incomodidad del personal sanitario: tal y como explica Herrera, A. et al. (2014), con cierta frecuencia el personal sanitario siente cierto respeto e incluso miedo ante la comunicación de malas noticias. Si se consiguen reducir estos sentimientos, el personal sanitario se sentirá más cómodo al entregar las malas noticias y, como consecuencia, se le dará una mayor sensación de seguridad al paciente. Saber gestionar las emociones negativas que supone dar una mala noticia no solo beneficia al paciente, que entenderá mejor al personal de la salud, sino también en el del propio facultativo, que verá una repercusión positiva en su bienestar.

Para que estos seis objetivos puedan cumplirse la formación es imprescindible, sin ella el personal sanitario no podrá comunicar las malas noticias de forma efectiva. Esta formación debe aplicarse al profesional de la salud, pero también al intérprete médico, que, en caso de que haya un paciente extranjero, también deberá estar presente en la consulta y transmitir el mensaje y la mala noticia al paciente.

2.1.1.3. Etapas en la comunicación de malas noticias

Santacruz, A. (2019) explica en su Trabajo de Fin de Máster los seis pasos que Buckman, R. (1984) recomendó para la comunicación de malas noticias a los pacientes:

- Primera etapa: preparación. Es de gran importancia que el personal sanitario siempre muestre interés y respeto. Igualmente, se le debe proporcionar al paciente cierta privacidad en el momento de recibir la mala noticia, por lo que es recomendable que se le

lleva a él y a sus familiares a una consulta y se cierre la puerta o, en caso de que no se pueda, llevarle a un sitio apartado en el que se pueda tener una conversación con calma y privacidad.

- Segunda etapa: averiguar qué sabe el paciente. Llegados a este punto, es necesario prestar mucha atención al lenguaje corporal, que puede contradecir aquello que afirma o expresa el paciente. Este lenguaje corporal puede variar según la procedencia del paciente y sus rasgos culturales, por consiguiente, no se puede olvidar la cultura del paciente. En ocasiones, según explica Santacruz, A. (2019), resulta muy útil averiguar lo que el paciente sabe, aunque no lo diga con palabras.
- Tercera etapa: conocer qué quiere saber el paciente y qué no. Es una buena opción descubrir qué quiere saber y qué no y poder respetar así su decisión.
- Cuarta etapa: compartir información. Como se ha explicado en la etapa anterior, el facultativo debe respetar la decisión del paciente en cuanto a lo que quiere saber y lo que no; no obstante, también deben tener en cuenta que su responsabilidad es diagnosticar e informar al paciente, por lo que deben encontrar un equilibrio entre ambas obligaciones. Se recalca que se utilice el mismo vocabulario que emplea el paciente, ya que la terminología médica es complicada y puede ser difícil de comprender, sobre todo si el paciente es extranjero. A pesar de que cuente con un intérprete médico puede ser una tarea difícil para este último transmitir la información de manera comprensible para el paciente. Los profesionales deben estar preparados para cualquier tipo de reacción, ya que cada uno afronta una mala noticia inesperada de maneras diferentes.
- Quinta etapa: responder a las reacciones del paciente. La calma es un ingrediente esencial a la hora de lidiar con la reacción del paciente, pero también actuando con empatía. Mostrarle apoyo al paciente puede llegar a aliviar su malestar.
- Sexta etapa: planificación y seguimiento. El profesional de la salud es capaz de ayudar al paciente con su nueva situación. Se debe transmitir la información con realismo, pero sin quitarle la esperanza al paciente.

En relación con cómo transmitir una mala noticia, Gómez, M. (2006) hace referencia a la teoría de Gamba, A. (1988) en la que se recomienda analizar cada situación individualmente, ya que, a pesar de que los pacientes puedan sufrir la misma enfermedad, cada caso es diferente. Como consecuencia, es posible que sea necesario que el facultativo y el intérprete médico adapten estas etapas a la situación y reacción específica de cada paciente.

2.2. Falta de formación para dar malas noticias

En la introducción ya se ha hecho mención a la carencia que existe en la formación de dar malas noticias por parte del personal sanitario, al igual que de los intérpretes médicos. Por consiguiente, existe una urgente necesidad, que este Trabajo de Fin de Máster pretende recalcar, de que se desarrolle tal formación para que ambos grupos de profesionales se encuentren capacitados para comunicar las malas noticias de manera empática, pero reduciendo el impacto psicológico y emocional que puedan sufrir, fomentando así el autocuidado.

Resulta indudable que tener conocimiento a la hora de informar y de comunicar sobre la situación médica del paciente solo puede ser beneficioso para este último. «Puede disminuir el impacto emocional sobre el paciente en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y, al mismo tiempo, afianzar la relación personal de médico-paciente» (Lillo, S., 2014). Esta cita demuestra que haber aprendido a dar malas noticias es ventajoso también para el médico.

Comunicar malas noticias forma parte del día a día laboral del profesional sanitario, y, por extensión, del intérprete médico, que transmite la información dada por dicho profesional y también por el paciente. Se trata de una tarea realmente compleja, ya que consiste en dar información que es desagradable para el paciente y los familiares. Consecuentemente, llevar a cabo esta labor generalmente puede provocar un daño emocional en el paciente, aunque en otras ocasiones también supone un alivio para el mismo. Esto se debe a que los pacientes a menudo se encuentran mal y desconocen la causa de su sufrimiento; por eso, una vez que conocen la causa pueden llegar a sentir alivio.

A pesar de lo frecuente que resulta para el personal sanitario informar sobre una noticia desagradable, esta tarea sigue siendo una gran dificultad para los profesionales, lo cual se debe a una carencia de formación en habilidades comunicativas. Como afirman Arraya, M. & Lizarraga, S. (2001): «nuestras facultades de medicina-enfermería han contemplado el binomio salud-enfermedad desde una perspectiva totalmente biológica y, por lo tanto, se ha desatendido y se desatiende la formación en esta materia de habilidades de comunicación».

A lo largo de la formación académica de los profesionales de salud no se les proporcionan herramientas para enfrentarse a estas difíciles situaciones. Esta es la causa de que los profesionales de la salud se sientan inseguros a la hora de informar a los pacientes. No obstante, esta no es una carencia de los intérpretes médicos, que son expertos en comunicación. Pero sí que existe una barrera común y es la falta de preparación del personal sanitario y de los intérpretes sanitarios para

enfrentarse a las consecuencias de la comunicación de una mala noticia en el ámbito de la salud. Estas consecuencias, que suelen darse en el plano emocional, han de ser conocidas tanto por los sanitarios como por los intérpretes médicos para que puedan enfrentarse a ellas con mayor facilidad y para que sean conscientes de las implicaciones que conlleva la transmisión de malas noticias.

Gala, F. et al. (2006) también ponen de manifiesto la urgente necesidad de incluir formación acerca de la comunicación de malas noticias en el currículum de la rama sanitaria. Estos autores destacan que la falta de habilidad al dar malas noticias genera sufrimiento en el enfermo y en el personal sanitario, deteriorando la relación entre ellos. Esta falta de habilidad está causada por la carencia formativa que ha existido, y sigue existiendo, en la educación de la rama sanitaria.

Por su parte, los intérpretes médicos también carecen de formación a la hora de comunicar malas noticias. No obstante, esta carencia no se debe, como en el caso de los profesionales de la salud, a la falta de educación en habilidades comunicativas. A todos los intérpretes, incluidos los intérpretes médicos, se les forma para que estén preparados para transmitir el mensaje de los interlocutores involucrados en el proceso comunicativo. El problema, pues, se encuentra en la preparación psicológica que en muchos casos es insuficiente puesto que los intérpretes no son plenamente conscientes de las consecuencias que puede acarrear informar de una mala noticia.

A pesar de que los intérpretes médicos son hábiles en lo que respecta a la comunicación, no están formados para enfrentarse psicológicamente a la comunicación de malas noticias. Dar un mensaje desagradable al paciente puede provocar sentimientos negativos en la persona que lo comunica, en este caso tanto en el profesional sanitario como en el intérprete médico. Como ya se ha expuesto con anterioridad, una de las labores del intérprete, así como la del facultativo, consiste en informar al paciente. No obstante, la información que se le da puede tener una repercusión psicológica posterior en los profesionales, que implica que estos tengan sentimientos perjudiciales para ellos mismos. Para lidiar con los sentimientos que puedan aflorar resulta esencial saber gestionar las emociones.

La ignorancia sobre cómo manejar las emociones es común a ambos grupos de profesionales, que durante su preparación académica no han recibido unas pautas y guías para saber cómo hacer frente a la difícil tarea de comunicar una mala noticia.

Según Ruiz, A. (2010), los intérpretes médicos no solo deben tener una preparación lingüístico-cultural y comunicativa, sino que también existe la necesidad de una preparación emocional para que no le afecte personalmente la situación del paciente. Esta necesidad de preparación psicológica es igualmente fundamental para los profesionales de la salud.

Para finalizar este punto, cabe destacar que, aun teniendo una formación y preparación completas, el intérprete, así como el profesional sanitario, se enfrentara a numerosas dificultades con las que tendrá que lidiar haciendo uso de diferentes herramientas y estrategias, que deberían enseñarse a lo largo de su vida académica. Esto último no significa que su aprendizaje cese una vez que termina su período académico, sino que es el momento para iniciar dicho aprendizaje, que seguirá desarrollándose mediante la propia experiencia laboral y la de otros compañeros de profesión.

2.3. Necesidad de formación

Al haber una falta de formación clara y evidente a la hora de comunicar malas noticias a los pacientes, la solución más obvia es mejorar esa formación y profundizar en ella. Si el personal sanitario no sabe cómo comunicar las malas noticias debido a que no encuentra la manera de informar a los pacientes de su estado de salud, la consecuencia será que los intérpretes tendrán también dificultades comunicativas a la hora de transmitir la información. Sin embargo, esta no la única dificultad que surge. Los facultativos y los intérpretes deberán enfrentarse a las consecuencias derivadas de dicha comunicación, lo que quiere decir que pueden sufrir una afectación psicológica que posiblemente produzca una barrera para ejercer su labor de manera apropiada.

Es indudable que, en primer lugar, es necesario concienciar a los futuros intérpretes de que su profesión es complicada y de que puede tener consecuencias emocionales que repercutan en su vida profesional y privada. De hecho, siguiendo lo que afirma Alves de Lima, A. (2003), es una de las tareas más difíciles que tienen que realizar los profesionales de salud. Esta dificultad se extrapola pues a los intérpretes que también deben hacer esta labor. Partiendo de esta base, considero que, mediante ejemplos reales, se puede ilustrar cómo la comunicación de malas noticias puede llegar a afectar a los profesionales tanto sanitarios como de la comunicación. Según mi opinión, este sería el punto de partida para esta formación tan necesaria. Una vez que se hayan introducido las dificultades y sus posibles consecuencias sería conveniente proseguir con la práctica.

Siguiendo con la puesta en práctica, una opción muy beneficiosa es hacer juegos de rol en los que los alumnos tengan un papel asignado (paciente, personal sanitario e intérprete) e ir rotando a medida que haya finalizado cada consulta. Estos juegos de rol podrían hacerse de manera improvisada o ya planeada, en el primer caso serían los propios alumnos los que diseñarían el guion al mismo tiempo que se dan las distintas intervenciones y en el segundo caso se tendría un papel con lo que habría que decir. Ambas opciones son útiles y tienen sus ventajas; no obstante, al seguir un guion o al menos al tener la situación comunicativa enmarcada, se podrían introducir problemas

reales y terminología difícil que puede darse en una consulta. De acuerdo con la opinión de Fernández, M. (2015), los juegos de rol improvisados son «menos apropiados para la adquisición de destrezas relacionadas con la coordinación de la interacción conversacional real». Por otro lado, este autor también considera que en las intervenciones improvisadas los alumnos tienden a hacer frases más breves y «con menor densidad conceptual». Es por ello que tal y como se explicará a continuación, la presencia de un profesional en la materia puede resultar realmente provechosa para el alumnado, ya que este utilizará una terminología y jerga propia de la especialidad usada en el día a día de la profesión. En este caso se garantiza que haya naturalidad y espontaneidad debido a que el experto posee los conocimientos especializados que requiere el acto comunicativo y está acostumbrado a actuar en estas situaciones (Sanz-Romero, R., 2017).

La mejor manera de conocer de primera mano cuáles son las dificultades a las que se enfrenta el personal sanitario a la hora de tratar a pacientes extranjeros es a través de los propios facultativos. Por ello, sería realmente beneficioso para los futuros profesionales y para el personal sanitario que este último acudiera a las clases de interpretación sanitaria. El fin de esta actividad sería que el profesional de la salud compartiera su experiencia con la clase. No solo sería ventajoso que el facultativo fuera a la facultad de Traducción e Interpretación, sino también que el alumnado de interpretación visitara los hospitales y centros de salud para ver cómo se trabaja en ellos.

Sanz-Moreno, R. (2017) escribió un artículo en la *Revista Digital de Investigación en Docencia Sanitaria* en el que se analiza la inclusión del médico en el aula de interpretación sanitaria y se exponen los beneficios que tuvo. La experiencia consistió en que los estudiantes hicieran juegos de rol guiados y supervisados por el médico. Según esta autora, «la interacción con los médicos no solo contribuyó a dar mayor realismo y autenticidad al *role play*, sino que favoreció el desarrollo de destrezas temáticas, interpersonales y estratégicas por parte del alumnado».

La Interpretación en los Servicios Públicos (ISP), en este caso la sanitaria, debe tener su base en una formación sólida que esté en contacto con la realidad de la práctica de la Interpretación en los Servicios Públicos, de esta manera el alumno accederá al mercado laboral teniendo referencias reales de lo que se va a encontrar en él (Sanz-Moreno, R., 2017).

La experiencia descrita en el artículo de Sanz-Moreno, R. (2017) tiene la intención de facilitar la adquisición de destrezas interpretativas por parte del estudiantado, entendidas como "the combination of aptitudes, knowledge, behaviour and know-how necessary to carry out a given task under given conditions."/«la combinación de aptitudes, conocimientos y el saber cómo implementar una tarea específica en unas condiciones determinadas» (MedInt, 2008).

La presencia y los conocimientos del experto, que guía a los estudiantes, favorece la adquisición de destrezas comunicativas relacionadas con el desarrollo de la interacción (Fernández, M., 2011).

A continuación, se describirá el proyecto explicado por Sanz-Romero, R. (2017) en su artículo, incluyendo todos los pasos del mismo con la intención de que pueda servir de modelo y de referencia para futuros programas educativos dedicados a la Interpretación en los Servicios Públicos.

- Primera fase: Documentación previa a la interpretación

En primer lugar, se les proporcionó a los alumnos un dossier con textos para que prepararan su traducción a vista (TAV) y para que pudieran extraer términos que luego resultarían útiles para las intervenciones comunicativas. Se les recalcó la importancia de elaborar glosarios, aunque no se les proporcionaron directrices al respecto.

- Segunda fase: *role-play* con el especialista en Medicina

En los juegos de rol los alumnos participaban como pacientes o como intérpretes, de manera que el experto era el que hacía el papel de médico. Se les daban unas tarjetas con una situación vivida por los expertos con pacientes extranjeros para que fuera lo más real posible. Así, podían aprender de la propia experiencia del personal sanitario. La consulta ficticia se grababa para poder analizarla luego, profundizando en los puntos fuertes y las posibles mejoras que podría hacer el alumnado para que la comunicación fuera más eficaz y fluida.

Los compañeros que no participaban en la consulta eran espectadores que hacían un análisis crítico de la actuación de los participantes.

- Tercera fase: valoración del desempeño y de la experiencia didáctica

Una vez estaba terminada la consulta y se había analizado la actuación de los alumnos, se les pasaba un cuestionario en el que debían valorar cómo de preparados se sentían ante este tipo de interpretaciones. Asimismo, debían dar su opinión acerca de la experiencia de contar con un experto en el aula.

De esta experiencia los alumnos concluyeron que la documentación e investigación previas son fundamentales para poder ir preparados al encargo. Asimismo, se dieron cuenta de que existen grandes diferencias entre las consultas de las distintas especialidades, por lo que cada una necesita una preparación previa específica y diferente. Gracias a los juegos de rol los estudiantes debatieron diferentes puntos acerca de la implicación del intérprete y de los principios éticos, así como de los dilemas que pueden surgir.

Según Sanz-Romero, R. (2017): «el hecho de que los profesionales médicos accedieran a participar en las sesiones de forma altruista hizo que los alumnos apreciaran su dedicación, su esfuerzo y su experiencia (…) el alumno pasó a considerarlo como un compañero de trabajo con el que se podía cooperar». Como se verá más adelante, esta cooperación con el personal sanitario es indispensable para poder ayudar al paciente.

Una vez que se ha detallado y explicado esta experiencia, se podría concluir que la inclusión del facultativo en el aula de interpretación sanitaria resulta de gran utilidad para los futuros intérpretes, que podrán aprender la terminología propia de cada especialidad utilizada en el día a día del personal sanitario. No obstante, esta no sería la única ventaja de contar con la guía y orientación del personal sanitario. El futuro profesional de la interpretación también se daría cuenta de cuáles son las dificultades de su labor y de que debe estar psicológicamente preparado para enfrentarse a la comunicación de malas noticias. Desde mi punto de vista, sería un error que el intérprete médico considerara que la única dificultad intrínseca a su trabajo es la terminología y el uso del lenguaje. Además de las cuestiones lingüísticas, existen más complicaciones que pueden surgir a lo largo del encargo. Estas dificultades pueden ser de diversa naturaleza y se verán en el siguiente apartado.

2.4. Dificultades ante las que se enfrenta el intérprete

Resulta indudable que la interpretación es una tarea compleja que implica que el intérprete tenga un fuerte dominio de las lenguas de trabajo y gran capacidad de concentración y retención. No obstante, estos no son los únicos elementos implicados en que se sea un buen profesional y se logre una interpretación que permita la comunicación entre el paciente y el personal sanitario. Hay otras cuestiones a tener en cuenta a la hora lograr una buena interpretación, que aumentan aún más la dificultad de la misma.

La barrera comunicativa no es solo que se hablen distintos idiomas, sino que también hay diferencias de diversa índole: social, económica, cultural, política y religiosa. Las circunstancias que rodean al paciente y al profesional de la salud pueden causar malentendidos durante la consulta, que el intérprete deberá resolver para que no se interrumpa la comunicación ni se produzcan problemas, que podrían tener un impacto y una repercusión negativa en la salud del paciente.

Ilie, L et al. (2014) diseñaron una muy útil clasificación de las dificultades que pueden surgir durante la consulta con un paciente que no hable español:

- Barreras lingüísticas

El problema más evidente es que el paciente no habla español y es por esta causa por la que necesita la asistencia del intérprete.

- Obstáculos administrativos

Al no saber cómo funciona el sistema sanitario español resulta muy difícil realizar los trámites administrativos necesarios, como pedir una cita.

- Diferencias culturales

Puede que existan temas que en la cultura del paciente son tabú y no se debe hablar de ellos, pero para tratar al paciente de manera adecuada es necesario hablarlos y que se explique esta diferencia cultural para evitar malentendidos.

Asimismo, es posible que las malas noticias se den de maneras distintas en cada cultura, lo que puede suponer una sorpresa para el paciente. Esta es la razón por la que el intérprete debe estar informado de estas cuestiones y comunicárselas al personal sanitario, que tendría que actuar en consecuencia.

- Actuación de los profesionales de salud

Pueden darse confusiones debido a que el profesional de la salud no entiende lo que el paciente trata de decir y también porque no está acostumbrado a trabajar con un intérprete que intervenga en la consulta como una tercera parte. Por eso, es fundamental que exista una estrecha comunicación y cooperación entre los profesionales sanitarios y los intérpretes.

- Deficiente gestión de la comunicación por parte del intérprete

Se puede producir en caso de que haya errores terminológicos, por ejemplo, o una mala gestión de los turnos de palabra, en la que las otras dos partes hablen al mismo tiempo o las intervenciones sean asimétricas.

Todas estas dificultades resultan en problemas que sufre el paciente. De ahí que la figura del intérprete sea esencial para que el paciente no se encuentre en este tipo de situaciones. Este profesional de la comunicación es responsable de que el paciente pueda entender y ser entendido sin dificultad, lo cual implica también que el intérprete haga aclaraciones en aquellos momentos en los que surjan problemas culturales o en los que algo no se haya comprendido bien el mensaje.

Además de las dificultades mencionadas previamente, y, ligadas a ellas, también hay otras que merecen ser mencionadas. La principal dificultad, ya expuesta previamente, es la carencia

formativa de ambos grupos de profesionales, que les impide desempeñar su labor adecuadamente y les afecta una vez que terminan su jornada laboral. Además de este claro impedimento, existen otros. En general, el personal sanitario no está acostumbrado a trabajar con intérpretes y desconocen cuál es su papel y cómo trabajar con ellos. Por consiguiente, en muchas ocasiones se produce una falta de coordinación entre el profesional de la salud y el intérprete, lo que va en perjuicio del paciente. Asimismo, el intérprete puede desempeñar muchos papeles diferentes, que a su vez pueden combinarse. Por consiguiente, primero debe decidir qué papel va a adoptar y cómo va a trabajar y, una vez que tome esta decisión, tendrá que comunicárselo al personal sanitario y trabajar juntamente con ellos para que el acto comunicativo sea satisfactorio para todas las partes. Por último, pero no por ello menos importante, el intérprete debe en ocasiones decidir qué hacer ante una situación en la que la solución no se ve claramente, en otras palabras, hacer frente a dilemas éticos. Uno se puede preguntar cómo se puede saber cuál es la mejor opción; para conocer la respuesta a esta pregunta solo hay que acudir a los códigos deontológicos, que dictan cómo actuar y cuáles son las buenas prácticas de la interpretación.

Todas estas dificultades se tratarán en los siguientes apartados, que profundizarán y explicarán cada una de ellas en detalle. Conocer las dificultades y complicaciones de la interpretación médica es crucial porque si no se conocen las dificultades resulta imposible darles una solución que pueda beneficiar a todos, el paciente, el intérprete y el profesional sanitario.

2.4.1. El papel del intérprete

Como ya se ha mencionado en el punto anterior, el intérprete puede tener numerosos papeles y ha de decidir cuál es el más apropiado para cada situación comunicativa. No solo debe saberlo él, sino también el personal sanitario, que necesita ser consciente de cuál será la estrategia que va a utilizar el intérprete. En las siguientes líneas se verá cuáles son las opiniones más extendidas de los principales investigadores acerca de qué papel debería desempeñar el intérprete para finalizar dando una opinión propia.

El modelo que propone Angelelli, C. (2004) defiende que el intérprete es una figura inevitablemente visible que participa en el acto comunicativo. Por consiguiente, esta investigadora afirma que el papel del intérprete va más allá de la simple repetición de información, ya que también hace uso de habilidades lingüísticas, psicolingüísticas e interpersonales.

Esta no es la única visión del papel que juega el intérprete, existen otras clasificaciones de su papel, como la de *California Healthcare Interpreting Association* (CHIA, 2002) que propone cuatro roles diferentes:

- Transformador del mensaje (*Message Converter*): el intérprete, una vez que ha escuchado a los participantes y ha observado el lenguaje no verbal, transforma el significado de todos los mensajes de un idioma a otro. Para conseguirlo, gestiona los turnos de palabra y la duración de estos.
- Clarificador del mensaje (*Message Clarifier*): el intérprete presta atención a las cuestiones que pueden llevar a malentendidos y las aclara, puntualizando que es una aportación propia.
- Clarificador de temas culturales (*Cultural Clarifier*): al encontrarse con un aspecto cultural que dificulta la comunicación, el intérprete interviene como mediador cultural para aclarar el malentendido.
- Defensor del usuario (*Patient Advocate*): el intérprete se posiciona a favor del usuario y defiende sus intereses como si fuesen los suyos propios.

Ante esta gran variedad de perspectivas y modelos cabe preguntarse cuál es el que mejor funciona para que la comunicación sea efectiva en los servicios públicos y concretamente en el ámbito sanitario. Por lo tanto, tal y como explica Campos, J. G. (2004): «el trabajo del mediador, traductor e intérprete debería quedar muy definido desde un principio, ya que puede desembocar en una mala coordinación del personal sanitario, una tendencia al aislamiento dentro de los ámbitos hospitalarios, y una falta de delimitación clara de sus funciones profesionales». No solo es imprescindible que el intérprete sepa cuál es su labor y su papel, sino que también lo conozca el personal sanitario.

Para que haya fluidez en la situación comunicativa y esta sea efectiva hace falta que haya un consenso previo al encargo respecto al papel que va a jugar el intérprete a lo largo de la consulta. A pesar de que el intérprete pone todo lo que está en su mano para que se respeten los turnos de palabra y para que se aclaren los malentendidos, el profesional de la comunicación al final acaba teniendo que adaptarse a las reglas establecidas y debe ceder.

De ahí que, como se expondrá más adelante, el trabajo conjunto del intérprete y del personal sanitario puede facilitar y mejorar considerablemente la tarea de ambos, beneficiando de esta manera al paciente. Esta es la razón por la cual introducir al personal sanitario en el aula de interpretación médica puede ser muy provechoso, ya que los futuros intérpretes profesionales podrán saber a qué se enfrentan, cómo gestionarlo y qué herramientas utilizar para lograr una comunicación eficaz. Así, el intérprete será consciente de los problemas con los que tendrá que lidiar, de los cuales se hablará a continuación.

Para concluir este apartado me gustaría dar mi opinión, basada en lo aprendido durante mi recorrido académico y mi breve experiencia como intérprete. Desde mi punto de vista, el intérprete es inevitablemente un participante visible y como tal se le debe permitir hacer aclaraciones si es preciso, puesto que de esta manera se pueden evitar malentendidos e incluso el intérprete puede corregirse en caso de que haya cometido un error.

Considero que debe ser imparcial y no inclinarse hacia ninguna de las partes, como se verá en el apartado acerca de los códigos deontológicos. A pesar de que hay un desequilibrio de poder entre los participantes de la comunicación, el intérprete no debería abogar por los intereses del paciente, sino que, según mi perspectiva, debe limitarse a hacer su trabajo, que consiste en permitir la comunicación, lo que ya de por sí va en beneficio del paciente. Esta afirmación no implica que el intérprete no esté presente en los momentos que el paciente requiera de su ayuda, téngase como ejemplos los trámites administrativos (completar formularios y documentos necesarios) y las indicaciones para llegar a la consulta.

Por consiguiente, mi manera de pensar coincide con la opinión de Angelelli, C., (2004), que, como se expondrá a continuación, defiende que la comunicación se produzca esencialmente entre el personal sanitario y el paciente.

2.4.2. Coordinación entre el personal sanitario y el intérprete médico

A lo largo de este Trabajo de Fin de Máster se ha subrayado que la única manera de que haya una comunicación eficaz es mediante la coordinación entre el personal sanitario y el intérprete médico. Sin un trabajo conjunto no se puede proporcionar un servicio de calidad.

Para que la comunicación sea fluida y se pueda comprender el mensaje, el personal sanitario y el intérprete deben estar coordinados, de manera que ambas partes tengan claro cómo trabajar juntas y quién dirige la conversación.

Debe haber un trabajo conjunto por parte del profesional de la salud y del intérprete, ya que de esta manera se asegura que el paciente pueda expresarse, comprender y ser comprendido. Por ello, es necesario que el intérprete entienda cómo trabaja el profesional sanitario y cuáles son sus objetivos y viceversa. Siguiendo la línea de pensamiento de Hale, S. (2007), el intérprete debe conocer cuál es el papel que juega el lenguaje en la consulta médica, lo que implica comprender la importancia de las preguntas formuladas y de las respuestas para así poder interpretar de manera adecuada. En un primer momento, puede parecer que ciertas preguntas son rutinarias y banales; sin embargo, estas pueden ser cruciales para diagnosticar al paciente o para tomar una decisión sobre su tratamiento.

El intérprete también debe ser consciente de la dirección que tiene que llevar la conversación y el manejo de turnos, en otras palabras, no puede mantener una conversación separada con el paciente para luego retrasmitírsela y resumírsela al sanitario o viceversa (Bolden, 2000). Para que la comunicación sea fructífera, esta tiene que darse entre el médico y el paciente, lo cual es responsabilidad del intérprete, que debe lograr que las diferencias de estatus y registro no influyan ni alteren el manejo de los turnos (Angelelli, C., 2004).

Se puede concluir que el intérprete necesita tener claro su papel para así desempeñar sus funciones correctamente. No obstante, existen diversas opiniones acerca del rol que debería tener el intérprete. El tema de debate principal que existe al respecto es la implicación del intérprete en la conversación, punto que ya se ha tratado previamente.

Una vez que el intérprete haya decidido cuál es la estrategia que más se adecúa a las circunstancias propias de cada encargo y a su manera de trabajar, tiene la responsabilidad de hacérselo saber al personal sanitario para que sepan cómo trabajar conjuntamente.

Por ello, como se explicará en las posibles soluciones a este delicado problema, resultaría de gran ayuda que se hicieran cursos a los que pudiera acudir tanto el personal sanitario como los intérpretes. De esta manera podrían aprender a trabajar juntos aprendiendo aspectos teóricos, que posteriormente podrían llevar a la práctica con *role-plays*. Además de estos cursos, el personal sanitario ya profesional podría proporcionar su ayuda yendo a las clases de interpretación para que los alumnos conozcan de primera mano cómo funciona el sistema sanitario y cómo los profesionales de la salud comunican las malas noticias y lidian con sus consecuencias. Esta idea no es aplicable tan solo en las clases de interpretación, sino que también podría producirse en las clases de la rama de salud. Los sanitarios, cada vez con más frecuencia, van a encontrarse con extranjeros que no conocen el idioma y que, por ello, necesitan asistencia lingüística para entenderse. Esta es la causa por la que creo que introducir al intérprete en el aula también sería una buena solución.

Mediante el trabajo conjunto y la orientación del personal sanitario y de los intérpretes los alumnos y los profesionales podrán aprender a solucionar los problemas que les vayan surgiendo, entre los cuales se encuentran los dilemas éticos.

2.4.3. Desconocimiento de la labor del intérprete por parte del personal sanitario

El objetivo de toda consulta médica es que sea beneficiosa para el paciente y que se dé con el diagnóstico para así poder tratar la enfermedad. No obstante, para ello es necesario que haya cooperación y entendimiento de todas las partes. Este objetivo es más difícil de alcanzar cuando

la comunicación se da entre dos personas que no hablan el mismo idioma, es decir, en los casos en los que el paciente es extranjero. Por consiguiente, resulta fundamental que el personal sanitario sepa trabajar correctamente con los intérpretes, que facilitan la comunicación entre todos los participantes.

Una de las dificultades a las que se enfrentan los profesionales de la interpretación radica en que el personal sanitario en ocasiones desconoce cómo trabajar con ellos. Esto se debe a que, tal y como se ha explicado con anterioridad, no han recibido la formación necesaria para llevar la consulta con un intérprete que facilite la comunicación. A continuación, se incluirán datos recogidos en diversos Trabajos de Fin de Grado en los que se demuestra que ciertamente existe un desconocimiento de la labor del intérprete por parte de los profesionales de la salud.

En una encuesta realizada por Rodrigo, E. (2018) a pacientes extranjeras que han sido víctimas de trata, el 77,4 % de las encuestadas creen que el desconocimiento de la labor del intérprete por parte del personal sanitario es el factor que más influye a la hora de no cumplir el código profesional, seguido de la falta de formación (58,1 %) y las consultas apuradas de tiempo.

Tal y como se verá a continuación, la especialidad de Traducción e Interpretación no posee un colegio que regule la profesión. Y, de acuerdo con Campos, J. (2004), esta es una de las razones del desconocimiento y la falta de reconocimiento de la figura del mediador-intérprete. Por ello, según este autor, urge la necesidad de crear colegios profesionales con sistemas coherentes de formación, evaluación y acreditación.

Campos, J. (2004) recalca la ayuda que supondría la presencia del intérprete a la hora de solventar desencuentros e incomunicaciones derivadas del desconocimiento de las partes. Desde mi punto de vista, sin un profundo conocimiento por parte del personal sanitario acerca de cómo trabajar con intérpretes la comunicación no puede ser fructífera ni beneficiosa para el paciente extranjero. Otra de las causas por las cuales se desconoce esta profesión y su gran utilidad podría ser que gran parte de la población y de las administraciones públicas aún no conocen las funciones y servicios que cumple el intérprete (Esteve, E., 2014). En esta misma línea de pensamiento, Ruiz, A. (2010) afirma que «la formación previa que reciben las personas que van a trabajar en este tipo de contextos por parte de los organismos contratadores es, en la mayoría de las ocasiones, insuficiente».

En las conclusiones del Trabajo de Fin de Grado de Esteve, E. (2014) se enumeran los problemas fundamentales que existen relacionados con la compresión y la percepción del trabajo del intérprete, y, entre ellos, destacan el desconocimiento sobre cómo trabajar con intérpretes tanto

en el ámbito judicial como sanitario y el desconocimiento de las funciones y competencias del intérprete.

Blasco, M. (2016), en su Trabajo de Fin de Grado, tras haber realizado un cuestionario a miembros del personal sanitario del hospital Sant Francesc de Borja, concluye que existe un desconocimiento general del personal médico sobre lo que puede aportar una interpretación de calidad. Blasco, M. (2016) indica que llama la atención el hecho de que en algunos casos el personal médico denuncie la falta de interés político en proveer acceso lingüístico prestado por un servicio profesional. Esta denuncia arroja cierta esperanza sobre el reconocimiento, el prestigio y la profesionalización de la interpretación en los servicios públicos, en concreto la sanitaria.

Para finalizar este apartado, la conclusión de Blasco, M. (2016) resulta muy conveniente, ya que afirma que «el futuro de la interpretación de los servicios públicos también pasa por que el propio personal sanitario tenga una buena formación sobre cómo trabajar con intérpretes». La opinión expresada en las líneas anteriores de que es fundamental el conocimiento de la profesión por parte del personal sanitario se evidencia en esta última cita. Por consiguiente, la formación conjunta de intérpretes y personal sanitario es realmente provechosa para ambos, y en especial para el paciente, que podrá ser entendido por el profesional de la salud, y, por lo tanto, podrá ofrecerle un diagnóstico y proporcionarle un tratamiento.

2.4.4. Códigos deontológicos

En nuestra especialidad, traducción e interpretación, no hay un colegio, lo que significa que no hay un código deontológico unificado que regule las buenas prácticas ni las condiciones laborales de los trabajadores. Para algunos profesionales de este ámbito resulta evidente que lo ideal sería que existiera un colegio que unificara todos los códigos deontológicos y defendiera los derechos de los profesionales. También existe la opinión contraria, en la que se defienda la inexistencia de esta unificación. Desde mi punto de vista, que haya un colegio solo de Traducción e Interpretación solo podría conllevar ventajas y beneficios, ya que se darían las herramientas necesarias para trabajar en condiciones dignas, además de que también se defenderían los derechos de los trabajadores. A todo ello hay que sumarle que se le daría más visibilidad a nuestra labor y se profesionalizaría.

Aunque no exista un único organismo que regule las buenas prácticas, la mayoría de los códigos coinciden en que hay que seguir una serie de principios que son comunes a todos ellos. Según SOS-VICS (s.f.), los puntos en los que coinciden los códigos deontológicos de interpretación son los siguientes: confidencialidad, fidelidad e imparcialidad. En esta misma línea, Kalina,

S. (2015) afirma que: “there is agreement that general ethical principles such as discretion, professional secrecy, careful handling of documents received, and, with a view to interpreting quality, accuracy, apply to virtually all interpreting situations and settings.”/«Hay un acuerdo por el cual en prácticamente todos los ámbitos de interpretación se aplican los principios éticos tales como la discreción, confidencialidad, el cuidadoso manejo de los documentos que se reciben y proporcionar una interpretación de calidad».

No obstante, esos no son los únicos principios morales implicados en la interpretación. En las próximas líneas se van a analizar todos ellos para tener claro qué debe hacer el intérprete cuando se encuentre ante una situación compleja o ante un dilema ético en el que no tenga claro cuál es la mejor solución.

Tras haber hecho una lectura exhaustiva y comparativa de diversos códigos deontológicos: AUSIT, CHIA, AICE, *Healthcare interpretation network*, IMIA, NCIHC y NRPSI, se explican a continuación los principios morales comunes a todos ellos o al menos a la mayoría de estos:

- Confidencialidad: el intérprete está obligado a mantener la confidencialidad respecto a los detalles de los encargos que recibe. No se puede revelar información acerca de los datos personales de los pacientes ni de su situación.
- Imparcialidad: en los intercambios lingüísticos médicos pueden producirse conflictos de interés y el intérprete tiene que ser consciente de esta posibilidad. Aun si esto ocurre la responsabilidad del intérprete es transmitir el mensaje, no abogar por los intereses de una u otra parte. No obstante, hay ciertos códigos deontológicos, como el de IMIA y de NCIHC, que defienden que el intérprete asista al paciente cuando sea estrictamente necesario, dándole siempre prioridad al principio ético de la imparcialidad.
- Fidelidad: los intérpretes son responsables de transmitir el mensaje con exactitud y precisión, lo cual implica no añadir ni omitir información. Otra cuestión a tener en cuenta es que no se deben producir contrasentidos que cambien el significado del mensaje.
- Profesionalidad: cuatro de los códigos deontológicos estudiados (AUSIT, CHIA, AICE y *Healthcare interpretation network*) remarcan la importancia de comportarse de manera profesional. Esto significa respetar los estándares profesionales propios de la interpretación médica, recogidos en los códigos éticos.

Para realizar una buena interpretación es fundamental ceñirse a estos principios éticos, lo cual ayudará al intérprete a ser profesional y a desempeñar su labor de manera adecuada, ajustándose a las circunstancias y a los requisitos propios de cada encargo. Además, estos principios morales servirán de base para la actuación del intérprete y le permitirán que se guíe cuando se encuentre ante una situación difícil, como es un dilema ético.

A pesar de que el intérprete tenga claro cuáles son los principios éticos de su profesión, pueden darse situaciones en las que no sepa cómo actuar debido a que la línea entre lo correcto y más beneficioso para el paciente sea muy fina. En estas ocasiones el intérprete se estará enfrentando a un dilema ético en el que no sepa claramente cómo respetar y seguir el código deontológico. Este tema se tratará en el siguiente epígrafe.

2.4.5. Dilemas éticos

Los dilemas éticos se producen cuando el intérprete se encuentra ante una situación en la que no es fácil decidir qué hacer, ya que no se puede distinguir con claridad cuál es la mejor manera de proceder de acuerdo con los códigos éticos. En muchas ocasiones la línea entre lo que es correcto y lo que no, o lo que beneficia al paciente y lo que no, es muy fina y resulta difícil decidir qué hacer.

Desde la Interpretación en los Servicios Públicos se hace referencia a los dilemas morales con relativa frecuencia, según Raga, F. (2014) en muchas ocasiones estos son la consecuencia de normas que parecen ser contradictorias. Autores como Hale, S. (2007) apuntan que los códigos de conducta ofrecen soluciones complejas o simplemente no dan una solución explícita, lo cual genera dudas a los profesionales. Siguiendo esta línea, Martin, A. & Valero-Garcés, C. (2008) cuestionan la utilidad y aplicabilidad de los códigos deontológicos, puesto que, según la opinión de ambas investigadoras, entre la defensa del paciente y la imparcialidad hay una gran variedad de opciones que no están recogidas en los códigos éticos.

Bauxali-Olmos, L. (2014) expone que son precisamente esos dilemas morales que no quedan recogidos en los documentos los que guían la praxis de los profesionales, desarrollando así su juicio profesional, lo cual implica una continua toma de decisiones conscientes e informadas. Todo ello lleva a la autonomía moral de los profesionales, que puede incluso implicar que se obvien principios morales de los códigos deontológicos para así contribuir a un bien mayor (Hale, S., 2007). Esta autonomía es un gran logro para los profesionales de la interpretación, que, con ayuda de los códigos éticos, y siguiendo sus propios criterios, podrán tomar las decisiones oportunas teniendo en cuenta las características de cada situación.

Para resolver un dilema ético el profesional de la comunicación debe pasar por un proceso en el que debe decidir cuál de todas las opciones posibles es la mejor, la más profesional y la que más beneficia a todas las partes. De acuerdo con CHIA (2012) el proceso de toma de decisiones que se puede seguir es el siguiente:

- Hacerse preguntas para determinar si hay un problema
- Identificar y especificar el problema con claridad
- Clarificar los valores personales del intérprete en relación con el problema
- Considerar opciones alternas, sopesando los beneficios y riesgos
- Elegir la acción y llevarla a cabo
- Evaluar el resultado y reflexionar qué podría hacerse de manera diferente en el futuro

Hortal, A. (2002) recomienda seis pasos para decidir y justificar qué es bueno (no) hacer:

- Conocer las situaciones y circunstancias
- Percibir las posibilidades y distintos cursos de acción
- Disponer de una tipología que permita percibir lo que está en juego y las semejanzas y diferencias con otras acciones
- Aplicar el juicio profesional para clasificar las situaciones y los cursos de acción en las tipologías correspondientes
- Identificar a qué principios apela la situación
- Reflexionar sobre cómo se pueden plantear y resolver los conflictos entre principios, teniendo en cuenta el orden jerárquico y si este orden es estable o cambiante

Ambas propuestas, la de CHIA y la de Hortal, A. (2002), tienen la intención de guiar al profesional para que pueda reflexionar y ser autosuficiente a la hora de tomar una decisión que puede tener consecuencias cruciales no solo para el acto comunicativo en sí, sino también para la relación entre el profesional sanitario y el paciente y la salud de este último.

A continuación, se expondrán una serie de ejemplos en los que el profesional de la comunicación ha tenido dificultades para tomar una decisión acerca de la mejor manera de actuar; en otras palabras, que se ha encontrado con un dilema ético. A lo largo de las entrevistas que se han hecho tanto a médicos como a intérpretes sanitarios también se ha hablado de dilemas éticos que se han encontrado tanto los profesionales sanitarios como los intérpretes, estos dilemas se reflejarán en la transcripción de las entrevistas, disponibles en los anexos.

Los dilemas éticos que se explican en las siguientes líneas están extraídos de diferentes publicaciones y estudios de la Interpretación en los Servicios Públicos. Además de proporcionar ejemplos acerca de este ámbito, se analizará si los códigos de conducta explicados en el apartado

previo sirven de utilidad para estos casos. Las consecuencias y alternativas propuestas en los artículos para estas situaciones se analizarán en detalle. Los dilemas escogidos ocurren con relativa frecuencia, de ahí que se hayan elegido para este Trabajo de Fin de Máster porque se consideran significativos para la práctica del intérprete. Para presentarlos con cierto orden se clasificarán bajo diferentes ámbitos:

- Diferencias culturales

Cuando las creencias y las prácticas de una cultura específica se contradicen con las occidentales pueden constituir un obstáculo cultural que dificulta el acto comunicativo y el trabajo tanto del profesional sanitario como del intérprete médico. Huelga decir, tal como se indica en CHIA y ASTM, que el respeto por la diversidad cultural es una responsabilidad profesional tanto del intérprete de servicios públicos como del personal sanitario. Es por esta razón por la cual la mediación intercultural es realmente útil para que se eviten los problemas culturales a los que se va a hacer mención a continuación.

- Colisión entre normas

Este epígrafe se centra en los casos en los que hay una contradicción entre las normas o recomendaciones dentro de un mismo código ético o incluso en las reglas de la propia institución encargada de proporcionar los servicios de salud. En estos casos es necesario que el intérprete utilice el sentido común, decidiendo cuál de las normas debe primar. Para tomar tal decisión hay que tener en cuenta el contexto y las circunstancias de cada momento.

Las discrepancias entre las normas son una cuestión especialmente compleja porque entran en juego cuestiones relacionadas con el estatus de la profesión de la Interpretación en los Servicios Públicos y cómo se ve desde fuera, concretamente desde la institución proveedora de dichos servicios (Angelelli, C., 2006).

No es esta la única dificultad que deriva de la colisión entre normas. AUSIT (2012) afirma lo siguiente: “in specific institutional settings where duty of care or security rules regulate the behaviour of all participants, such as in health care or high security settings, interpreters follow the relevant policies and procedures combining them with their interpreting code of ethics.”/«Hay algunos entornos, como el sanitario o el de alta seguridad, en los que el deber de cuidado o las reglas de seguridad regulan el comportamiento de todos los participantes. En estos casos los intérpretes siguen las políticas y los procedimientos pertinentes junto con sus propios códigos éticos de interpretación».

- Confidencialidad

Un ejemplo muy claro del principio de confidencialidad es la información que el paciente comparte con el intérprete antes de la consulta y que después no le dice al facultativo. Tal y como

dice Baixauli-Olmos, L. (2014), el marco normativo de la profesión tiene un rango inferior al marco jurídico del Estado, que, en el caso de España, establece que se debe preservar la vida y es necesario que cualquier persona, sea cual sea su profesión, vele por la integridad física y por la vida de otras personas.

Por consiguiente, si el paciente le dice al intérprete que tiene intención de suicidarse, pero luego no se lo comunica al profesional de la salud, el intérprete debe informar al personal sanitario, ya que por encima del principio de confidencialidad está la vida del paciente.

Es necesario valorar la situación y considerar cuál de los dos marcos normativos es necesario seguir para proteger la vida del paciente y actuar en su beneficio.

- Presiones para ejercer funciones que no son propias del intérprete médico

A menudo, se ejerce presión sobre los intérpretes de servicios públicos, entre los cuales se encuentran los sanitarios, para que lleven a cabo tareas que no les corresponden. Siguiendo la línea de pensamiento de Baixauli-Olmos, L. (2012), existen dos tipos de presiones: las endógenas, derivadas de las dudas del mismo intérprete, y las exógenas, causadas por la demanda de uno de los participantes para que el profesional de la comunicación realice una acción que está fuera de su ámbito de actuación.

Por ello, tal como se ha dicho anteriormente, es necesario que se delimite el papel del intérprete y que se comenten los detalles del encargo para así evitar este tipo de problemas, cuyo único desenlace es poner al intérprete en un compromiso y dificultar su labor.

A pesar de que existen códigos deontológicos que trazan la manera en la que se debe actuar y establecen los principios morales que deben respetarse, no siempre se ve con claridad cuál es la mejor manera de actuar cuando el intérprete se encuentra ante un dilema moral. Por eso, es necesario que el profesional de la comunicación desarrolle cierta autonomía que le permita realizar la toma de decisiones con independencia y seguridad, siendo consciente de las ventajas e inconvenientes derivados de dicha toma de decisiones. En ocasiones, los códigos éticos no proporcionan una solución clara ante el dilema o proponen soluciones que se contradicen ante una misma situación. Por consiguiente, el intérprete debe decidir teniendo en cuenta su propio criterio y experiencia.

Los dilemas éticos, así como el resto de las dificultades mencionadas con anterioridad, pueden suponer un problema para el intérprete, lo que complica su labor, pero que también puede suponer un impacto emocional para él. Dicha afectación psicológica puede derivar en consecuencias a nivel personal y laboral que impidan que el intérprete trabaje con funcionalidad y eficiencia, lo cual perjudica al personal sanitario y al paciente. No obstante, este impacto psicológico también lo sufren los facultativos debido a que, igual que en el caso de los intérpretes, no han recibido la

formación necesaria para comunicar malas noticias. Por consiguiente, como se ha recalcado en los epígrafes previos, la preparación y el aprendizaje son fundamentales para la buena práctica de la profesión.

2.4.6. Interpretación telefónica

Como se verá en las entrevistas la interpretación telefónica es muy frecuente en las consultas médicas. De hecho, tres de los seis intérpretes entrevistados han trabajado o trabajan realizando encargos de interpretación telefónica en el ámbito de la medicina. La afirmación de que este tipo de interpretaciones se dan a menudo la respalda la cita de Fernández, M. (2010) que dice que la interpretación telefónica «es una variedad de interpretación remota cuya presencia no hace sino aumentar en los servicios públicos de numerosos países, entre ellos España».

Luque, M. (2008) investiga la razón de ser de la interpretación telefónica y llega a la conclusión de que esta permite que las relaciones entre empresas y personas de diferentes países o incluso continentes sean posibles aprovechando el tiempo. Por consiguiente, al igual que la interpretación presencial, la interpretación telefónica sirve como puente entre diversas culturas y lenguas, pero teniendo la ventaja de que no es necesaria la presencia del intérprete, lo que ahorra mucho tiempo a las partes implicadas.

A pesar de que esta modalidad de interpretación presenta numerosas ventajas, como son el ahorro de tiempo y de dinero, también tiene desventajas que dificultan la labor del intérprete. García, F. (2009) hace referencia a las siguientes características, que pueden suponer un inconveniente para la interpretación:

- Falta de visibilidad de los interlocutores, las tres partes involucradas en la comunicación no se encuentran en el mismo lugar, de ahí que haya que hacer uso del teléfono. Esto puede suponer una dificultad en la interpretación médica, que es el campo en el que se centra este trabajo, porque el intérprete no presencia las reacciones del médico ni del paciente y, por consiguiente, puede que haya cierta carencia de contexto, lo que dificulta la transmisión del mensaje.
- Divergencia del marco situacional de los interlocutores, Rosenberg, B. (2005) utiliza este término para referirse al hecho de que el intérprete puede encontrarse muy alejado del facultativo y del paciente geográfica y culturalmente hablando, lo que hace que la tarea del intérprete sea aún más compleja.
- Uso casi exclusivo de la tercera persona al interpretar, este mismo autor (Rosenberg, B., 2005) hace hincapié en que el uso de la primera persona no es común en la interpretación telefónica. Esta realidad se ve reflejada en las entrevistas, en la que los intérpretes afirman usar la tercera persona en muchos de sus encargos.

Se puede decir que la interpretación telefónica está tomando más importancia en España en el sector de los servicios públicos, lo que hace necesario que haya también una formación acerca de la misma para que los futuros profesionales de la comunicación sean capaces de hacer un encargo de interpretación telefónica. Además, cabe resaltar que, a pesar de sus ventajas, también es necesario hacer frente a ciertas dificultades que pueden surgir a lo largo de la consulta en el caso de que se trate de una interpretación médica.

Este tipo de interpretaciones, al igual que el resto de ellas, deben realizarlas expertos en interpretación debido a que la preparación previa tanto lingüística como cultural es absolutamente necesaria para que no se produzcan malentendidos ni confusiones. No obstante, esto no siempre se lleva a la práctica, ya que, como se verá en el siguiente apartado y en las entrevistas a los médicos, existen numerosos casos en los que es un familiar, amigo o conocido del paciente extranjero el que lleva a cabo la interpretación sin tener formación para ello.

2.4.7. Interpretación realizada por familiares y conocidos legos

Como se demostrará en las entrevistas y se ha mencionado en el párrafo anterior, en los servicios públicos se dan numerosos casos en los que el extranjero va acompañado de un conocido que hace las veces de intérprete. Esto, indudablemente, supone un gran problema para la comunicación, ya que es indispensable que la interpretación la realice un experto, es decir, un intérprete. Se pueden producir muchos problemas si el puente lingüístico y cultural entre las partes no es un experto.

De hecho, puede ser tan perjudicial que Ortiz, M. (2004) cuenta en su artículo que en la Conferencia Anual de la *American Translators' Association* (ATA) de 2003 la representante del NCIHC (*National Council on Interrpeting in Health Care*) pidió que no se utilizaran a familiares y amigos del paciente como intérpretes.

Esta aclaración probablemente no sería necesaria si la traducción y la interpretación estuvieran profesionalizadas y contaran con un colegio que regulara las condiciones laborales de los trabajadores. Igualmente, la profesionalización de este campo de conocimiento daría a conocer la importancia que tiene la traducción e interpretación en el mundo, ya no solo en contextos en los que la interpretación de conferencias es necesaria, como en congresos o reuniones políticas, sino también en los servicios públicos. La globalización ha llevado a que haya más extranjeros que viven en España y que necesitan acceder a los servicios sociales. Por consiguiente, la traducción e interpretación en servicios públicos es fundamental para que la comunicación sea fluida, eficaz y libre de malentendidos.

Para que todas estas características comunicativas tengan lugar en la comunicación debe haber un profesional experto en la materia. No basta con que haya una persona que conozca la lengua extranjera y el español, ya que hay muchos factores y elementos involucrados en una interpretación entre idiomas y culturas diferentes. Por consiguiente, la necesidad de profesionalizar la traducción e interpretación, en especial la social, es cada vez más urgente para poder proporcionar una asistencia adecuada a los ciudadanos extranjeros.

En los siguientes apartados se hablará de cómo puede afectarle al intérprete, al igual que al personal sanitario, la comunicación de malas noticias. Después de haber trazado un marco teórico general acerca de esta afectación psicológica y de las dificultades que hay al entregar una mala noticia, se pasará a profundizar en las consecuencias que esta puede tener y a las soluciones que podrían implementarse para reducir, e incluso evitar, este sufrimiento por parte del personal de la salud y de los intérpretes médicos.

2.5. Impacto psicológico de dar malas noticias

La labor del intérprete en la interpretación médica lleva consigo la comunicación de malas noticias. El intérprete médico debe transmitir la información que da el personal sanitario, que, en muchas ocasiones, implica un diagnóstico negativo. Por consiguiente, el intérprete debe comunicar noticias desagradables a los pacientes, lo cual puede suponer que el intérprete, tras la interpretación o incluso durante la misma, tenga sentimientos negativos debido al impacto psicológico que tiene informar a los pacientes acerca de una noticia que puede cambiar sus perspectivas de futuro. Esta afectación psicológica sufrida por los intérpretes médicos y por el personal sanitario es el tema a tratar en este Trabajo de Fin de Máster en el que se pretende estudiar la situación y proporcionar soluciones para disminuir y, si se pudiera, remediar este impacto psicológico negativo.

Según afirma Ruiz, A. (2010): «el intérprete médico puede sufrir daños emocionales al trabajar para los servicios de salud». Esta autora, Ruiz, A. (2010), explica que lo ideal para sobrellevar el encargo de interpretación sería que el intérprete gozara de estabilidad emocional, es decir, que fuera capaz de controlar sus impulsos y emociones y que no se alterara con facilidad en el trabajo.

Aun teniendo esta estabilidad emocional hay situaciones en las que el intérprete puede verse sobrepasado y afectado emocionalmente. Esto ocurre generalmente cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Si trata con pacientes con los que pueda sentirse identificado. En ocasiones, los intérpretes trabajan con personas que han sufrido problemas parecidos a los suyos y, por ello, les resulta más complicado realizar el encargo.

- Cuando trabaja con pacientes que han vivido situaciones violentas, tales como torturas o abusos.
- Si está interpretando a pacientes que están realmente alterados.
- Cuando el diagnóstico que se le da al paciente es una patología grave.
- Si el intérprete siente impotencia por no poder realizar su trabajo de forma adecuada o le resulta imposible ofrecer ayuda.
- Cuando la conversación es predominantemente negativa debido a que los pacientes se encuentran en un estado psicológico y emocional muy deteriorado.

Las situaciones descritas en las líneas previas han sido analizadas, por un lado, por Ruiz, A. (2010) y, por otro, por Valero-Garcés, C. (2006).

Tal y como explica Ruiz, A. (2010) en su artículo, que el intérprete se implique excesivamente con el paciente o con sus problemas podría ser perjudicial para el profesional de la interpretación debido a que se podría crear una unión emocional que hiciera que el intérprete quisiera ayudar al paciente por encima de sus posibilidades. El intérprete, tal y como yo lo veo, debe limitarse a transmitir el mensaje dado por el facultativo para que el paciente pueda comprender su situación médica. Esta es la manera en la que realmente ayuda al paciente extranjero. Sin embargo, si se implica demasiado puede resultar negativo para el intérprete y, por ende, para el resto de las partes (el personal sanitario y el paciente), ya que el profesional de la comunicación se estaría viendo afectado psicológicamente y no podría desempeñar su labor con funcionalidad y eficacia.

Esta excesiva implicación y afectación emocional también ocurre en el caso del personal sanitario, que se ve afectado por las circunstancias del paciente, ya que en muchas ocasiones empatiza con él, al igual que el intérprete, lo cual, como ya se ha explicado previamente, al final acaba perjudicando al paciente. Puede ser una desventaja para el paciente debido a que el personal sanitario no está plenamente centrado en diagnosticar su enfermedad y buscar un tratamiento y, por su parte, el intérprete tampoco está prestando toda su atención en transmitir el mensaje. Esta falta de atención completa a lo que está ocurriendo en la consulta se debe, con frecuencia, a que los profesionales se ven distraídos por sus emociones y pensamientos negativos, que se producen al dar la mala noticia o en el momento previo.

En el momento previo lo que los profesionales suelen sentir es cierto respeto, incluso miedo, a informar al paciente. Según Villa, B. (2007) existen numerosas razones por las cuales el facultativo teme informar sobre una mala noticia. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Miedo a causar dolor. El profesional sanitario no desea infligir dolor en el paciente, sino todo lo contrario. Lo que el personal de la salud busca es aliviar al paciente.

- Dolor empático. El facultativo se pone en el lugar del paciente y sufre por él.
- Miedo de ser culpado. Existen situaciones en las cuales el paciente o los familiares culpan al personal sanitario del estado de salud del paciente.
- Miedo legal. El profesional de la salud puede sentir miedo a ser demandado porque se le culpe de la situación del paciente.
- Miedo de decir «no sé». El personal sanitario no puede conocer las causas y tratamientos de todas las enfermedades; sin embargo, a veces se da por hecho que deben saberlo todo y por eso el profesional puede sentir cierta angustia al reconocer que no sabe algo.
- Miedo a la muerte. Generalmente, los facultativos, al igual que el resto de personas, experimentan cierto temor a la muerte. Por consiguiente, si ven alguna similitud entre ellos mismos y el paciente su temor a dar la mala noticia puede incrementarse.

Todos los miedos mencionados previamente también pueden sufrirlos los intérpretes, que no quieren perjudicar al paciente ni causarle ningún dolor. No obstante, es necesario, además de obligatorio desde el punto de vista legal, que el personal sanitario informe al paciente de su estado de salud y que intente ponerle remedio a la enfermedad que este esté sufriendo. En caso de que este paciente sea extranjero esta responsabilidad se extiende también al intérprete, que deberá transmitir la información dada por el médico.

En un primer momento, antes de comunicar la mala noticia, se puede sentir miedo porque el paciente pueda sentirse angustiado o estresado ante la noticia de la enfermedad que está sufriendo. Tras esto, una vez informado el paciente, el personal sanitario y el intérprete puede sufrir consecuencias negativas derivadas de la comunicación de la mala noticia.

Estas consecuencias forman parte del impacto psicológico sufrido por la comunicación de las malas noticias. Este concepto, el impacto psicológico o emocional, mencionado en numerosas ocasiones con anterioridad recibe la definición de «el conjunto de cambios de comportamientos, pensamientos o emociones que aparecen, o se intensifican, como consecuencia de algún tipo de situación que implica una pérdida, un daño o una amenaza intensos, importantes o prolongados» (Camarena, P., et al. 2020).

Una vez definido uno de los conceptos claves de este Trabajo de Fin de Máster, se procederá a profundizar en las consecuencias e implicaciones que este impacto puede tener para los profesionales sanitarios y para los intérpretes médicos.

2.5.1. Consecuencias del impacto psicológico de dar malas noticias

El impacto emocional que puede producirse a raíz de la comunicación de malas noticias puede manifestarse de diversas maneras. Todas ellas tienen en común que el intérprete médico y el facultativo experimentan sentimientos y pensamientos negativos. Estos pueden incluso impedirles ser funcionales, tanto en su vida privada como en la profesional. A continuación, se detallan las posibles consecuencias de este impacto. Estas consecuencias se han extraído del Trabajo de Fin de Máster de Morales, A. (2015) y también se ha hecho una revisión de la literatura existente para ampliar la información acerca de las posibles implicaciones del impacto psicológico:

- Estrés: existen numerosas definiciones para describir este tipo de afectación emocional. Cárdenas, L. & Osorio, J. (2017) afirman que todas las definiciones hacen referencia de alguna manera a la adaptación del ser humano a demandas externas, a la capacidad del organismo para hacerle frente y a un estado del organismo que se ve afectado con síntomas físicos, psicológicos, etc. A pesar de que el estrés, tal y como explica Regueiro, A. (2019), es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, este, en exceso, puede producir una sobrecarga de tensión que repercuta en el organismo y provoque la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impidan el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. Por ello, cuando el estrés es excesivo puede tener consecuencias perjudiciales en el organismo, y es una de las posibles consecuencias de la comunicación de malas noticias por parte del intérprete médico y del personal sanitario. El estrés pude ser de diversos tipos y puede estar derivar de fuentes muy diversas, a nivel individual, emocional, laboral, familiar, social (Morales, A., 2015):
    - Estrés básico: se suele producir cuando cambian las circunstancias vitales de una persona. Normalmente, disminuye después de que pasen las primeras semanas de esta nueva situación, una vez que la persona ya se ha acostumbrado a ella (Morales, A., 2015).
    - Estrés acumulativo: la definición de Sánchez, G. (2021) establece que este tipo de estrés se da en dos tipos de circunstancias diferentes. Una de las situaciones en las que puede producirse cuando el estímulo estresante se repite una y otra vez, lo cual genera estrés de manera recurrente. La otra puede tener lugar cuando varios factores que causan estrés se repiten y coexisten. El estrés acumulativo recibe este nombre debido a que corresponde a situaciones estresantes que suman entre sí y van generando un estado relativamente continuo de ira, frustración, nerviosismo o angustia.

- Estrés crónico: Pérez, F. (2019) explica este tipo de estrés como aquel se da de manera rutinaria debido a que existen una serie de demandas y presiones que se prolongan durante largos períodos de tiempo. El estrés crónico, según este psicólogo, causa estragos de larga duración sobre el cuerpo y la mente de la persona que lo sufre.
- Estrés postraumático: este se sufre tras haber pasado por una situación traumática de elevada intensidad emocional, lo cual da lugar a pequeñas alteraciones neuronales de las cuales es difícil recuperarse (Sabater, V., 2020). Se trata de una enfermedad de salud mental desencadenada, como se ha explicado previamente, por una situación aterradora que se haya vivido o experimentado (Mayo Clinic, s.f.).

El intérprete, al igual que el personal sanitario, puede experimentar estrés debido a la comunicación de malas noticias, que supone una experiencia muy desagradable, ya que ninguno de estos profesionales quiere causar angustia al paciente. El tipo de estrés que sufra depende de la circunstancia a la que tenga que enfrentarse y de la manera que tenga de gestionar sus emociones.

- Trauma psicológico: de acuerdo con Merino, M. & Pérez, J. (2012), este tipo de trauma es una emoción negativa y duradera que pone en riesgo el bienestar de la persona, desequilibrando el sistema mental del individuo y su existencia desde el punto de vista emocional. Según estos autores, el trauma surge debido a un miedo de gran intensidad o a la falta de capacidad para tener controlado un peligro real o potencial. Miranda, S. (2021) afirma que existen distintos tipos de traumas psicológicos:
  - Trauma agudo: tiene lugar a causa de un evento estresante o peligroso.
  - Trauma crónico: resulta de la exposición reiterada y prolongada a situaciones altamente estresantes.
  - Trauma complejo: se produce en las situaciones en las que la persona se expone a distintos eventos traumáticos.
  - Trauma vicario: la persona experimenta síntomas de trauma por haber estado en contacto con alguien que ha sufrido una experiencia traumática.

Como bien explica Ballesteros, K. (2018), «a causa de la empatía, es difícil para un intérprete aislarse totalmente del sufrimiento de otras personas, siendo a partir de este punto que puede iniciarse el trauma vicario». De todos los traumas expuestos previamente, lo más probable es que

el intérprete sufra el trauma vicario, ya que generalmente no es él mismo el que pasa por la situación traumática, sino que experimenta cómo la sufre el paciente, que lo detalla en la consulta.

- Ansiedad: Barnhill, J. (2020) define la ansiedad como «una respuesta normal a una amenaza o a una situación de estrés psicológico. Está relacionada con una sensación de miedo y cumple una importante función en la supervivencia». No obstante, la ansiedad comienza a considerarse un trastorno cuando ocurre en momentos inapropiados, se da con frecuencia o es de tal intensidad y duración que infiere en la actividad habitual del individuo (Barnhill, J., 2020). Los trastornos de ansiedad abarcan:
    - Trastorno de ansiedad generalizada: Barnhill, J. (2020) explica que consiste en un estado de preocupación y nerviosismo excesivos en relación con diversas actividades o acontecimientos. Las personas a las que le afecta suelen sufrirlo durante un período de seis meses o más.
    - Crisis y trastorno de angustia: Iglesias, P. (s.f.) explica que esta crisis de angustia, que también recibe el nombre de ataque de pánico, es un tipo de ansiedad. Estos ataques de pánico se presentan de manera inesperada y sin que haya una causa aparente. Estos ataques de pánico derivan en miedos irracionales, las fobias (Iglesias, P., s.f.). Como consecuencia del ataque de pánico, la persona que lo sufrió evitará experimentar las circunstancias o la situación en la que este se dio. El individuo que vive estos ataques de pánico vive con un miedo constante a que vuelva a ocurrir, lo que se conoce como «miedo al miedo» (Barnhill, J., 2020). La causa principal por la que surgen estos ataques es el estrés (Iglesias, P., s.f.), ya explicado en las líneas anteriores.
    - Fobias: Barnhill, J. (2020) define las fobias como una ansiedad persistente, irreal e intensa en relación con el miedo que provocan determinadas circunstancias, situaciones u objetos concretos. Como consecuencia de las fobias es posible que las personas afectadas eviten ciertas actividades y situaciones, lo cual altera su vida diaria.

Estos trastornos de ansiedad pueden darse en los intérpretes médicos y el personal sanitario ante la continua exposición a noticias negativas y situaciones desagradables que pueden cambiar por completo la vida del paciente. Los profesionales de la comunicación y de la salud pueden sentir temor a la hora de comunicar las malas noticias debido al miedo a la reacción del paciente y a cómo la noticia puede afectarle. Una exposición continuada a este tipo de situaciones negativas puede dar lugar a alguno de los trastornos de ansiedad explicados con anterioridad.

- Depresión: Vidal, J. (s.f.) explica que la depresión es un trastorno mental caracterizado por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza. Esto repercute en el comportamiento, dándose alteraciones en el mismo, al igual que en el grado de actividad y del pensamiento, que disminuyen.

La comunicación de malas noticias que generalmente produce angustia en el paciente por el cambio en sus perspectivas de futuro puede desencadenar en que el intérprete médico y el personal sanitario, que son los que informan al paciente, se encuentren en un estado de tristeza y malestar que les impida llevar a cabo sus tareas personales y laborales con plena funcionalidad. De acuerdo con la OMS (s.f.), la persona que sufre un trastorno depresivo experimenta una pérdida del disfrute o del interés de actividades que antes le resultaban gratificantes. Hay numerosos síntomas como consecuencia de este trastorno: la falta de concentración, los pensamientos negativos o suicidas, el sentimiento de culpa excesivo, la autoestima baja, la falta de esperanza de cara al futuro, la sensación de cansancio y de falta de energía, las alteraciones en el sueño y los cambios en el apetito o en el peso. Tras lo que se ha explicado con anterioridad sobre la depresión, se puede concluir que esta enfermedad mental no permite que el individuo lleve a cabo su vida diaria con total normalidad. Por consiguiente, en caso de que la depresión la sufra el intérprete médico o el personal sanitario impediría que la consulta se desarrollara con fluidez y que los profesionales estuvieran en las condiciones óptimas para tratar al paciente (en el caso del profesional de la salud) y de transmitirle el mensaje (en el caso del intérprete médico).

Como ya se ha mencionado, la autoestima baja puede ser uno de los síntomas de la depresión, que también puede surgir de manera aislada o junto a otros síntomas debido a la comunicación de malas noticias.

- Autoestima: siguiendo la definición de Ruiloba, E. (s.f.), la autoestima es una autovaloración, un conjunto de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre nosotros mismos que repercuten en nuestra manera de comportarnos y relacionarnos con los demás. Según esta psicóloga, Ruiloba, E. (s.f.), existen distintos tipos de autoconcepto, que no tienen por qué coincidir entre ellos, se puede tener una buena concepción de uno mismo en un área de la autoestima teniendo una mala concepción en otra:
    - Autoconcepto personal: son las creencias que uno tiene sobre sí mismo.
    - Autoconcepto social: se basa en lo que la persona cree que los demás piensan sobre ella.

- Autoconcepto familiar: son los sentimientos sobre el papel que tiene la persona en su familia.
- Autoconcepto intelectual y profesional: es la percepción que se tiene sobre las capacidades y aptitudes.

De acuerdo con Morales, A. (2015), esta autovaloración es muy importante porque de ella, dependen en gran medida la realización del potencial personal y los logros vitales. Por ello, es importante cuidar el concepto que se tiene de uno mismo y trabajar para que este sea positivo. No se trata de que sea un valoración subjetiva e irreal, sino que se tengan en cuenta los aspectos positivos y los negativos de manera objetiva, pero siempre valorando lo positivo e intentando modificar aquello que no lo es tanto. Si la persona tiene una autoestima baja eso repercute en sus sentimientos, que probablemente sean mayoritariamente negativos, lo cual también influirá en su estado de ánimo.

Los intérpretes médicos y el personal sanitario pueden ver mermada su autoestima a causa de la negatividad que viven en su día a día laboral, en el que transmiten noticias desagradables para el paciente que pueden tener un gran impacto emocional tanto para él como para ambos grupos de profesionales. Es por esta razón por la que los profesionales deben trabajar en su autoestima para que sea objetiva y lo más positiva posible, ya que así podrán realizar su trabajo con mayor profesionalidad y no se verán asaltados constantemente por pensamientos negativos.

- Síndrome de desgaste profesional: este síndrome también comúnmente conocido como burnout. Se trata de un tipo de estrés laboral caracterizado por un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene repercusiones en la autoestima. Se caracteriza por ser un proceso paulatino en el que las personas pierden interés en las tareas que deben hacer y también el sentido de la responsabilidad. Este síndrome puede derivar en profundas depresiones (García-Allen, J., 2015). Según este psicólogo, (García-Allen, J., 2015) hay diversas causas por las que puede tener lugar el síndrome de desgaste profesional:
    - Falta de control
    - Expectativas laborales poco claras
    - Dinámica de trabajo disfuncional
    - Diferencia en los valores
    - Mal ajuste de empleo
    - Extremos de la actividad
    - Falta de apoyo social

- Desequilibrio entre la vida personal, laboral y familiar

Algunas de estas razones pueden darse en el entorno laboral de las consultas médicas en las que trabajan los facultativos y los intérpretes sanitarios. Una de las que podría afectar al intérprete es la causada por las expectativas laborales poco claras, ya que, como se ha explicado con anterioridad, en muchos casos no se conoce bien el trabajo del intérprete médico, por lo que se espera de él que realice labores que no le corresponden. Esto podría dar lugar a que el profesional de la comunicación sufra el síndrome de burnout, por el cual experimentaría cierto desgaste hacia su profesión, impidiéndole que trabaje de forma adecuada.

- Desgaste por empatía: este síndrome, según Rosas, M. J. (2017), es bastante similar al síndrome de desgaste profesional. En este caso el desgaste por empatía o *compassion fatigue* puede surgir como consecuencia de tratar con personas que han pasado o están pasando por situaciones de trauma. Es frecuente que se sufra en las profesiones de la salud, especialmente lo experimentan profesionales sanitarios que están en constante contacto con pacientes que están sufriendo o han sufrido situaciones altamente estresantes.

Los profesionales de la salud, así como los intérpretes médicos, se ponen en el lugar del paciente que sufre y que acaba de recibir una mala noticia y, como consecuencia, sufren este síndrome. Su impacto en la salud de la persona que lo sufre es bastante parecido a los síntomas del síndrome de desgaste profesional. Se da un agotamiento físico, mental y emocional, que, como uno se puede imaginar, impide que el profesional desempeñe su labor con total normalidad.

Tras haber explicado las consecuencias que pueden sufrir los intérpretes médicos y los profesionales de la salud, cabe destacar que la comunicación de malas noticias es una labor que puede tener un alto impacto emocional o psicológico en el profesional que la lleva a cabo. Resulta pues necesario definir qué se entiende por este impacto. Morales, A. (2015) lo explica de la siguiente manera: «golpe anímico causado por una noticia o acontecimiento sorpresivo, desconcertante o traumático». Esta definición se ajusta a la perfección a lo que le puede ocurrir a un profesional de la salud y a un intérprete médico si comunica una mala noticia. Este impacto emocional no solo lo puede sufrir la persona que recibe la noticia, sino también aquella que la comunica, ya que está proporcionando una información que es desagradable y que puede cambiar por completo el futuro del paciente.

Mediante la información que se ha dado en este apartado se puede deducir que a menudo los intérpretes médicos, responsables de interpretar el mensaje del facultativo, y los profesionales de la salud, a cargo de dar las malas noticias, pueden sufrir graves consecuencias por el desempeño

de su trabajo. Esta es la razón por la que es fundamental que se reciba una formación para estar preparado para comunicar las malas noticias y para poder gestionar las emociones de la mejor manera posible con el objetivo de que el impacto emocional no sea demasiado elevado. Como se ha explicado anteriormente, proporcionar soluciones a este grave problema es una de las aspiraciones de este Trabajo de Fin de Máster, que pretende mostrar la situación a la que se enfrentan los profesionales y proponer remedios para disminuir el impacto emocional que estos sufren.

Una de las maneras de solventar el problema de la falta de formación emocional de los profesionales sanitarios y de los intérpretes médicos es una adecuada gestión de las emociones, que permite al profesional tener responsabilidad emocional y afectiva, lo cual podría ayudarle considerablemente a la hora de enfrentarse a las consecuencias de la comunicación de las malas noticias. Este es el motivo por el cual el siguiente apartado se centra en la gestión de las emociones.

2.5.2. Gestión de las emociones

La gestión de las emociones es esencial para que los facultativos y los intérpretes médicos sepan gestionar las emociones que sienten antes, durante y después de comunicar las malas noticias. Santacruz, A. (2019) afirma que, a pesar de su importancia, no se cuenta con formación para ello en los programas de los centros formativos, como universidades o centros de salud, teniendo como consecuencia que se deje a los profesionales con un vacío de conocimiento ante algo a lo que se van a enfrentar en su vida profesional diaria.

Gutiérrez-Trigo, J. et al. (2017) recogen en su obra la importancia de comprender las emociones, de controlarlas y de identificarlas. El ser humano experimenta sentimientos y emociones diariamente, por eso es indispensable que sepa las razones por las cuales ciertas situaciones le afligen, le alegran o le generan sorpresa por nombrar algunas de las más comunes. Los expertos Gutiérrez-Trigo, J. et al. (2017) explican en la siguiente cita que el procedimiento y las herramientas para gestionar las emociones pueden aprenderse con voluntad y formación: «lo que se aprendió puede "desaprenderse", y con cierto grado de esfuerzo aprender cosas nuevas».

Antes de comenzar a explicar la manera de gestionar las emociones resulta pertinente definir el concepto de «emoción». Según los psicólogos Gutiérrez-Trigo, J. et al. (2017) una emoción es «una respuesta "provocada" por un estímulo o situación temporalmente próxima y conocida. Puede tener connotaciones positivas o negativas».

El objetivo de la gestión de las emociones en el ámbito laboral, concretamente en el sanitario, consiste en que el profesional, aunque experimente emociones durante la consulta, sea capaz de controlar los sentimientos para poder realizar la tarea de forma centrada y prestando toda la

atención necesaria a la misma. Si no se puede ni se sabe reconocer una emoción no se puede lidiar con ella y superarla en caso de que sea negativa. La cuestión clave en este caso es cómo lograrlo. Molina, C. (2013) en su obra da una respuesta a esta difícil pregunta: «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».

Se puede deducir, pues, que se puede entrenar la mente para aprender a gestionar las emociones, igual que se aprende a hablar un idioma o a tocar un instrumento, con paciencia, práctica y constancia. No obstante, no se puede dejar en el olvido, sino que hay que ejercitarlo en cada oportunidad que se presente.

2.5.3. Tipos de emociones

Para gestionar las emociones hay que identificarlas primero, saber por qué ocurren y cómo pueden controlares. Por ello, en este apartado se explicarán los tipos de emociones más comunes para que su reconocimiento resulte más fácil para el intérprete médico y el profesional de la salud.

Bisquerra, R. et al. (2006), en su obra, clasifican las emociones distinguiéndolas en tres grupos distintos:

- Emociones negativas. Son aquellas que nos afectan desfavorablemente y son el tipo de emociones que los intérpretes médicos y el personal sanitario suelen sufrir cuando comunican una mala noticia.
    - Tristeza: Gutiérrez-Trigo, J. (2017) et al. la identifican como una «emoción respuesta a sucesos displacenteros y que denota pesadumbre o melancolía». Estos autores afirman que cuanto mayor es la tristeza mayor es la dificultad para centrarse y pensar en otras cosas. Esta emoción es claramente visible para terceras personas debido a que se puede notar en las expresiones faciales y en la actividad de la persona. Esto permite que otras personas puedan dar consuelo y apoyo a quien la sufre. Resulta complicado sobreponerse al sentimiento de tristeza de manera inmediata, pero es importante intentarlo y hacerlo porque es posible que derive en un trastorno depresivo (Santacruz, A., 2019).
    - Miedo: Bisquerra, R. et al. (2006) afirman que es una emoción que se produce ante un peligro real e inminente y se activa para proteger nuestro bienestar físico y psíquico. Según Santacruz, A. (2019) cuando una persona experimenta miedo tiende a huir de las situaciones en las que se ha vivido dicho miedo. Esto podría ser el caso de los intérpretes médicos, que pueden encontrarse

en situaciones en las que ciertos encargos han implicado la comunicación de malas noticias, produciendo posteriormente un sentimiento de frustración y de tristeza. Como consecuencia, sería posible que el intérprete sanitario tratara de evitar aquellos encargos en los que tiene por seguro que va a exponerse a situaciones parecidas a la ya vivida. Este intento de huida no resulta positivo para el intérprete ni tampoco para el personal sanitario, que también puede experimentar este miedo, ya que le impide trabajar funcionalmente y le lleva, en ocasiones, a rechazar algunos encargos. De ahí la importancia de saber enfrentarse a esta emoción y lidiar con ella.

    - Frustración: esta emoción surge cuando se produce una situación en la que la persona siente fracaso o decepción debido a no haber conseguido aquello que se había marcado como objetivo o algo que quería lograr. La frustración suele ir acompañada de otras emociones (Molina, C., 2013). En numerosas ocasiones la frustración puede ir ligada a un sentimiento de ira, una emoción altamente negativa.
    - Culpa: tiene lugar cuando la persona se culpabiliza por algo que ha sucedido en una situación en la que considera que no ha actuado de la mejor manera posible. Esta culpabilidad también puede ir ligada a otras emociones, tales como la tristeza o la frustración por no haber obrado bien, según la opinión de la persona que la sufre. Extendiendo esta emoción al caso de los intérpretes médicos y al personal sanitario, estos pueden vivir esta emoción al no haber mostrado suficiente apoyo o asistencia al paciente, por ejemplo.

- Emociones positivas. Nos afectan produciendo un estado de bienestar y de positividad.
- Emociones ambiguas. Dependiendo de la situación tendrán un impacto positivo o negativo en nuestro estado de ánimo. Esta mezcla de emociones y sentimientos también es común que la experimenten los intérpretes sanitarios y el personal de la salud, ya que pueden sentir emociones que se contradigan entre sí.

2.5.4. Importancia de comprender las emociones

Para toda persona es importante identificar qué provoca una determinada emoción para conocerse a sí misma y para saber cómo controlar las emociones negativas y potenciar las positivas. Esto no quiere decir que todas las personas sientan lo mismo cuando están enfrentándose a una misma situación en un contexto similar al de la otra persona. Cada uno es único, y, por consiguiente, reacciona de una manera concreta y específica a cada problema o situación.

Gutiérrez-Trigo, J. et al. (2017) explican que las emociones, con bastante frecuencia, afectan a la toma de decisiones en caso de que la persona se deje llevar por ellas y se abandone a ellas, actuando por impulsos. Estos autores también afirman que la consecuencia del aprendizaje de gestionar los emociones y los pensamientos es una mayor fortaleza mental. Esta afirmación no implica que la persona que sabe gestionar las emociones deje de sentirlas y sea inmune a ellas; sin embargo, sabrá controlarlas con mayor facilidad y podrá impedir que estas le impidan seguir su vida con normalidad.

Gutiérrez-Trigo, J. et a. (2017) definen dos objetivos para la identificación y la gestión de las emociones: «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 externo (calmar a uno mismo) o interno (calmar a alguien)».

Al ser la meta de este Trabajo de Fin de Máster la gestión de las emociones causadas por la comunicación de malas, el foco se pondrá en las emociones negativas que se pueden producir como consecuencia de dicha transmisión de información. Cuando afloren estas emociones negativas lo más recomendable es, en primer lugar, identificarlas, tras esto, controlarlas y, finalmente, gestionarlas con la intención de que no repercutan en la labor del profesional y este pueda hacer uso de sus habilidades. Más importante aún es que estos sentimientos negativos no tengan un impacto perjudicial en la salud mental del profesional.

Esta calma no solo es importante para la salud y la seguridad del intérprete médico y del personal sanitario, sino que se le transmitirá al paciente, lo cual puede ayudar a que encaje de mejor manera la noticia. No obstante, si el intérprete o el facultativo no están calmados no será posible proporcionar esta necesaria tranquilidad. Por diversos motivos, estos profesionales pueden no lograr sentir y transmitir esta calma (Santacruz, A., 2019):

- Empatía: al ponerse en la piel del paciente, el profesional puede sentir lástima por el paciente, lo puede derivar en un sentimiento de inquietud y desasosiego.
- Experiencia propia: si los profesionales han sufrido situaciones similares pueden verse afectados de una manera más directa y personal, impidiendo que traten la situación con cierta distancia y objetividad.
- Mal momento en su vida privada: el profesional puede estar experimentado problemas en el plano personal. Esto puede provocar distracciones y una mayor dificultad para mantener la calma.

Bisquerra, R. et al. (2006) reconocen una serie de situaciones en la que la persona puede sentirse «inundada» de sentimientos:

- Si la persona es susceptible al contagio emocional. Esto puede venir provocado por la empatía.
- Si la persona está más sensible desde el punto de vista emocional.
- Si la comunicación se establece con alguien que es realmente expresivo.
- Si se está en una situación concreta en la que una emoción específica resulta apropiada, póngase, por ejemplo, el caso de un funeral en el que es lógico sentir tristeza.

Para que la persona, en este caso el intérprete médico o el personal sanitario, puedan llegar a gestionar y a lidiar con sus emociones es necesario un gran esfuerzo y fuerza de voluntad (Gutiérrez-Trigo, J. et al., 2017). Para lograr esta gestión de las emociones es necesaria una preparación mental idónea y necesaria, que ayudará a reducir el impacto emocional. Lo ideal sería atraer a nuestra mente pensamientos positivos que potencien y fomenten el bienestar y un buen estado de ánimo. Si se diera el caso contrario, en el que el profesional tan solo tuviera pensamientos negativos, se podría sufrir ansiedad, lo cual produce irritabilidad o incluso dolencias físicas (Molina, C., 2013). Este tipo de daño físico pone de manifiesto la importancia del impacto emocional y cómo este puede llegar a afectarnos más allá de la afectación mental. Por esta razón, es necesario cuidar nuestra salud mental y ser responsables desde el punto de vista afectivo, así como saber gestionar nuestras emociones y sentimientos.

Molina, C. (2013) recoge en su obra los beneficios y las ventajas de mantener una actitud positiva:

- Potencia el optimismo y con ello la valoración que uno hace de sí mismo, en otras palabras, se fomenta la autoestima.
- Ayuda a crear un estado de paz interior que mejora la comunicación con uno mismo y con los demás.
- Activa la voluntad de la persona de resolver y superar situaciones complicadas.
- Mejora la memoria y la atención, lo cual es realmente beneficioso para el intérprete, que podrá asistir con mayor facilidad y profesionalidad al paciente.
- Disminuye la tensión arterial, este beneficio evidencia que la positividad también tiene efectos en la salud física.

Como se ha visto en las líneas anteriores, el pensamiento positivo tiene beneficios evidentes en la salud mental y física de las personas. Aun así, a veces no resulta fácil mantener esta positividad. Para ello, como se ha explicado anteriormente, es necesario tener una gran fuerza de voluntad que ayude a potenciarla y a gestionar las emociones. Por ello, es importante que se enseñen a los estudiantes técnicas para mantener la calma y la positividad, que, sin duda, redundarán en grandes beneficios psicológicos y laborales para los alumnos de interpretación médica y de la rama de la salud.

En el siguiente apartado se tratarán estas técnicas y herramientas con el fin de que sirvan de utilidad para los futuros intérpretes y facultativos, así como aquellos que ya son profesionales de la salud. Se trata de la parte más relevante de este Trabajo de Fin de Máster, ya que, después de haber analizado la situación, se va a tratar de ofrecer soluciones para disminuir el impacto y permitir que los alumnos y profesionales sean capaces de controlar y gestionar sus propias emociones.

2.6. Posibles técnicas, herramientas y soluciones para disminuir el impacto psicológico

A continuación, se llega a la parte central de este Trabajo de Fin de Máster, a la meta de este estudio: las posibilidades que existen para solucionar el grave problema que supone el impacto psicológico en intérpretes médicos y personal de la salud a consecuencia de la comunicación de malas noticias.

Existen numerosas causas, ya citadas en los apartados anteriores, para sentir desasosiego y estrés antes de comunicar la mala noticia, durante dicha comunicación y después. Por ello, resulta indispensable que estos profesionales conozcan no solo las causas, sino también las maneras de controlar y disminuir las emociones negativas producidas por esta experiencia que forma parte de su día a día laboral.

Es indudable que no se trata de un proceso rápido, sino que en muchos casos puede prolongarse en el tiempo debido a que implica esfuerzo, fuerza de voluntad y práctica. Con tratar de gestionar las emociones una sola vez no se logra nada, para que se consigan resultados este intento para gestionarlas debe ser constante, prácticamente diario o, en su defecto, cada vez que estas emociones aparezcan.

A grandes rasgos, se puede hacer una división entre los tipos de ayuda y de herramientas que puede recibir y utilizar el intérprete médico y el profesional de la salud. Por un lado, están aquellas soluciones que implican acudir a terapia y ser asistido por profesionales, y, por otro lado, se encuentran aquellas actividades que los expertos de la comunicación y de la salud pueden hacer

por ellos mismos. Esta diferenciación será la que se utilizará en este Trabajo de Fin de Máster para hablar de las técnicas, herramientas y soluciones al alcance de los profesionales en la comunicación de malas noticias.

2.6.1. Técnicas sin asistencia de un profesional

En aquellas herramientas en las que no es necesaria la ayuda de un profesional, Gutiérrez-Trigo et al. (2017) estos autores establecen cinco estrategias dependiendo de la situación en la que la persona se encuentre, algo que el individuo podrá hacer solo y de manera independiente:

- La selección de la situación: esta estrategia se basa en evitar situaciones en las que la persona sabe que va a experimentar emociones negativas. No obstante, en el caso de los facultativos y los intérpretes médicos, no se puede evitar esta situación, ya que la comunicación de malas noticias forma parte de su trabajo diario.
- La modificación de la situación: no es cuestión de alterar las emociones, sino de reducir el impacto que estas tienen. Un ejemplo sería que el médico tenga que comunicar, en oncología, que un paciente padece cáncer. Es evidente que la comunicación de esta mala noticia provocará un sentimiento de tristeza en el intérprete, al igual que en el médico, pero podrán tomar medidas para que esta emoción no les afecte en exceso. Así, podrían realizar ejercicios de meditación o de relajación tras el encargo para calmar sus sentimientos.
- Despliegue atencional: lo ideal sería que desde la infancia se enseñara a los niños a gestionar las emociones. No obstante, esta enseñanza no está extendida en España. De hecho, en la guardería y en Primaria no hay ninguna asignatura que les enseñe a tratar y a identificar sus emociones (Santacruz, A., 2019). Aun así, está empezándose a darle más importancia y visibilidad a la salud mental.
- Cambio cognitivo: esta técnica recibe el nombre de «revalorización», cuyo objetivo es reducir las emociones negativas y potenciar las positivas. Esta técnica puede extrapolarse al intérprete y al personal sanitario para que no sean demasiado críticos consigo mismos a la hora de comunicar malas noticias. Probablemente, los intérpretes médicos y el personal sanitario en su primera experiencia sientan unas emociones más intensas y se potencie más la negatividad. No obstante, poco a poco, con la experiencia los profesionales podrán lidiar mejor con las emociones y las revalorizarán mejor.
- Modulación de la respuesta: esto se utiliza cuando se quiere reprimir una emoción negativa para no mostrarla en público. Querer reprimir una emoción negativa puede deberse a diversos motivos, entre los cuales se encuentra la vergüenza por mostrar

angustia y también el evitar la preocupación de seres queridos al vernos mal. Según Santacruz, A. (2019) el deporte es una buena manera de modular las emociones, ya que tiene numerosas ventajas:

  - Mejora la capacidad del cerebro de detener las 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

- Técnica de ventilación emocional: Molina, C. (2013) explica que «ayuda a una persona a expresar los sentimientos adversos que la invaden y que tanto le cuesta airear». Mediante esta herramienta se busca liberar tensiones a través de la comunicación. Por consiguiente, el intérprete médico, así como el facultativo, podrán hablar con alguien para desahogarse tras haber dado una mala noticia. Sin embargo, aquí surge un dilema moral, ya que se puede considerar que se está rompiendo el principio de confidencialidad ya explicado en el apartado de los códigos deontológicos. Por ello, una solución podría ser, tal como se ve en los anexos, tener un grupo con el que comentar cada cierto tiempo los problemas laborales que van surgiendo.

- Relajación: esta técnica se da para generar los pensamientos positivos y eliminar los negativos. Puede ser aconsejable realizar varias veces la relajación para sentir calma y ser capaz de controlar los pensamientos negativos intrusivos que ocurren en el día a día, y sobre todo aquellos que son consecuencia de comunicar las malas noticias. El hacer estas técnicas de relajación regularmente permite crear la costumbre, lo cual fomenta la creación de una rutina que es realmente ventajosa para todas las personas, lo cual incluye al personal sanitario y al intérprete médico.

- Técnicas de respiración: están íntimamente relacionadas con la relajación, ya que su objetivo también es la calma. Bisquerra, R. et al. (2006) afirman que hay muchas emociones que pueden gestionarse a través de la respiración, como la ansiedad y la tristeza. Al reducir la tristeza también puede evitarse en cierta medida la depresión, una enfermedad mental que puede llegar a ser muy grave. También se puede reducir hasta cierto punto la irritabilidad.

- Llanto: llorar es una manera de exteriorizar la tristeza o angustia que se siente, es, por tanto, una manera de expresar lo que sentimos. Los autores Bisquerra, R. et al (2006) explican los beneficios del llanto en la siguiente cita:

> 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, conseguiremos tener una sensación de desahogo y tranquilidad (Bisquerra, R. et al, 2006).

2.6.2. Posibles soluciones con asistencia de un profesional

Las técnicas explicadas con anterioridad son realmente útiles. No obstante, hay casos y circunstancias en las que no es posible lograr la gestión y el control de las emociones por uno mismo y es necesaria la ayuda de un profesional que pueda guiarnos en el uso de estas u otras herramientas. Además, no resulta tan fácil como puede parecer el control de estas técnicas debido a que en ocasiones no se tiene tiempo o conocimiento para realizarlas, lo que puede ser frustrante para quien intenta realizarlas.

Existe una gran variedad de tipos de terapia y dependiendo de las circunstancias unas serán más adecuadas que otras. En las siguientes líneas, se expondrán las más utilizadas para que sea más fácil conocerlas para los intérpretes médicos y los profesionales sanitarios. De esta manera, podrán recurrir a ellas y hacer uso de las mismas. No obstante, es necesario tener en mente que puede darse una dependencia terapéutica que no es nada recomendable, esto quiere decir que la persona dependa de su psicólogo para la toma de decisiones o para el control de sus emociones. Lo ideal sería que esta persona recurriera a la terapia cuando lo necesitara para aprender a usar las herramientas y, tras esto, utilizarlas por sí misma. Esta opinión no debe tomarse como algo dogmático, ya que se basa simplemente en mi experiencia personal.

Gutiérrez-Trigo, J. et al. (2017) en su obra explican una técnica terapéutica en la que hay que asistir a terapia durante dieciséis sesiones. Estas sesiones se dividen en dos partes, la primera es más teórica y ayuda a que el paciente comprenda cómo gestionar e identificar las emociones, mientras que la segunda parte consiste en que se ponga en práctica lo aprendido:

- Primera parte: psicoeducación. Esta parte permite que el paciente sea consciente de que su organismo está repleto de emociones y que, por ello, es importante saber identificarlas y lidiar con ellas cuando surjan.
- Segunda parte: fomentar las habilidades de gestión de las emociones. Consiste en la utilización de técnicas para el control de las emociones. Mediante estas técnicas se pretende disminuir las emociones negativas y evitar que estas influyan en la toma de decisiones.

Mediante este tipo de terapia, la propuesta por Gutiérrez-Trigo, J. et al. (2017), se intenta valorar la situación y descubrir qué emociones provoca con el fin de saber gestionarlas de manera apropiada.

Otro tipo de terapia que puede utilizarse para la gestión de las emociones es la Terapia de Solución de Problemas (TSP) que, siguiendo la explicación de D'Zurilla, T. (2014), aspira a mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores y menores, reduciendo así los problemas de salud mental y física. Este tipo de terapia tiene dos grandes objetivos:

- Modificar la visión del mundo para tener una perspectiva más positiva de los problemas que pueden ir surgiendo.
- Implantar soluciones concretas para la resolución de dichos problemas.

Por consiguiente, no solo se pretende gestionar las emociones que pueden surgir a raíz de problemas como la comunicación de las malas noticias, sino que permiten a la persona que tome medidas para que estos problemas no le afecten en exceso. Se trata de una terapia que puede llegar a ser muy ventajosa debido a que también se centra en cómo hacer frente a los problemas que pueden ir dándose, tanto aquellos que forman parte de la vida cotidiana, como los que ocurren con menos frecuencia, pero tienen mayor gravedad.

También hay autores, como Domínguez, P. (2013), que recalcan los beneficios que puede tener la creación artística desde los inicios, es decir desde la infancia, como manera de expresar las emociones y de trabajarlas. Domínguez, P. (2013) hace un análisis de cómo las artes plásticas pueden ayudar a los niños a controlar lo que sienten de forma eficaz. Los resultados de este estudio fueron que la introducción del arte en el currículum puede ser un gran beneficio para los alumnos, ya que les ayuda a expresarse de forma creativa y les permite plasmar sus emociones a la vez que les aporta calma y tranquilidad.

Ramos, N. & Salcido, L. (2017) explican las ventajas y la aplicación del Programa de Inteligencia Emocional Plena (PINEP), cuyo objetivo es desarrollar la inteligencia emocional, es decir la identificación y la gestión de las emociones, a través de la técnica de *mindfulness.* Germer, C. (2005) explica que existen dos modelos relacionados con el *mindfulness*:

- Modelo basado en mindfulness: su pilar es la atención plena al momento presente y a aquello que se está viviendo, sin prestar atención a pensamientos intrusivos que puedan aparecer sobre otros momentos que no sean el actual. Esta atención plena la estructura la meditación formal.

- Modelo informado por mindfulness: en este caso, su práctica se hace a través de la meditación informal.

En ambos casos, con la meditación formal y la informal, el paciente puede afrontar situaciones en las que las emociones han podido desbordarle a través de la atención plena.

Hay otras técnicas que pueden ser recomendables siguiendo la línea de pensamiento de Bisquerra, R. et al., (2006). A continuación, se explican brevemente estas técnicas en las que el profesional puede liberar sus emociones y, de esta manera, tener un mayor control sobre las mismas:

- Apoyo profesional: en este caso se acude a un psicólogo debido a que la persona ya no puede gestionar las emociones que está experimentando. Generalmente, se da cuando estas son crónicas y no pueden manejarse, como puede ser una profunda tristeza que persiste en el tiempo. No solo se acude al apoyo profesional cuando hay una emoción crónica, sino también cuando la situación desborda a la persona y esta no sabe cómo enfrentarse a ella.
- Apoyo social: consiste en acudir a grupos o buscar un consejo personal, que puede venir dado por un familiar o amigo o por un grupo de apoyo, que suele estar dirigido por un profesional que guía a los asistentes sobre cómo lidiar con las emociones que sienten.

Hay ocasiones en las se sienten ciertas emociones, como la tristeza o la ansiedad, de forma crónica o muy intensa, lo cual ya requiere acudir a un especialista médico a tratar esta situación. El psiquiatra, en estos casos, valora la situación y determina el diagnóstico y la gravedad de la posible enfermedad mental. En caso de que efectivamente se trate de una enfermedad, el paciente debe recibir un tratamiento farmacológico que puede darse durante un corto período de tiempo o también puede ser más extenso.

Existe un estigma bastante extendido, pero cada vez menor, acerca de la salud mental. Por ello, en ocasiones puede resultar difícil que una persona vaya a terapia o acuda al psiquiatra por decisión propia, ya que puede llegar a avergonzarse de sí mismo o de lo que puedan decir los demás. No obstante, resulta fundamental pedir ayuda cuando uno no es capaz de lidiar con la situación por sí mismo. Esto puede ocurrir cuando se está expuesto a situaciones estresantes de forma habitual, como es el caso de los intérpretes médicos y de los profesionales sanitarios, que deben comunicar noticias desagradables con cierta frecuencia en su vida laboral.

2.7. Conclusiones acerca del marco teórico

Tras haber expuesto la teoría resulta necesario extraer una serie de conclusiones de las nociones teóricas en las que se enmarca este Trabajo de Fin de Máster para así poder proseguir con el estudio de campo en el que se han realizado entrevistas a profesionales de la salud y a intérpretes médicos. En estas entrevistas se ha podido comprobar que lo que se ha explicado previamente se da en el día a día de los profesionales.

Se parte de la base de que la comunicación de malas noticias es una tarea realmente difícil en la que es necesario tener cierta sensibilidad y saber lidiar con las distintas reacciones de los pacientes. Esta dificultad es aún mayor cuando se trata de un profesional, ya sea intérprete médico o personal sanitario, que no ha sido preparado para llevar a cabo esta función, es decir, que no ha recibido formación previa. Este es el caso de muchos de los profesionales, ya que, como se ha explicado anteriormente, la formación psicológica no se da en la preparación académica de estos profesionales. Por consiguiente, se ven obligados a ir aprendiendo con la experiencia y de sus compañeros.

Este Trabajo de Fin de Máster pretende, entre otras cosas, que se prepara psicológicamente a los estudiantes de ambas ramas, la comunicación y la salud, porque solo así podrán saber a qué se enfrentarán en el futuro y cómo lidiar con ello.

A pesar de estar perfectamente preparados, la comunicación de malas noticias sigue siendo una tarea difícil desde el punto de vista emocional. Es por ello que a veces puede que los profesionales se sientan desbordados por las emociones, lo cual puede llevar a graves enfermedades mentales. Por esta razón también se les debería enseñar técnicas con las que puedan controlar y gestionar las emociones que les estén haciendo sufrir. Así, los profesionales serán capaces de aprender a controlarlas por sí mismos. Sin embargo, hay casos en los que la gestión de las emociones no puede darse sin ayuda de un profesional, lo cual implica que, en casos más graves o en los que las emociones sean más intensas, puede ser necesario pedir ayuda. Esta ayuda permite que haya un guía externo que ayude al intérprete sanitario y al personal de la salud a saber comunicar las malas noticias sin que estas supongan un impedimento para llevar a cabo su vida laboral y personal con funcionalidad.

3. Metodología

Este Trabajo de Fin de Máster tiene la intención de analizar el impacto emocional que supone para los facultativos y para los intérpretes sanitarios tener que comunicar malas noticias en su día a día laboral. No obstante, el análisis de la situación tan solo es el punto de partida, ya que el verdadero

objetivo es proporcionar soluciones que permitan que estos profesionales puedan aliviar el sufrimiento que pueden llegar a sentir como consecuencia de esta labor. Para lograr estas metas es necesario hacer un estudio inicial de la situación, que es lo que se ha realizado en el marco teórico, para después hacer un análisis de los resultados que, en este caso, se ha hecho a través de entrevistas a profesionales de la interpretación y de la salud.

El marco teórico se ha redactado tras una profunda investigación sobre los temas tratados, para ello me he leído diferentes artículos, Trabajos de Fin de Grado y de Máster e investigaciones. A través de ellos, se han podido extraer datos realmente útiles para la descripción de la situación actual referente a las malas noticias en medicina y al impacto psicológico que estas pueden tener en los profesionales que lidian con ellas.

Simultáneamente a la investigación teórica se hicieron once entrevistas en las que se les hicieron una serie de preguntas pertinentes a los entrevistados, seis intérpretes médicos y cinco profesionales de la salud. Todas las preguntas se centraban en la comunicación de las malas noticias, en las estrategias que siguen para comunicarlas y en las soluciones que ponen para lidiar con ellas.

En un inicio se partió de la hipótesis de que a los profesionales de la comunicación y de la salud no se les forma para que estén preparados para la comunicación de las malas noticias. Relacionado con este planteamiento hipotético se intuye que las dificultades de los profesionales de la salud son comunicativas y psicológicas, mientras que los intérpretes médicos solo sufren estas últimas debido a que su especialidad es precisamente la comunicación. Mediante las entrevistas realizadas se pretendía probar esta hipótesis o refutarla, dependiendo de cuáles fueran las respuestas de estos profesionales. En el siguiente apartado se analizarán dichas respuestas para así poder corroborar la hipótesis o establecer que esta es errónea.

Los resultados que se obtengan se relacionarán también con los artículos y trabajos del marco teórico, al igual que con otros que leeré para poder ligarlos a las respuestas dadas por los profesionales. Gracias a las respuestas de los intérpretes médicos y de los profesionales de la salud se ha podido completar el trabajo de campo y reflejar la experiencia y la situación real que experimentan los expertos de la salud y de la comunicación.

Además, las entrevistas de este Trabajo de Fin de Máster se hicieron desde un punto de vista cualitativo, no cuantitativo, ya que se consideró que para el tipo de estudio de este Trabajo de Fin de Máster este método es el más apropiado, puesto que lo más importante es la propia experiencia de los profesionales. Dicha experiencia probará si la hipótesis planteada en un primer momento es correcta.

A continuación, en el análisis de los resultados, se incluirán las preguntas que se les hicieron a los profesionales y se analizarán sus respuestas, que estarán transcritas en los anexos.

4. Análisis de los resultados

Como se ha mencionado con anterioridad, las entrevistas se hicieron al mismo tiempo que se realizaba la investigación y documentación teóricas. Esto se debe a que a medida que iba leyendo sobre el tema iba pensando cuáles eran las preguntas más apropiadas para este estudio y el mejor enfoque para llevar a cabo las entrevistas. Se hicieron cinco entrevistas a tres médicos de familia, un pediatra jubilado y una médico internista que en su día a día deben comunicar malas noticias y otras cinco entrevistas a intérpretes médicos que en algún momento han lidiado con situaciones difíciles. En las siguientes líneas se enumeran las preguntas que se les hicieron a los profesionales:

- Preguntas a los médicos:
  - ¿Cuál es su puesto?
  - ¿Debe comunicar malas noticias a menudo?
  - ¿Cómo reaccionan los pacientes al recibir malas noticias?
  - ¿Ha vivido alguna situación complicada al comunicar malas noticias?
  - ¿Ha experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicarse?
  - ¿Cómo le ha afectado dar malas noticias?
  - ¿Qué estrategia sigue para dar malas noticias?
- Preguntas a los intérpretes médicos:
  - ¿Cuál es su experiencia como intérprete sanitario?
  - ¿Ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?
  - ¿Se ha encontrado con alguna situación difícil de gestionar?
  - ¿Cuál es su estrategia para comunicar las noticias a los pacientes?
  - ¿Alguna vez le ha afectado psicológicamente dicha comunicación de malas noticias?
  - ¿Qué hace para lidiar con cómo se siente al dar malas noticias?

Todas estas preguntas están dirigidas a analizar si ciertamente la comunicación de malas noticias afecta psicológicamente a los profesionales que las dan y si están formados para realizar dicha tarea y para afrontar las consecuencias que puedan surgir. Asimismo, se quiere saber si siguen algún tipo de estrategia para comunicar estas noticias desagradables y también para saber qué hacen

para reducir las emociones desagradables que sienten a consecuencia de esta comunicación de malas noticias.

4.1. Resumen de las respuestas obtenidas en las entrevistas

En primer lugar, se analizarán las respuestas dadas por los médicos para poder profundizar en su experiencia y contrastarla con la de los intérpretes médicos. A pesar de que ambos grupos de profesionales deben comunicar noticias desagradables en su día a día, es posible que lo vivan de maneras diferentes. Esto puede deberse, entre otras cuestiones, a la formación específica que cada grupo de expertos ha recibido. Como se ha explicado con anterioridad, los intérpretes médicos son expertos en la comunicación, mientras que los facultativos lo son en la salud. Por ello, puede que las dificultades que se encuentren al realizar el trabajo de dar malas noticias no coincidan.

Las respuestas, tanto de los médicos como de los intérpretes sanitarios, se estudiarán una a una, relacionando las vivencias de estos profesionales con las nociones expuestas en el marco teórico. Así se podrá demostrar que dicho marco no es solo teoría, sino que también se basa en la realidad.

- Primera pregunta: ¿cuál es su puesto?

Se ha entrevistado a un total de seis médicos, uno de ellos es un pediatra jubilado, otra es una médico internista en un hospital y, por último, tres médicos de familia. Una de estas últimas trabaja en un centro de salud rural. Esta puntualización resulta relevante porque, según ella misma explicó, el perfil de los pacientes no es el mismo que en un centro de salud de ciudad.

- Segunda pregunta: ¿debe comunicar malas noticias a menudo?

A esta pregunta todos los médicos respondieron que esta es una actividad que se da con frecuencia en su vida laboral.

En primer lugar, el pediatra explicó que muchas de las noticias que se le daban a la familia de los niños eran agradables. No obstante, también tenía que comunicar noticias que eran desagradables, especialmente cuando el paciente sufre una malformación congénita o en el parto. Otro caso realmente difícil de comunicar es cuando al bebé le ha faltado oxígeno al nacer.

Este médico explicó que, en muchas ocasiones, principalmente en aquellas que se sospecha una enfermedad grave, es necesario informar al paciente previamente para que esté preparado para las posibles dificultades que pueden surgir. Sin embargo, también dijo que en otros momentos dicha

preparación previa no es necesaria y tan solo se informa una vez que se ha determinado el diagnóstico. Por lo tanto, todo depende de las circunstancias que rodeen al paciente y a la posible enfermedad.

En segundo lugar, una de las médicos de familia explicó que no solo tenía que dar ella malas noticias con frecuencia, sino que también a veces las recibía de los pacientes, es decir que las malas noticias no se comunicaban tan solo en una dirección, sino que con relativa asiduidad a ella también la informaban de malas noticias.

En tercer lugar, otra médico de familia explicó que con frecuencia tiene que dar malas noticias en su trabajo. Esto mismo afirmó la médico internista del hospital. Por último, otra de las médicos de familia afirmó que a veces tiene que dar malas noticias en su trabajo.

- Tercera pregunta: ¿cómo reaccionan los pacientes al recibir una mala noticia?

El pediatra respondió que generalmente los familiares del niño sentían agradecimiento por cómo había actuado el médico. No obstante, esto claramente depende de cómo les haya tratado el médico y de cómo se hayan llevado las consultas. Pero, generalmente estaban agradecidos porque poco a poco se habían hecho a la idea de la mala noticia y la habían ido asimilando, ya que se les tenía siempre al tanto de todo el proceso médico.

Una de las médicos de familia afirmó que depende de cómo sea la personalidad del paciente, de si se lo espera o no y también de su edad. Puso el ejemplo de que no es lo mismo informar a un paciente joven de que tiene un cáncer a decírselo a un anciano. Según ella, se hace especialmente duro cuando la noticia es inesperada, como es el caso de las consultas en urgencias.

La médico de familia del centro de salud rural explicó que, según su experiencia, el paciente suele reaccionar mejor que la familia porque el paciente siente que está enfermo y lo asume, ya que la incertidumbre es siempre peor. Es por esto que la familia lo acepta peor, mientras que el paciente se siente más sereno.

La internista del hospital explicó que depende mucho de la coyuntura social del paciente, entre los factores determinantes están la educación y el país de procedencia.

Finalmente, una de las médicos de familia aclaró que al trabajar en atención primaria ella informa de la sospecha de la enfermedad y, tras esto, deriva a un especialista. En otras palabras, ella da una posible mala noticia, por ello, según cuenta, el paciente no se hace a la idea de la magnitud del problema o de la enfermedad.

- Cuarta pregunta: ¿ha vivido alguna situación complicada al dar malas noticias?

Todos los médicos respondieron afirmativamente y respaldaron sus respuestas con momentos en los que se han tenido que enfrentar a esa dificultad.

El pediatra contestó que generalmente este tipo de situaciones las vivía en el hospital, con niños encamados, casos en los que los familiares culpabilizaban al médico de no haber bien su trabajo y de la enfermedad de su hijo.

Una de las médicos de familia contó que un verano tuvo una cita telefónica con un paciente que no era suyo y que había dado positivo en la prueba de VIH, le pidió de nuevo la prueba para asegurarse de que no era un falso positivo. Una vez que comprobó que no lo era le citó presencialmente para comunicárselo. La médico explicó que había sido especialmente difícil porque el paciente no era suyo y no le conocía. Otro ejemplo que dio de una situación complicada corresponde al momento en el que estaba trabajando de residente. Uno de sus pacientes tuvo un fallo cardíaco en el hospital y falleció. Explicó que fue complicado decírselo a los familiares porque les echaban la culpa a los médicos y les amenazaron. Así que tuvieron que llamar al personal de seguridad.

Otra de las médicos de familia explicó que en muchas ocasiones se hace difícil comunicarle la mala noticia a la familia, ya que la familia quiere al paciente y va a sufrir por la enfermedad de esa persona. También contó que una de las situaciones más difíciles que tuvo fue con una señora mayor que tenía muchas ganas de vivir y siempre le cantaba canciones de Rocío Jurado. Esta paciente sufrió un fallo cardíaco y ya no había más que hacer.

La médico internista explicó que las situaciones más difíciles que había vivido se daban principalmente con pacientes con una mala experiencia con la sanidad, personas a las que se le había tenido que retrasar una prueba o diagnóstico, por ejemplo. En estos casos explicó que no es tanto el paciente el que reacciona mal, sino la familia, que le echa la culpa al médico.

Por último, una de las médicos de familia explicó que tenía que comunicarle a una señora mayor que no le daba importancia a su situación que tenía cáncer. Esto fue especialmente complicado porque tuvo que hacerle ver la gravedad de la situación.

- Quinta pregunta: ¿ha experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicar malas noticias?

En lo que respecta a esta pregunta, hay una menor unanimidad en las respuestas de los médicos que en las preguntas anteriores.

El pediatra contestó que no había tenido dificultades en cuanto al idioma, ya que siempre se había entendido con los pacientes, ya que no era frecuente que acudieran pacientes extranjeros y los que lo hacían eran ingleses o franceses y se entendía con ellos.

Por el contrario, una de las médicos de familia respondió que se había encontrado con esta dificultad muchas veces. En una ocasión, un paciente chino que no hablaba español acudió a su consulta. La médico llamó al servicio de teletraducción que acababan de implantar y le preguntaron si era chino mandarín o cantonés y como ella no lo sabía le pidió al paciente que volviera otra vez con alguien que hablara inglés o español. Otro ejemplo que dio esta médico es que una vez estaba explorando a una chica china que tenía dolor de barriga y ella pensaba que tenía gastroenteritis, pero después supo, gracias al novio, que estaba embarazada. El último caso que explicó fue el de una chica ucraniana que no hablaba inglés ni español y acababa de llegar de la guerra. Fue con el hijo que hablaba inglés y también con la hija, que no hablaba inglés, pero sabía las medicinas que la madre tomaba. Finalmente, la médico consiguió entenderse con el hijo. Por último, dijo que también tiene muchos pacientes escoceses e ingleses y que con ellos sí puede comunicarse.

Otra médico de familia afirmó que también tiene dificultades para comunicarse con los pacientes extranjeros, ya que hay muchos que son finlandeses, noruegos y alemanes. Los nórdicos suelen llevar intérpretes contratados. La opinión de esta médico sobre los intérpretes es positiva, ya que dijo que son personas profesionales que son capaces de dirigir la conversación. No obstante, en algunas ocasiones, sus pacientes no acuden con intérprete. En una de estas ocasiones pasó consulta con una pareja, marido y mujer, y el marido no hablaba español. La mujer respondía por él atacándole constantemente porque estaba enfadada con él. Esta médico comentó que el sistema de teletraducción funciona muy bien y que ayuda mucho en momentos de urgencia y emergencia.

La médico internista coincide con esta última médico de familia en que las mayores dificultades comunicativas las tiene con los alemanes que no hablan inglés. Así que les pide que vengan acompañados de alguien que hable español. Puntualizó que antes de la Covid era fácil comunicarse con los pacientes extranjeros porque había intérpretes, pero ahora con la pandemia no hay intérpretes.

Otra de las médicos de familia explicó que se encuentra con estas dificultades lingüísticas a menudo porque en su población hay mucha población extranjera, peor también afirmó que con algunos pacientes se hace entender. Una vez le ocurrió que un paciente chino acudió a la consulta y tenía cáncer de pulmón y no podían entenderse, así que la médico le pidió que fuera con un acompañante. También dijo que tiene algunas pacientes marroquíes que van con un intérprete que las

acompaña. Explicó que se pierde mucha información por la barrera idiomática, lo cual tiene como consecuencia que se pidan más pruebas porque no se está entendiendo lo que le pasa al paciente.

- Sexta pregunta: ¿cómo le afecta dar estas malas noticias?

Respecto a esta pregunta quizás la respuesta que más dista de las demás es la que proporciona el pediatra.

Este último afirmó que su experiencia al dar malas noticas era en general positiva debido a que le hacía ser más solidario y sensible y se ponía en el lugar de los demás. No obstante, reconoció que en ocasiones era desagradable, pero que uno se acostumbraba a ello y que los padres, a medida que pasaban las consultas, iban aceptado más la enfermedad de su hijo.

Una de las médicos de familia respondió que evidentemente le afectaba la comunicación de malas noticas, sobre todo con aquellos pacientes a los que conoce y tiene una relación más estrecha. Respondió también que muchas veces se acuerda cuando no está en la consulta y le da pena.

Otra de las médicos de familia explicó que le cuesta muchísimo dar malas noticias, pero que ella reza para que le resulte menos desagradable y para tener las fuerzas para dar la mala noticia de la manera más suave posible y con una sonrisa en la cara.

La médico internista explicó que la afectación depende en gran parte de las circunstancias, es decir de si el paciente es joven o no, entre otros factores. Si es joven el sufrimiento es mayor tanto para la familia como para el propio médico. Otra cuestión a tener en cuenta es el grado de conocimiento del paciente, ya que esta médico internista dijo que cuanto más lo conoces y más joven es más afecta. Aun así, puntualizó que siempre afecta el dar malas noticias.

Otra de las médicos de familia contó que con el tiempo una aprende a poner distancia y a mantener la compostura para así poder darle apoyo emocional al paciente. Sin embargo, dijo que alguna vez ha llorado cuando los pacientes le han contado algo desagradable y eso es lo que más le afecta porque cuando ella tiene que dar la noticia lo hace dando la información necesaria para no abrumar al paciente, informándole de manera objetiva. No obstante, cuando la mala noticia la cuenta el paciente le afecta más y se lo lleva más a casa que si hubiera comunicado ella la mala noticia porque empatiza con el paciente.

- Séptima pregunta: ¿qué estrategia sigue para dar malas noticias?

El pediatra dijo que la estrategia que él seguía era la misma siempre, dar la noticia con tranquilidad, sin alarmar nunca al paciente ni a su familia porque la evolución puede ser negativa o positiva, pero hay que estar preparado para lo mejor y lo peor.

Una de las médicos de familia explicó que depende de muchos factores, de si se conoce al paciente, de su nivel cultural, de su edad… Según lo que dijo hay que establecer un vínculo con el paciente, ya que si no le conoces y le dices que tiene una enfermedad incurable va a ser más duro para él. También dio un ejemplo en el que no se dio una mala noticia con tacto y suavidad. Una chica fue a su consulta con una sospecha de una enfermedad abdominal, digestiva o un cáncer de ovarios. La médico la derivó a urgencias y ella fue sola y le dijeron directamente que tenía un cáncer de ovarios, sin ninguna empatía ni delicadeza.

Otra de las médicos de familia comentó que lo primero que hace es crear un clima de empatía saliendo a la puerta a recibirles y también con el lenguaje paraverbal.

La internista dijo que depende de cada paciente porque si es un paciente que se lo va a tomar relativamente bien se le puede decir de manera más directa, mientras que si se lo va a tomar mal hay que comunicárselo con más cuidado.

Por último, otra de las médicos de familia intenta que no queden dudas y ser realista, pero sin abrumar al paciente con demasiada información. También trata de dar siempre un aspecto positivo y dejar la puerta abierta para que el paciente vuelva en caso de que no haya entendido algo.

- Octava pregunta: ¿qué hace para lidiar con cómo se siente al dar malas noticias?

El pediatra cuando salía de la consulta, donde había mantenido la compostura y la calma, intentaba estar tranquilo y relajado. Dijo que su familia no tenía que aguantar las patologías que él veía en la consulta. También rezaba.

Una de las médicos de familia dijo que intenta que no le afecte mucho a nivel personal y si eso ocurre trata de hacer actividades que le gusten, como estar con su familia, hacer ejercicio o dar un paseo. También afirmó que asimilas que la comunicación de malas noticias forma parte del trabajo de médico y que cuando lo haces de manera suave y empática afecta menos dicha comunicación.

Otra de las médicos de familia dijo que tenía suerte porque es capaz de desconectar y no llevarse los problemas del trabajo a casa, pero sí que reza mucho por sus pacientes.

La médico internista dijo que generalmente se va a dar un paseo por la playa y, al igual que la médico anterior, comentó que, gracias a su voluntariado en África, informar de malas noticias ya no le afecta tanto. Sin embargo, puntualizó que no es que le sean indiferentes, sino que ha aprendido a vivir con la enfermedad y la muerte.

Por último, otra médico de familia dijo que su manera de lidiar con estas malas noticias es contarle a su marido lo que le afecta, pero siempre salvaguardando el secreto profesional, es decir, sin dar detalles acerca de los pacientes.

En las siguientes líneas se hará un breve resumen pregunta a pregunta de las respuestas que dieron los intérpretes en las entrevistas para después analizar lo que contestaron y poder comparar las contestaciones de los intérpretes y los resultados de la entrevista en comparación con las de los médicos.

Se han hecho entrevistas a cinco intérpretes con experiencias diferentes, pero todos ellos han trabajado en algún momento como intérpretes médicos, por lo que sus experiencias son relevantes y proporcionan información para el análisis y la información de este Trabajo de Fin de Máster.

- Primera pregunta: ¿cuál es su experiencia como intérprete?

La labor de cada uno de los intérpretes entrevistados es diferente, pero todos ellos tienen en común que han trabajado como intérpretes médicos, ya sea en clínicas, hospitales, centros de salud o como intérpretes sanitarios telefónicos.

El primer intérprete dijo que su labor como intérprete comenzó con la interpretación de conferencias, tanto simultánea como consecutiva. No obstante, tras esto ha trabajado como intérprete telefónico en los servicios públicos en cuestiones relacionadas con la medicina y los servicios sociales, en los que realiza principalmente interpretación bilateral.

El segundo ha trabajado cinco años como intérprete en los servicios, tanto en comisarías como en hospitales.

La tercera intérprete contó que aparte de su formación en interpretación médica en la carrera también ha sido voluntaria en la Cruz Roja, donde se considera un «acompañamiento» en centros de salud y hospitales. También, durante el máster, ha hecho las prácticas en un hospital y actualmente trabaja en una clínica de fertilidad como intérprete.

La cuarta intérprete contestó que tenía experiencia como intérprete telefónica de centros de salud y hospitales del *National Health Service* y también en una clínica de reproducción asistida.

La quinta intérprete respondió que comenzó a trabajar cuando era muy joven en hospital de Florida, donde la formaron para trabajar en un departamento para el bienestar de las personas de tercera edad. Desde entonces ha seguido trabajando en la interpretación médica con clientes que la contrataban directamente. Comentó también que ha trabajado como intérprete sanitaria principalmente en Estados Unidos.

El sexto intérprete tiene experiencia como intérprete simultáneo en cirugía y también en interpretación telefónica en los servicios públicos. Actualmente es coordinador de intérpretes y responsable de la calidad de la interpretación. Presta sus servicios como intérprete a la sanidad pública y también está contratado en la Cruz Roja.

- Segunda pregunta: ¿ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?

Las respuestas a esta pregunta, a grandes rasgos, son unánimes. Ninguno de ellos ha recibido una formación específica para gestionar las emociones, aunque algunos sí que han dado técnicas de relajación.

El profesional de la comunicación que comenzó como intérprete de conferencias dijo que no había recibido ningún tipo de formación sobre la gestión de las emociones.

El segundo intérprete dijo que no había recibido ninguna formación. Explicó que en la carrera no se daba nada de psicología, tan solo didáctica. En la asignatura de interpretación social solo les dijeron a los alumnos que tendrían que comunicar malas noticias.

La intérprete voluntaria de Cruz Roja explicó que en un curso del máster y en el módulo sanitario sí que se dieron técnicas de relajación muscular, de respiración y mindfulness. Le pareció realmente útil, así que tiene la intención de seguir practicándolo.

La cuarta intérprete explicó que en el máster y en la carrera solo se había visto la gestión de las emociones de manera transversal, no en profundidad.

La intérprete que comenzó a trabajar muy joven explicó que no recuerda si en el hospital le dieron una formación específica sobre las emociones, aunque cree que sí debido a que se comunicaba a menudo con psicólogos. Puntualizó también que en el máster recibió formación para gestionar las emociones.

El último intérprete explicó que antes de trabajar no había recibido ninguna formación y que se había especializado en traducción jurídico-económica. Lo que hizo, pues, fue autoformarse, formándose por sí mismo todo lo que pudo en la rama sanitaria, concretamente en medicina.

- Tercera pregunta: ¿se ha encontrado alguna vez con una situación difícil de gestionar?

Todos los intérpretes entrevistados respondieron afirmativamente a esta pregunta y dieron ejemplos, sin desvelar datos personales, sobre situaciones en las que habían tenido dificultades para interpretar o les habían afectado especialmente.

El primer intérprete comentó que las dificultades que se había encontrado eran en interpretaciones en las que había tensión o se daba una mala noticia y, por tanto, había problemas de comunicación o emocionales. Uno de los muchos ejemplos que dio es que, en una ocasión, haciendo una interpretación telefónica, alguien llamó a emergencias porque se había caído en la montaña y necesitaba un rescate. Esta interpretación fue especialmente difícil porque no le fue fácil determinar dónde se encontraba el herido.

El siguiente intérprete afirmó que casi todas las interpretaciones implicaban situaciones difíciles de gestionar, ya que en la interpretación social hay que comunicar muchas malas noticias, lo cual es desagradable. Un caso que contó fue que la hija de un paciente se había suicidado con una sobredosis de pastillas y el paciente estaba realmente afectado.

La intérprete voluntaria de la Cruz Roja dijo que se había encontrado con muchas situaciones difíciles. Lo ejemplificó diciendo que una vez un chico que tenía tuberculosis acudió al hospital y había dejado el tratamiento porque le daba muchos mareos y no conseguía orinar. La complicación se encontraba en que había que convencerle de que siguiera el tratamiento, ya que tenía la tuberculosis latente.

La cuarta intérprete explicó que en una ocasión había interpretado a una chica embarazada que se hizo una ecografía. Esta interpretación fue telefónica. La chica se encontraba bien, pero el corazón del bebé había dejado de latir. La médico transmitió esta mala noticia de manera muy brusca y la intérprete lo dijo de manera literal porque acababa de empezar a trabajar. La intérprete entrevistada dio otro ejemplo en el que había interpretado una consulta en la que una niña de aproximadamente un año sufría una enfermedad rara. Esta situación no fue tan difícil porque el médico fue dando la información de menos a más, con suavidad.

La quinta intérprete dijo que cree que todas las interpretaciones que implican malas noticias son difíciles de gestionar porque es algo inesperado. También explicó que no por hacerlo muchas veces se hace más fácil y que a ella le sigue afectando.

Por último, el sexto intérprete contestó que se encuentra con situaciones difíciles a diario, las malas noticias, tal como él dice, «están a la orden del día». Explicó que lo más difícil es dar la primera mala noticia, pero poco a poco se va avanzando. Tienen pautas, protocolos y cursos para gestionar las malas noticias.

- Cuarta pregunta: ¿cuál es su estrategia para comunicar malas noticias a los pacientes?

El primer intérprete contestó que la manera en la que se puede ayudar es sirviendo como puente de comunicación y, para ello, hay que tener la mente centrada y no pensar en otras cosas. También dijo que en situaciones de urgencia y emergencia es necesario ir directamente al grano, siendo directo y ágil.

El segundo intérprete explicó que cada circunstancia es diferente. Es necesario psicoanalizar al paciente y ser empático con él. En algunas ocasiones será más conveniente ser directo, mientras que en otras será mejor decirlo de manera más suave.

La intérprete que fue voluntaria de la Cruz Roja contó que siempre transmite la información que da el médico, siendo fiel al mensaje inicial, pero sin ser brusca. Analiza la situación y cómo se encuentra el paciente. También tiende a desdoblar la persona, es decir usar la tercera persona: «el médico dice que…».

La cuarta intérprete dijo que usa una estrategia u otra dependiendo del contexto. Explicó que en telefónica solía pegarse más al mensaje original porque no tenía contexto, pero en la clínica hace más de *patient navigator*, sirviendo no solo de intérprete sino también de persona de apoyo.

La quinta intérprete explicó que hay diferencias entre los profesionales sanitarios porque los médicos, al tener menos tiempo, son más directos y distantes, no adornan el lenguaje. Por el contrario, las enfermeras tienen más tiempo, así que tienen un mayor contacto con los pacientes. Ella afirma que es un reflejo del personal sanitario, así que se adapta a cómo transmite el mensaje el profesional de la salud que comunica la mala noticia. Ella opina que lo mejor es estar en segundo plano, usando un lenguaje sencillo y directo, mirando a los ojos y mostrando empatía.

El último intérprete explicó que su estrategia se basa, primero, en mostrar empatía y, tras esto, establece una distancia cortés. También recalcó que no hay que dar falsas esperanzas ni ocultar información.

- Quinta pregunta: ¿alguna vez le ha afectado psicológicamente la comunicación de malas noticias?

El intérprete que comenzó haciendo interpretación de conferencias dijo que hubo una situación que le afectó especialmente. Estaba haciendo una interpretación telefónica en la que un señor llamó al médico porque le dolía mucho el pecho, no se podía levantar y apenas podía hablar, pero aun así hacía un intento por decir qué le pasaba. A este intérprete le afectó mucho ver la debilidad de la persona y una vez que colgó se quedó frío, con una sensación rara.

El segundo intérprete explicó que comunicar una mala noticia puede llegar a ser muy doloroso porque eso que le pasa al paciente puede ocurrirle a cualquier persona cercana. Pero también dijo que poco a poco ha ido aprendiendo a canalizar y a que no le afecte, se pone un «escudo».

La intérprete que trabajó en Cruz Roja dijo que sí que le ha afectado y, de hecho, una vez se puso a llorar en una de las interpretaciones. No obstante, dijo que el intérprete intenta conseguir concentrarse durante la interpretación, mediar y ser fiel al mensaje, pero intentando que no haga tanto daño al paciente.

La cuarta intérprete respondió afirmativamente, ha tenido situaciones desagradables, pero también dijo que durante la interpretación ella tiene que estar entera. Para distraerse comenta lo que ha pasado con familiares o amigos sin desvelar ningún dato personal.

En alguna ocasión la quinta intérprete ha tenido que ir al baño a llorar o a darse un paseo para que le diera el aire. Para desahogarse suele hablar con colegas o familiares, pero siempre sin dar información personal. Afirma que a veces esto puede servir, pero que hay otras en las que la tristeza dura varios días y hay que aceptarlo y ser consciente de por qué pasa.

Alguna vez el último intérprete ha pedido que no le pasaran más llamadas porque le había afectado transmitir una mala noticia. Principalmente esta afectación le ocurre cuando se rompe la barrera entre la empatía y la distancia cortés. Se experimenta el mismo dolor y decepción que el paciente. Afirmó que a todos los intérpretes les afecta alguna vez dar una mala noticia, sobre todo si se ha tenido una experiencia similar.

- Sexta pregunta: ¿qué hace para lidiar con los cómo se siente al dar malas noticias?

El primer intérprete contestó que intenta pasar página y hacer otras cosas, aunque también dijo que alguna vez que le ha afectado más se lo ha comentado a alguien siempre respetando el principio de confidencialidad y, así, ha podido exteriorizar lo que le pasaba y ha evitado quedarse con la tensión que sufría tras haber comunicado la mala noticia.

El segundo intérprete respondió que hace ejercicios que le permitan soltar el estrés emocional, como yoga, relajación o pilates.

La tercera intérprete dijo que lo primero es hablar con los amigos y la familia para ver qué opinan y qué le aconsejan, pero sin desvelar datos de los pacientes. También se intenta distraer leyendo, viendo una serie o escuchando música.

Igualmente, la cuarta intérprete también acude a personas cercanas para desahogarse y cuando está haciendo interpretaciones telefónicas hace una pausa de cinco minutos entre una y otra para estar preparada y no estar contaminada por el paciente anterior. En el caso de que la noticia que haya comunicado sea muy desagradable, después no tiene el mismo nivel de exigencia, es decir, trabaja o estudia menos.

La quinta intérprete suele hacer cosas que le relajen y con las que pueda cambiar de actividad, como meditar, orar, respirar hondo, estar al aire libre y hacer ejercicio físico.

Por último, el sexto intérprete explicó una estrategia que sigue su equipo en la que hablan con compañeros sobre el trabajo. Una vez cada dos meses hacen sesiones en Zoom sin que estén los jefes para hablar y desahogarse. Ver que hay un grupo de personas pasando por lo mismo ayuda a liberar mucho estrés y hace que se reduzca.

4.2. Análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas

En este apartado se procederá a hacer un análisis de los resultados de las entrevistas realizadas a los intérpretes médicos y a los médicos. Para ello, se estudiarán las respuestas y se relacionarán con el marco teórico expuesto previamente, así como con otros estudios, investigaciones y artículos que no se han utilizado en el marco teórico. El procedimiento a seguir en este apartado será estudiar las respuestas para cada pregunta y tratar de justificar los resultados mediante la literatura ya existente. Se comenzará con las entrevistas a los médicos para después seguir con las que se les han hecho a los intérpretes sanitarios.

4.2.1. Respuestas de los médicos entrevistados

Como ya se ha mencionado en el epígrafe en el que se resumen los resultados, ha habido cinco entrevistas a médicos. Cabe destacar que de los cinco uno era un pediatra jubilado y la otras cuatro eran mujeres. De entre las mujeres hay tres médicos de familia y una internista.

Las respuestas del pediatra a algunas preguntas difieren de las experiencias que tenían las otras cuatro médicos. Cabe la posibilidad de que esto se deba a que su formación y su experiencia son anteriores a las de las otras cuatro profesionales de la salud, que están ejerciendo la medicina actualmente.

Las respuestas a la segunda pregunta, acerca de si tienen que comunicar malas noticias a menudo, son unánimes. Todos los médicos afirman que deben informar a los pacientes de noticias desagradables con frecuencia. Este hecho ya se expone en las primeras líneas de este Trabajo de Fin de Máster, concretamente en la introducción, donde se incluye una cita de Gordillo, C. G. et al. (2020) en la que afirman que «la comunicación de malas noticias es de gran relevancia en la práctica clínica». Esta cita coincide con la experiencia de estos cinco médicos, ya que todos ellos responden, desde su experiencia profesional, que las malas noticias forman parte de su día a día laboral. En su estudio Basquñán, M.L. (2007) et al. dicen que «los diferentes grupos de médicos concuerdan en que la comunicación de malas noticias es una práctica habitual en su quehacer profesional».

Estas noticias no solo se dan con frecuencia por la naturaleza de esta rama del conocimiento, de la medicina, en la que es común diagnosticar enfermedades, sino que es obligatorio que los profesionales sanitarios y, por ende, los intérpretes médicos comuniquen estos diagnósticos, muchos de ellos negativos, a los pacientes. Esta obligatoriedad queda reflejada en el Boletín Oficial del Estado (Ley 41/2002) que establece que «el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información». Esta cita implica que el médico tiene la responsabilidad de darle la información pertinente al paciente. Esto se extiende al intérprete sanitario que, de acuerdo con los códigos deontológicos expuestos con anterioridad, debe ser fiel al mensaje original dado tanto por el médico como por el paciente. Esto implica que si el médico o cualquier profesional del personal sanitario da una mala noticia el intérprete debe transmitírsela al paciente.

Por consiguiente, tanto la experiencia de los médicos entrevistados como los artículos consultados demuestran que las malas noticias son muy habituales en medicina. Este es pues el punto de inicio de este Trabajo de Fin de Máster que parte de la base de que los médicos y los intérpretes sanitarios deben comunicar noticias desagradables a menudo. Si no fuera así, es decir si no hubiera

que informar a los pacientes de malas noticias, este Trabajo de Fin de Máster dejaría de tener sentido. Aunque el objetivo sea ayudar y proponer soluciones para el impacto psicológico que sufren los intérpretes médicos y el personal sanitario al dar malas noticias, es necesario primero demostrar que esta comunicación de malas noticias forma parte de su trabajo.

Al dar malas noticias a diario el personal sanitario y los intérpretes médicos pueden llegar a sentirse desbordados y superados por la situación, lo cual tiene consecuencias psicológicas que pueden llegar a impedirles desempeñar su trabajo con funcionalidad e incluso afectarles en su vida personal. De ahí que se haya hecho este trabajo, en él se pretende proponer herramientas para reducir e incluso, si se pudiera, eliminar el impacto emocional que tiene dar malas noticias a los pacientes.

En el marco teórico se explica que informar sobre una noticia desagradable al paciente y, en algunos casos, también a sus familiares es una tarea realmente complicada que conlleva muchas dificultades. Pueden darse situaciones que no son fáciles de gestionar; estos problemas que pueden surgir los sufren los profesionales de la salud y también los intérpretes médicos. Uno de ellos, que no tiene por qué darse siempre, es la reacción del paciente o de los familiares o de ambas partes, que a veces puede suponer una dificultad añadida. Hay muchas posibilidades en lo que respecta a las reacciones de los pacientes. Por ello, en la tercera pregunta se les pidió a los médicos que contaran cómo son las reacciones de sus pacientes ante las malas noticias.

En este caso hubo cierta diferencia entre las respuestas del pediatra y del resto de médicos. El primero explicó que depende de cuál haya sido la experiencia de los padres con la sanidad. No obstante, también contó que generalmente se sienten agradecidos por el buen trato recibido y por el seguimiento que se le ha hecho al niño. Las demás médicos coinciden con la primera parte de la respuesta del pediatra, depende de las circunstancias. Los factores que entran en juego según estas médicos son los siguientes: edad, personalidad, expectativas (si se espera el diagnóstico o no), coyuntura social, la educación y el país de procedencia. Una de las médicos de familia, la tercera entrevistada, dijo que, desde su experiencia, los familiares que acompañan al paciente suelen reaccionar peor que él. Además, la última médico puntualizó que generalmente ella, al ser médico de familia, generalmente da sospechas de malas noticias, ya que deriva a los pacientes al especialista, que confirma o desmiente esta sospecha.

Tal como se ha mencionado en el párrafo anterior, el primer médico entrevistado, el pediatra, contestó que los padres generalmente tenían una reacción positiva, de alivio y agradecimiento, al recibir la mala noticia, siempre y cuando hubieran recibido un buen seguimiento y hubieran tenido un buen trato con el médico y la sanidad. Esta respuesta, más positiva que las demás, demuestra que

la comunicación de malas noticias también puede implicar que el médico sienta el valor que tiene su trabajo, ya que consiste en ayudar a los pacientes e intentar que estos mejoren mediante un buen tratamiento, un trato respetuoso y una atención adecuada.

Existen numerosas reacciones a la comunicación de diagnósticos negativos que, como expresaron las médicos, depende de las circunstancias que rodean al paciente. Esta variedad de respuestas es perfectamente normal, esto lo indica en su artículo Alves de Lima, A. (2003), el que cita a Buckman, K. (1992) que explica que «el paciente tiene derecho a reaccionar y expresarse afectivamente de la manera que considere mejor, siempre del marco de conductas socialmente aceptadas». Este mismo autor afirmó que existe una gran diversidad en lo que respecta a las reacciones del paciente. «El éxito de nuestro trabajo depende en última instancia del modo en el paciente reacciona y cómo nosotros respondemos a esas reacciones» (Alves de Lima, A., 2003). Según este autor es necesario que los facultativos tengan en cuenta tres puntos básicos en lo que respecta a las reacciones de los pacientes:

- ¿La reacción del familiar o del paciente es «socialmente» aceptable?

Puede darse el caso de que la reacción del paciente o del familiar no sea apropiada. Llorar, por ejemplo, es una reacción habitual y socialmente aceptada, pero gritar y agredir al médico no lo es. En situaciones como la última, que es posible que pasen, el médico debe tratar de mantener la calma y decirle firmemente al paciente o familiar que no está actuando adecuadamente. Si esto no fuera suficiente habría que recurrir al apoyo de los colegas o incluso al personal de seguridad (Alves de Lima, A., 2003).

- ¿La reacción es de adaptación para el paciente?

Esta cuestión hace referencia a si la reacción ayuda o no al paciente a aceptar y digerir la mala noticia que se le ha comunicado (Alves de Lima, A., 2003).

- ¿Es modificable? Si la reacción está aumentando la ansiedad del paciente, ¿existe alguna intervención que pueda ayudar?

Según Alves de Lima, A. (2003), en este caso hay que tener claros tres puntos básicos:

- El paciente es consciente de que su reacción empeora el problema.
- El paciente tiene interés en modificar su reacción.
- Puede haber instancias de negociación para que el paciente logre cambiar su reacción.

Si la respuesta a todas las preguntas anteriores es negativa se sabe la reacción no es modificable, por lo que lo único que se puede hacer es apoyar y acompañar al paciente (Alves de Lima, A., 2003).

Lo expuesto con anterioridad demuestra que existe una gran diversidad en lo que concierne a las reacciones de los pacientes y los familiares y, por consiguiente, los médicos deben actuar de una manera u otra dependiendo de cómo sea la actitud del paciente o familiar. Es decir, que el médico debe adecuarse a las circunstancias. Por otro lado, en mi opinión, el intérprete médico debería intentar pasar desapercibido, es decir, ser un puente de comunicación entre el médico y el paciente, pero solo intervenir cuando sea estrictamente necesario, es decir cuando haya un malentendido o quiera hacer una aclaración, por ejemplo. Huelga decir que el intérprete sanitario debe ser empático con el paciente, aunque no intervenga en cómo lidiar con las reacciones de este último.

En la cuarta pregunta, referente a si los médicos entrevistados han vivido alguna situación complicada al dar una mala noticia, todos ellos respondieron afirmativamente y proporcionaron ejemplos en los que ilustraban estas situaciones difíciles. Esta unanimidad demuestra que efectivamente, como se expone en el marco teórico, la comunicación de malas noticias entraña grandes dificultades y se trata de una tarea muy complicada. De hecho, García, F. (2006) afirma que «comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los médicos».

Es necesario, pues, que el médico se adapte a las circunstancias y tenga la capacidad de resolver los problemas que puedan surgir en la consulta a la hora de comunicar las malas noticias. Debe ser consciente, al igual que el intérprete médico, de que deberá comunicar malas noticias con frecuencia, lo que conlleva una gran variedad de reacciones por parte del paciente y los familiares, que, en ocasiones, pueden suponer un problema porque sea difícil enfrentarse a ellas.

Las situaciones problemáticas que a veces surgen al dar malas noticias pueden darse por diversas razones y circunstancias, teniendo una naturaleza muy distinta unas de otras. Este hecho se ve reflejado en los ejemplos aportados por los médicos entrevistados, que, cuando se les preguntó, ilustraron su respuesta afirmativa a la cuarta pregunta mediante experiencias difíciles que habían vivido en la comunicación de malas noticias a pacientes y familiares.

El pediatra contó que las situaciones complicadas se las había encontrado principalmente en el hospital, con niños encamados y con padres que culpabilizaban a los médicos de la enfermedad de su hijo. Por otro lado, la primera médico de familia entrevistada compartió conmigo una situación que había vivido en la que tuvo que comunicarle a un paciente que no era de su cupo que tenía VIH. La primera consulta fue telefónica debido a la pandemia de la Covid, en la que la médico ya sabía

que el paciente tenía VIH, así que la doctora decidió repetirle la prueba para asegurarse de que era positivo. Cuando lo ratificó le pidió al paciente que fuera presencialmente y le dijo que tenía VIH. Fue especialmente difícil para ella porque no era su paciente y no le conocía, por lo que la comunicación de la mala noticia fue más complicada. También contó que siendo residente estaba en el hospital y un paciente tenía una insuficiencia cardíaca y falleció. En este caso la dificultad radicaba en que los familiares reaccionaron mal, culparon a los médicos y les amenazaron con un cuchillo. El personal sanitario tuvo que llamar a seguridad. La tercera médico de familia también dio ejemplos de algunos problemas a los que se ha tenido que enfrentar en la comunicación de noticias desagradables. Tuvo un caso en el que la paciente tenía una relación muy estrecha con ella y le cantaba canciones de Rocío Jurado, se notaba que tenía muchas ganas de vivir, pero hizo un fallo cardíaco y ya no había nada que hacer. Para esta médico fue especialmente comunicarlo a la familia porque era una persona con mucha energía y a la que los familiares querían mucho. La cuarta doctora explicó que generalmente estas situaciones difíciles se dan con personas que han tenido una mala experiencia con la sanidad y culpan a los médicos de la enfermedad o las circunstancias que están viviendo. Puntualizó también que a veces son más los familiares que los pacientes los que reaccionan mal. Por último, la quinta médico habló de una paciente que padecía cáncer y no le daba importancia a lo que le pasaba, para la doctora fue realmente duro hacerle ver la gravedad de la situación.

Estas situaciones complicadas, que están estrechamente ligadas a la comunicación de malas noticias, pueden causar un impacto psicológico en los médicos, que se ponen en el lugar del paciente y, en ocasiones, pueden sufrir al comunicar estas noticias desagradables. No resulta fácil dar este tipo de información porque el médico, bajo ningún concepto, quiere que el paciente sufra y, por consiguiente, comunicarle una mala noticia puede ser una tarea dura. Esta dificultad se extiende también a los intérpretes médicos que, a pesar de no ser los comunicadores directos de la noticia, tienen que transmitir el mensaje producido por el médico.

El impacto psicológico del que se habla en el párrafo anterior ya lo advierte Ruiz, A. (2010) que afirma que «el intérprete médico puede sufrir daños emocionales al trabajar para los servicios de salud». Gao, Z. (2011) explica que dar una mala noticia puede tener un impacto tanto en el paciente como en el médico. Por consiguiente, se puede deducir que no es solo el paciente el que sufre, sino también el transmisor de la mala noticia, es decir, el facultativo y, en caso de que lo hubiera, el intérprete sanitario.

Cabe destacar que el intérprete médico se encuentra presente en aquellas situaciones en las que hay dificultades lingüísticas debido a que el paciente no habla ni entiende español. Por esta

razón se les preguntó a los médicos entrevistados si habían experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicarse con los pacientes.

A esta pregunta el pediatra respondió que no había tenido este tipo de dificultades porque se manejaba tanto en inglés como en francés, que eran los idiomas que hablaban sus pacientes extranjeros. De nuevo, esta respuesta es un poco diferente a las demás, ya que el resto de doctoras afirman que sí han tenido dificultades para hablar con pacientes extranjeros. Todas ellas explican qué problemas han experimentado e, incluso, lo ejemplifican con vivencias propias.

La primera médico de familia entrevistada dijo que se había encontrado con este tipo de situaciones muy a menudo. De hecho, una vez fue un paciente chino que no hablaba español a su consulta y la médico llamó al servicio de teletraducción, en el que le preguntaron si era chino cantonés o mandarín. Como la médico no lo sabía le pidió al paciente que volviera de nuevo con alguien que supiera español o inglés. En otra ocasión tuvo una paciente también china que tampoco hablaba español, tras explorarla por dolores de barriga la médico pensó que tendría gastroenteritis, pero cuando habló con su pareja, que estaba fuera, le dijo que estaba embarazada. El último caso que contó fue el de una paciente ucraniana recién llegada de la guerra que fue a la consulta con sus hijos, el hijo hablaba inglés y la hija no, pero era la hija la que sabía qué medicación tomaba la madre. El problema radicaba en que la médico estaba en la consulta de respiratorio y no podían estar todos en la consulta por la Covid. Finalmente se consiguió entender con el hijo. La segunda médico compartió su opinión sobre el servicio de teletraducción coordinado por el servicio de emergencias diciendo que funciona muy bien, ya que en momentos de urgencia y emergencia ayudan mucho, aunque no se utiliza en consultas programadas. Contó también que tiene dificultades para comunicarse con mucha frecuencia porque trabaja en una zona con muchos extranjeros. No obstante, algunos de ellos, principalmente los nórdicos, acuden a la cita con intérprete, que, según esta médico, son personas correctas y profesionales que dirigen la entrevista y la dirigen. Esto no quiere decir evidentemente que todos los pacientes vayan a las citas médicas con intérprete. De hecho, esta médico una vez se encontró con una situación delicada porque tan solo hablaba español la mujer del paciente, pero como ella estaba enfadada con su marido no interpretaba lo que este decía, sino que solo le atacaba y contestaba ella misma a las preguntas de la médico. La médico internista dijo que su principal problema de comunicación se da con los alemanes y por eso les pide que vayan acompañados de alguien. Cuando se trata de pacientes que hablan inglés esta médico puede entenderse con ellos. Recalcó que antes era más fácil porque había intérpretes voluntarios que facilitaban la comunicación, pero con la Covid estos ya no están trabajando. Por último, la quinta médico entrevistada dijo que sí que experimenta dificultades lingüísticas a menudo porque trabaja en una zona en la que hay

mucha población extranjera. Según su explicación, se pierde mucha información por la barrera idiomática y, por ello, se piden más pruebas de las necesarias porque no consigues entenderte con los pacientes. Explicó también que tiene dos pacientes sordas con el que se entiende porque ellas le leen los labios, pero ahora con la mascarilla es más complicado. Además, contó que tuvo un paciente chino con cáncer de pulmón con el que no lograba entenderse, así que le pidió que volviera acompañado de alguien. Por último, contó que tiene una paciente marroquí que va a la consulta con una intérprete. Durante la pandemia, tal como ella explicó, resultaba prácticamente imposible hacer las consultas telefónicas.

En esta última pregunta se evidencia la importancia del intérprete y cómo este juega un papel fundamental en la comunicación interlingüística e intercultural. Sin la presencia de un intérprete profesional se pueden producir malentendidos, falsos sentidos y, sobre todo, se dan dificultades a la hora de comunicarse. Por ello, desde mi punto de vista, resulta fundamental profesionalizar la interpretación en los servicios públicos, ya que sus profesionales desempeñan una labor esencial que sirve de puente entre diferentes culturas e idiomas. Esta opinión la apoyan numerosos expertos como Navaza, B. (2014) que explica que «no se deben escatimar esfuerzos para avanzar en el reconocimiento de la importancia de la interpretación sanitaria, ya que esta representa una forma de lucha contra la exclusión social y un modo de defender el derecho a una atención sanitaria equitativa y, en definitiva, justa». Esta afirmación refleja lo necesaria que es la interpretación sanitaria y lo importante que es su regulación y que se dé a conocer para así poder proporcionar una atención sanitaria igualitaria.

Es digno de mención que no solo hay intérpretes sanitarios que trabajan de manera presencial, sino que también hay intérpretes médicos que trabajan en la modalidad telefónica, a lo que las médicos se han referido como servicio de teletraducción. Además, en las entrevistas a los intérpretes médicos se ve que este tipo de trabajo se utiliza en la atención sanitaria, ya que tres de los seis profesionales entrevistados trabajan o han trabajado en interpretación telefónica sanitaria. Se podría afirmar que, tal como expone Fernández, M. (2015), este tipo de interpretación «es una variedad de interpretación remota cuya presencia no hace sino aumentar en los servicios públicos de numerosos países, entre ellos España». Dentro de los servicios públicos se incluye la atención sanitaria que se le da a los pacientes extranjeros que hace uso de la interpretación como puente entre lenguas y culturas. La modalidad más utilizada en la interpretación médica sanitaria es la interpretación bilateral (Fernández, M, 2015).

Es evidente, pues, que el médico debe aprender a trabajar también con consultas en las que hay interpretación telefónica. Esta es la razón por la cual la inclusión de los intérpretes sanitarios profesionales es tan beneficiosa para el personal sanitario, gracias a este contacto con los profesionales de la comunicación, los facultativos serán conscientes de la importancia de los intérpretes y también podrán aprender a trabajar con ellos en todas las modalidades, presencial y telefónica.

Mediante las respuestas de las médicos entrevistadas ha quedado claro que en numerosas ocasiones no se recurre a intérpretes médicos profesionales, sino que son los familiares, amigos o conocidos del paciente los que hacen las veces de intérpretes. Esta realidad se ve reflejada en el trabajo de Campos, J. (2004) en el que explica que «se recurre a gente sin vocación y, en ocasiones, se utiliza también al personal sanitario y administrativo de origen extranjero para llevar a cabo estas tareas». Esto se debe, en parte, a la falta de reconocimiento y de profesionalización de la traducción e interpretación en los servicios públicos. La presencia de un intérprete lego que no es experto en la materia y que, además, tiene una relación con el paciente solo tiene desventajas para la comunicación en consulta. Campos, J. (2004) coincide con esta opinión y remarca que el mediador debe ser una persona cualificada, formada en traducción e interpretación y en comunicación intercultural. De nuevo, esta afirmación demuestra la necesidad de la labor de los intérpretes médicos en la atención sanitaria.

La siguiente pregunta que se le hizo a los médicos, relacionada con el tema a tratar de este Trabajo de Fin de Máster, es decir, ligada al impacto psicológico de comunicar malas noticas, fue cómo les afecta a ellos dar noticias desagradables. Todos los médicos explican que la comunicación de malas noticias conlleva una afectación emocional. Cada uno explica su caso personal, en el que desataca el del pediatra por su positivismo ante esta labor.

El pediatra indicó que efectivamente dar malas noticias era desagradable, pero no se sentía mal por ello, se acostumbró a vivir con el problema.

De hecho, comentó que la afectación personal era muy positiva, ya que te vuelves más solidario, sensible y conoces mejor al género humano. La comunicación de malas noticias y el trabajo como médico te permite ponerte en las circunstancias y el sufrimiento del paciente y contribuyes a la salud mental del paciente y de los padres. A pesar de que le afectaba, muestra una visión muy positiva de esta realidad, ya que le hacía sentir que estaba ayudando a sus pacientes y familiares. Las demás médicos entrevistadas contestaron en una línea distinta, todas ellas, cada una desde su propia experiencia, dijeron que les afectaba la comunicación de malas noticias. La primera médico de familia dijo que evidentemente le afectaba dar malas noticias. El grado de afectación, según ella,

depende del paciente; a algunos pacientes los conoce muy bien y, por tanto, le afecta decirles lo que les pasa. Estas malas noticias le afectan en su estado de ánimo, le da pena comunicarles lo que les ocurre. Por su parte, la segunda médico entrevistada afirmó que esta tarea cuesta muchísimo, pero que ella reza a Dios para que le ayude a informar al paciente, diciéndole la verdad de la manera más clara posible y con una sonrisa en la cara. La médico internista explicó que la afectación es distinta dependiendo del paciente, ya que no es lo mismo ni para la familia ni para el médico que el paciente sea joven o mayor, por ejemplo. Otra cuestión importante es el grado de conocimiento que se tiene del paciente y cómo es la relación con él. No obstante, dijo que siempre afecta. Por último, la quinta médico de familia explicó que suele afectarle más cuando la mala noticia viene del paciente que cuando la da ella porque en el último caso se da una noticia objetiva de manera clara y, por tanto, se puede mantener la compostura. Según ella, si el paciente te cuenta algo malo te lo llevas más a casa que si es el propio médico el que comunica la noticia desagradable. También explicó que con el paso del tiempo se aprende a poner distancia y a mantener la compostura, pero aun así se lo lleva a casa y le da vueltas.

Todo lo explicado en el párrafo anterior está estrechamente ligado a lo expuesto en el marco teórico acerca del impacto emocional. Es decir, que las respuestas de los médicos demuestran claramente que su labor como informadores de malas noticias supone una afectación psicológica en ellos. De hecho, si no fuera así este Trabajo de Fin de Máster carecería de sentido. Tanto al personal sanitario como a los intérpretes médicos les afecta su labor de comunicar malas noticias y, como se ha explicado con anterioridad, este trabajo pretende proponer soluciones a este problema. Esta afectación emocional puede tener numerosas consecuencias emocionales que se han expuesto en el marco teórico, en el apartado de las consecuencias de dar malas noticias.

Algunos médicos siguen una serie de pautas para informar al paciente de los diagnósticos negativos y, por eso, se les pregunta a los médicos entrevistados si siguen alguna estrategia para ello y, en caso de que así sea, cuál es.

El pediatra respondió que la estrategia siempre es la misma, no alarmar a los familiares y al paciente y estar preparado para lo mejor y para lo peor, ya que la evolución puede ser positiva o negativa. También recalcó que es necesario hacerle ver al paciente y a sus familiares que tienen que seguir las pautas e instrucciones del médico, que para eso está. Es importante que el médico siempre dé sensación de paz y tranquilidad. Este médico, el pediatra jubilado, fue el único que dijo que siempre seguía la misma estrategia. Por el contrario, la primera médico de familia entrevistada negó que siguiera una estrategia, ya que cada caso es diferente y es necesario, por lo tanto, adaptarse a él.

Por su parte, las otras tres médicos dijeron que depende de las circunstancias y del paciente al que estén tratando.

La primera médico de familia entrevistada recalcó que hace falta crear un vínculo con el paciente. Puso un ejemplo de una paciente suya a la que mandó a urgencias por una sospecha de algo abdominal, un cáncer de ovarios o un problema digestivo. Allí, en urgencias, le dijeron, sin ningún tipo de tacto, que tenía un cáncer de ovarios. La segunda médico de familia, en una línea similar a la respuesta de esta última, dijo que hay que crear un clima de empatía, recibiéndoles saliendo a la puerta, por ejemplo, y también con el lenguaje no verbal. Por otro lado, la internista dijo que dependiendo del paciente comunica la noticia de una manera u otra, si se intuye que el paciente lo va a aceptar bien es más directa, pero si no es así el médico debe ir con más cuidado. Finalmente, la tercera médico de familia explicó que intenta que se queden las menos dudas posibles, siendo clara y sin minimizar el problema, siempre dando la información justa para no abrumar al paciente. Además, como en muchas ocasiones los pacientes y familiares no tienen claro lo que está ocurriendo, ella siempre deja las puertas abiertas para resolver cualquier duda.

Beveridge, H. et al. (2011) explicó que uno de los seis objetivos de entregar las malas noticias es entregar la información de forma clara y exacta para que el paciente pueda tomar una decisión informada y planificar su futuro. Este objetivo lo cumplen los cinco médicos entrevistados, que en las preguntas que se les hicieron han respondido, en algún momento, que es necesario proporcionarle la información con exactitud y claridad. También cumplen el segundo objetivo propuesto por Sweeny, K. et al. (2011), es decir, que tratan de transmitir la información de forma que afecte lo mínimo posible al paciente, siendo empáticos y comprensivos. En lo que respecta al tercer objetivo, mantener el optimismo del paciente, propuesto por estos mismos autores, se da cierta unanimidad entre los médicos entrevistados porque todos ellos tratan de ponerse en el lugar del paciente y de los familiares, dando la noticia con realismo, pero también sin exagerar su gravedad. Este último está ligado al cuarto objetivo de mantener el optimismo del paciente, por lo que este también lo cumplen los cinco médicos. El sexto objetivo que consiste en minimizar la incomodidad del personal sanitario, directamente relacionado con los profesionales de la salud, se podría decir que es el que menos cumplen, aunque tratan de reducir el impacto emocional sufrido a causa de esta labor mediante actividades gratificantes, que se verán en las respuestas a la última pregunta.

Para evitar los posibles problemas derivados de esta labor, existen diferentes herramientas y técnicas que pueden reducir el impacto. Estas se podrían dividir en dos grandes grupos, las que implican la ayuda de un profesional y las que no. Como se verá en las siguientes líneas, los médicos

entrevistados hacen uso de estas últimas, lo cual se ve reflejado en las respuestas a la octava pregunta, acerca de las actividades que hacen para lidiar con los sentimientos negativos que experimentan.

Cada médico hace una actividad diferente para sentirse mejor tras haber comunicado la mala noticia, pero todos ellos se distraen y alejan estos pensamientos mediante actividades que les gustan. El pediatra respondió que rezaba y que también intentaba mantener la calma y relajarse, siendo consciente de que había hecho su trabajo correctamente. Comentó que su familia no debía pagar las consecuencias de las patologías que él veía en la consulta. La primera médico de familia dijo que intenta que la comunicación de noticias desagradables no le afecte demasiado en el plano personal, pero cuando no lo consigue hace actividades que agradables, como estar con su familia, dar un paseo o hacer ejercicio. Coincide también con el pediatra en que si la comunicación de malas noticias se ha hecho de manera suave y empática esta afecta menos. La tercera médico entrevistada reza, al igual que el pediatra, y dijo que tiene suerte porque no suele llevarse los problemas de la consulta a casa. Por su parte, la internista también dijo que no le afectan demasiado las malas noticias que transmite, probablemente debido al voluntariado que hizo en África. No obstante, cuando le afectan se da un paseo por la playa para despejarse. Finalmente, la quinta médico entrevistada se lo cuenta a sus familiares o amigos sin revelar ningún dato personal para no incumplir el principio de confidencialidad. También explicó que intenta que no le afecte en su vida personal y que al ver situaciones tan delicadas y graves en la consulta se da cuenta de que tiene una vida privilegiada.

Es llamativo que ninguno de los médicos a los que entrevisté acude a profesionales para reducir el impacto psicológico que viven por dar malas noticias. He deducido que esto puede ser consecuencia de que forma parte de su vida laboral y lo llevan haciendo desde que comenzaron a ser residentes, por lo que se han acostumbrado a ello y ya lo ven, tal como explican todos, como una parte de su trabajo. Todos ellos recurren a actividades gratificantes para desahogarse y sentirse mejor. Estas actividades las pueden hacer solos y también piden ayuda a su círculo más cercano con el fin de distraerse y reducir la afectación emocional que experimentan.

A pesar del estigma que existe hacia los problemas de salud mental, considero esencial recalcar que acudir a un profesional, ya sea un psicólogo o un psiquiatra, que te guíe para que aprendas a gestionar tus emociones es perfectamente respetable, así como necesario. Es más, sería una gran noticia que no fuera necesario hacer esta aclaración, ya que esto implicaría que dicha estigmatiza-

ción no existiría y, por lo tanto, el cuidado de la salud mental se consideraría socialmente tan importante como el de la salud física. No obstante, no todo es negativo en este aspecto; de hecho, cada vez se le da más visibilidad a la necesidad de proteger y salvaguardar la salud mental.

Arnaiz, A. & Uriarte, J. (2006) explican en su artículo que el estigma es un fenómeno que ocurre en muchos ámbitos, muy especialmente en el de la salud mental. Este estigma supone una barrera para el desarrollo de los servicios comunitarios y para la integración de los pacientes afectados (Arnaiz, A. & Uriarte, J., 2006). Esta autora explica que los pacientes con una enfermedad mental no solo se enfrentan a la sintomatología, sino también al estigma. Arnaiz, A. & Uriarte, J. (2006) hacen una diferenciación entre dos tipos de estigma, el público y el autoestigma, siendo el primero cómo se ve socialmente la enfermedad mental y el segundo «las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos» (Arnaiz, A. & Uriarte, J., 2006). En las conclusiones del artículo ambos autores recalcan el estigma público tiene un gran impacto en muchos de los pacientes que padecen una enfermedad mental.

En este artículo se ve que, efectivamente, mi opinión acerca de la estigmatización de la salud mental se basa en una realidad que tristemente aún existe y que afecta a todas las personas que sufren una enfermedad mental. Además de solventar las consecuencias que tiene la comunicación de las malas noticias en medicina, este Trabajo de Fin de Máster también pretende dar visibilidad a la importancia que tiene cuidar la salud mental. Es más, con este trabajo se ha intentado hacer ver a los lectores que acudir a técnicas psicológicas guiadas por un profesional no es algo negativo, sino todo lo contrario, es una manera de hacerse responsable de la gestión de las propias emociones. Dicha gestión puede ser realmente beneficiosa para la persona, ya que será capaz de controlar sus emociones y no dejarse llevar por ellas, además de reducir aquellas emociones que le causen sufrimiento y que sean negativas.

Para concluir este apartado, en el que se hace un análisis de las respuestas de los médicos entrevistados en relación con el marco teórico, se hará un breve resumen de los puntos que se han tratado en él. En primer lugar, gracias a estas entrevistas, se evidencia que la comunicación de malas noticias en medicina es una labor que realiza el personal sanitario en su día a día, lo cual provoca, evidentemente una reacción en el paciente. Estas reacciones pueden ser muy diversas y algunas de ellas pueden dar lugar a situaciones difíciles de gestionar, por eso, el médico debe estar preparado para cualquier escenario. Muchos de estos médicos atienden a pacientes extranjeros, dándose, pues,

dificultades lingüísticas en la comunicación. Aquí es donde el intérprete médico profesional entra en juego, ya que sin él no se puede dar una comunicación efectiva y fluida.

Por último, es importante destacar que la comunicación de noticias desagradables generalmente tiene un impacto emocional en los médicos, que deben informar al paciente de que padece algún tipo de enfermedad. Para lidiar con estas emociones negativas los médicos entrevistados realizan diversas actividades que les ayudan a despejarse y a reducir este impacto psicológico. Como se ha mencionado anteriormente, ninguno de ellos ha acudido a un profesional para que le ayude con la gestión de las emociones.

4.2.2. Respuestas de los intérpretes entrevistados

En este epígrafe el foco se pondrá en las respuestas aportadas por los intérpretes médicos a los que se les hizo la entrevista y se analizarán sus vivencias relacionándolas con la teoría incluida en el segundo punto de este trabajo. La metodología será la misma que la del apartado anterior, se verán las respuestas a cada una de las preguntas y, posteriormente, se establecerá una relación con la literatura existente.

La primera pregunta hacía referencia a la experiencia en interpretación sanitaria que tiene cada uno de los seis intérpretes. El primero ha trabajado como intérprete telefónico en servicios públicos, lo cual incluye la interpretación sanitaria. Esta modalidad, la telefónica, se caracteriza por ser principalmente una interpretación bilateral, tal y como afirma Fernández, M. (2015). El segundo intérprete ha estado trabajando cinco años en servicios sociales, tanto en la policía como en hospitales. Por su parte, la tercera intérprete entrevistada fue voluntaria en la Cruz Roja y también en un hospital en Madrid y también trabaja en una clínica de fertilidad como intérprete sanitaria. La experiencia de la cuarta intérprete también se centra en la interpretación telefónica para clínicas y hospitales del *National Health Service* (NHS) y actualmente también trabaja en una clínica de fertilidad. La quinta intérprete sanitaria entrevistada explicó que comenzó su profesión como intérprete cuando era muy joven, recibió una formación y después empezó a trabajar en el departamento de la tercera edad. Explicó que donde más ha trabajado como intérprete sanitaria ha sido en Estados Unidos. Por su parte, el quinto intérprete ha trabajado como intérprete simultáneo en cirugía y también en interpretación telefónica en los servicios públicos. Hoy en día es el coordinador del resto de intérpretes y el responsable de calidad de las interpretaciones.

Tres de los seis intérpretes entrevistados han trabajado utilizando la interpretación telefónica, lo cual hace pensar que esta modalidad es bastante frecuente en el ámbito sanitario. El servicio de teletraducción, llamado así por los médicos entrevistados, también se ha mencionado en varias

ocasiones durante las entrevistas a los sanitarios. La alta frecuencia con la que se usa este servicio queda reflejada en la afirmación de Del Pozo, Mª. I. & Campillo, L. (2016) en la que dicen que «la interpretación telefónica es una modalidad que está cada vez más presente en los servicios públicos en España dadas las ventajas que ofrece, entre las que se pueden mencionar: el reducido coste, la disponibilidad inmediate, el anonimato, etc.».

La segunda pregunta, extremadamente relevante para este trabajo, se centra en la formación de la gestión de las emociones y en si estos intérpretes han sido formados para aprender a lidiar con sus emociones. El primer intérprete contestó con un no rotundo, al igual que el segundo, que contó que en la carrera no se da nada de psicología, solo algo de didáctica. Este intérprete explicó que en la asignatura de interpretación social solo se decía que se tendrían que comunicar malas noticias. La intérprete voluntaria de la Cruz Roja dijo que en el máster de Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá se utilizaron, en un seminario optativo, técnicas de respiración y de relajación muscular utilizando así la técnica de mindfulness. Para esta intérprete fue realmente útil y, de hecho, tiene la intención de seguir usando estas técnicas. La cuarta intérprete dijo que no había recibido formación específica en la gestión de emociones, lo vio de manera transversal en la carrera y en el máster, pero no en profundidad. La quinta intérprete entrevistada explicó que la formación que había recibido en el hospital fue hace tanto tiempo que no la recuerda exactamente. Intuye que sí recibiría este tipo de formación porque estaba en contacto con el personal del hospital, lo que incluye a los psicólogos. Esta profesional de la comunicación también dijo que recibió formación en este aspecto durante el máster que se ha mencionado previamente y puntualizó que cada vez se incorpora más la gestión de emociones en este curso de posgrado. Recalcó que muchas de las cosas que sabe las ha ido aprendiendo de otros profesionales mientras trabajaba. El último intérprete se autoformó, tratando de aprender todo lo que pudiera sobre medicina.

En la introducción de este trabajo ya se advirtió de la carencia de formación que existe en la gestión de emociones tanto en la interpretación médica como en la medicina en sí. No solo lo muestran expertos como Sanz-Romero, R. (2017) o Gordillo, C. J. et al. (2020) en sus artículos e investigaciones, sino que esta falta de formación también se ve reflejada en las vivencias de los intérpretes sanitarios que negaron haber recibido formación para hacer frente a las consecuencias que tiene dar noticias desagradables en medicina. Es cierto que tres de las intérpretes reconocen haber recibido formación en este aspecto, pero todas ellas dicen que no se dio en profundidad.

Indudablemente la formación en este ámbito es indispensable y así se explica en el marco teórico. Si los intérpretes sanitarios y el personal médico no están preparados para comunicar malas noticias es muy probable que no puedan desempeñar su trabajo adecuadamente. Es más, puede que esta falta de formación repercuta en que, al no saber cómo hacer frente a las consecuencias negativas de la comunicación de malas noticias, los profesionales en comunicación y en sanidad no puedan desempeñar sus labores con funcionalidad ni en el trabajo ni en su vida personal.

En el peor de los casos el impacto psicológico de la comunicación de malas noticias puede producir malestar emocional e incluso enfermedades mentales. Por ello, es necesario que haya una formación previa al inicio de la profesión como intérprete médico y como sanitario para que se puedan evitar, en cierta medida, estas consecuencias. La preparación no debe ser solo previa, sino también de manera simultánea al ejercicio de la profesión.

Una de las opciones para diseñar esta necesaria formación es mediante la organización de cursos para intérpretes médicos y personal sanitario. Estos cursos los impartirían profesionales de ambos campos y los expertos de los dos campos de conocimiento, la interpretación y la medicina, podrían trabajar conjuntamente para estar preparados para colaborar entre ellos en consulta y, por último, pero no menos importante, para saber cómo afrontar el impacto emocional de comunicar malas noticias. Sanz-Romero, R. (2017), en un artículo, explicó las ventajas de incluir al médico en el aula de interpretación sanitaria. Esta autora destacó que la presencia del médico en las clases de interpretación sanitaria aportó realismo y autenticidad a los juegos de rol. Me gustaría añadir que, al igual que la presencia del médico es beneficiosa para los futuros intérpretes sanitarios, el asesoramiento de un intérprete médico en las clases de medicina también podría ser realmente beneficioso para los futuros profesionales de la salud.

Por consiguiente, con este trabajo se pretende que se implementen y se tengan en cuenta estas propuestas, que, sin duda, ayudarán a los intérpretes médicos y a los sanitarios a estar mejor formados y más preparados para hacer su trabajo de forma apropiada y digna.

Como se ha visto en las entrevistas a los médicos, se pueden dar situaciones que sean difíciles de gestionar tanto para el personal sanitario como para el intérprete médico. Por eso, la tercera pregunta hace referencia a este tipo de situaciones. Todos los intérpretes entrevistados respondieron que en algún momento se han encontrado situaciones complicadas y, algunos de ellos, contaron su experiencia con este tipo de situaciones.

El primer intérprete explicó que estas situaciones difíciles de abordar son principalmente aquellas en las que hay dificultades en la comunicación o en el plano emocional. Este profesional

de la comunicación dio numerosos ejemplos. Uno de ellos fue una consulta telefónica en la que había una mujer embarazada que había dado a luz en casa, el hijo estaba bien, pero ella no. Otra de las experiencias que había vivido en su profesión, en una consulta telefónica, fue el caso de un paciente al que le dio un infarto y no sabía dónde estaba, por lo que no se le podía asistir. El segundo intérprete explicó que la interpretación social no resulta nada agradable a la hora de dar malas noticias y dijo que, por esta razón, es necesario separar la vida laboral de la personal y ser frío, pero a la vez empático. En una de las interpretaciones que llevó a cabo la hija de la paciente se había suicidado con una sobredosis de pastillas y la paciente estaba realmente mal, lo que hizo que la interpretación fuera difícil comunicativa y emocionalmente. La intérprete voluntaria de la Cruz Roja afirmó que ha tenido que lidiar con muchas situaciones difíciles, entre ellas convencer a un paciente con tuberculosis de que era necesario que se tomara la medicación, a pesar de que él no quisiera. Por su parte, la intérprete que trabajó en el *National Health Service* ilustró la existencia de situaciones complicadas en su trabajo ilustrándolo con una consulta telefónica en el que la médico le decía a una paciente embarazada que el corazón de su bebé había dejado de latir, se lo dijo de forma brusca. La intérprete hizo una interpretación muy pegada al texto origen porque estaba empezando y no sabía qué otra estrategia usar. También vivió el caso de una paciente que sufría una enfermedad rara y tuvo que comunicárselo a ella y a la familia, pero, en este caso, el impacto para ellos fue menor porque el médico iba dando la información de manera suave, de menos a más. Por su parte, la quinta intérprete explicó que en todas las interpretaciones en las que hay malas noticias implicadas se dan situaciones difíciles y que no por hacerlo muchas veces se hace más fácil comunicar estos diagnósticos negativos. El último intérprete dijo que estas situaciones se dan a diario, ya que, al trabajar con hospitales, las malas noticias están a la orden del día. No obstante, explicó que en su empresa hay protocolos y pautas para afrontar estas situaciones.

Gracias a las respuestas dadas tanto por los intérpretes sanitarios como por los médicos, se puede evidenciar que esta labor, la comunicación de noticias desagradables, es indudablemente compleja e implica una serie de dificultades con las que es complicado lidiar. Estas dificultades pueden ser de índole muy diversa. Ilie, L. et al. (2014) hacen una clasificación en la que dividen estas dificultades en barreras lingüísticas, diferencias culturales, actuación de los profesionales de la salud y deficiente gestión de la comunicación por parte de los intérpretes. Por consiguiente, se puede ver que tan solo uno de los impedimentos que impide que la comunicación sea fluida depende del intérprete. Las demás dificultades no están bajo su control, lo que lo hace aún más complicado. Es, por tanto, indispensable la formación debido a que el intérprete médico probablemente tenga

que enfrentarse a encargos de interpretación realmente difíciles. Estas complicaciones no serán solo lingüísticas, sino que también pueden estar ligadas al plano emocional, cultural o administrativo.

La complejidad que se puede producir en el ámbito emocional es el tema principal de este trabajo, por eso, las dificultades existentes en la comunicación de las malas noticias se enfocarán desde este punto de vista. La comunicación de malas noticias puede traer consigo diferentes consecuencias, explicadas en el marco teórico.

De nuevo, es necesario hacer hincapié en que el intérprete médico, así como el personal sanitario, debe estar familiarizado las herramientas a su alcance para gestionar la transmisión de malas noticias y no solo eso, sino que también debe conocer las técnicas que puede utilizar para minimizar el impacto psicológico sufrido a consecuencia de esta difícil labor.

Por este motivo, por la dificultad que entraña esta tarea, puede ser ventajoso tener una estrategia que promueva la comunicación y la empatía a la hora de transmitir un diagnóstico negativo. Esta era, pues, la cuarta pregunta.

El primer intérprete entrevistado contestó que su estrategia es tratar de tener la mente centrada e intentar no distraerse, ya que solo así se puede ayudar siendo el puente de comunicación. También explicó que en situaciones de emergencia es conveniente ir al grano, ser directo y ágil. Igualmente, hace uso de la tercera persona para así no verse implicado emocionalmente y para que el paciente no piense que el que habla es el profesional de la salud. El segundo interpreté dijo que cada circunstancia es diferente, pero que es importante psicoanalizar al paciente, examinando su estado, para ello puede ser realmente útil hablar con el personal sanitario o con el propio paciente. Al saber cómo se encuentra se le pueden comunicar las noticias de una manera o de otra, suavizándolas o siendo directo, pero siempre con empatía. La tercera intérprete coincide con el primero en lo que respecta al desdoblamiento de la persona, es decir que utiliza la tercera persona en lugar de la primera. También está de acuerdo con el segundo intérprete en que cada caso es distinto, pero trata siempre de ser fiel al mensaje y de comunicarlo de una u otra manera dependiendo de cómo se encuentre el paciente. La cuarta intérprete entrevistada dijo que cuando era consulta telefónica sí se pegaba más al mensaje original porque no tenía contexto, pero en la clínica de fertilidad hace más de p*atient navigator*. Por su parte, la quinta intérprete aclaró que cada profesional de la salud comunica las malas noticias de una manera diferente y que ella es un reflejo del personal sanitario. En su opinión, el intérprete debe estar en un segundo plano, siempre teniendo empatía y mirando a los ojos. También recomendó usar un lenguaje sencillo y claro, sin «dorarle la píldora» al paciente. En último lugar, el sexto intérprete analiza la entereza del paciente y traslada el mensaje del médico

adaptándolo según cómo el paciente se encuentre. Siempre parte desde la empatía y toma una distancia cortés.

Todos los intérpretes coinciden en que la empatía es fundamental a la hora de comunicar un mal diagnóstico. Mostrando empatía se transmite la información negativa de una forma más suave y delicada, lo que puede ayudar al paciente a encajar la noticia con mayor facilidad. Se puede ver que en este punto los intérpretes coinciden con los médicos entrevistados, que también hacen hincapié en la necesidad de ser empático y de informar con tacto. Otra cuestión en la que están de acuerdo ambos grupos de profesionales es en la claridad a la hora de dar las malas noticias, todos ellos explican que no se les debe dar falsas esperanzas a los pacientes, sino que hay que mostrarles un panorama realista para que puedan prepararse. Con esta cuestión está de acuerdo Martín, I. & Trujillo, C. (2009) que explican que brindar esperanzas al paciente cuando no se tienen puede ser fatal para él. Aun así, recalcan que no se le deben quitar las esperanzas al paciente, sino que simplemente hay que mostrar la realidad.

Los médicos y los intérpretes no son los únicos que resaltan la importancia de la empatía en esta labor, también se pone en relieve esta necesidad en la literatura existente. Antes de comenzar a analizar si es relevante ser empático para comunicar un mal diagnóstico en medicina puede ser útil aportar una definición de lo que es la empatía. Según Carrión, C. et al. (2015) la empatía se entiende como «la capacidad de transmitir comprensión hacia las emociones de otros individuos». De hecho, Bascuñán, M. et al. (2007) incluyen la empatía, la confianza y el contacto permanente son unos de los facilitadores comunicativos en la transmisión de malas noticias. En la siguiente cita de Martín, I. & Trujillo, C. (2009) se puede ver que estos últimos autores están de acuerdo con Bascuñán, M. et al. (2007): «en este proceso de atención al paciente y a su familia, adquiere más importancia, la puesta en marcha de habilidades y técnicas comunicativas, sustentadas en actitudes como la empatía, la confianza y el respeto a los valores del paciente y a su autonomía».

La estrategia para la comunicación de malas noticias debe basarse, entre otras cuestiones, en mostrar empatía al paciente, así piensan los médicos e intérpretes entrevistados, al igual que los expertos citados con anterioridad.

No obstante, el ponerse en el lugar del paciente puede causar estragos en el profesional, ya que, al ser empático, puede llegar a sentir el sufrimiento por el que está pasando el paciente. Por esta razón, se les pregunto a los intérpretes sanitarios si alguna vez se habían visto afectados emocionalmente por su trabajo, concretamente al comunicar malas noticias. Todos ellos respondieron

que en alguna ocasión han sentido hasta cierto punto una afectación emocional a consecuencia de dicha comunicación.

El primer intérprete respondió que hubo una ocasión en la que se sintió muy raro tras haber hecho una consulta telefónica en la que una persona mayor había pedido ayuda porque le dolía el pecho y no podía hablar ni levantarse. Al ver la debilidad del paciente al intérprete se le quedó mal cuerpo, ya no solo por la tensión, sino por la incertidumbre de no saber qué había pasado después. El segundo intérprete explicó que es muy doloroso, pero que con el tiempo se aprende a canalizarlo y a ponerte un «escudo» para que no afecte tanto. No obstante, reconoció que al principio le resultó muy difícil. La tercera intérprete una vez se sintió tan afectada psicológicamente que lloró durante la entrevista, pero, poco a poco ha ido a prendiendo a concentrarse para así poder mediar. Puso el ejemplo de una paciente que sufría tuberculosis y a la que había que cambiarle la medicación porque la que estaba tomando no funcionaba, la paciente comenzó a llorar y a hacer muchas referencias a su religión. Por su parte, la cuarta intérprete explicó que es necesario mantenerse entera para poder hacer el trabajo bien, pero que sí había situaciones que le habían afectado mucho y que después había tenido que hablar con personas de su entorno para disminuir el impacto psicológico y lograr distraerse. La quinta intérprete contó que tras alguna interpretación ha tenido que irse al baño a llorar o a darse un paseo. A ella le ayuda comentarlo con compañeros de trabajo o con su marido y amigos, pero siempre sin desvelar datos identificables. Para esta intérprete es fundamental reconocer cómo se siente para así poder lidiar con estas emociones y recordarse a sí misma que ha hecho todo lo que ha podido y que ya lo demás está en manos de Dios. Afirmó que en algunas ocasiones la tristeza dura varios días. Por último, el séptimo intérprete dijo que sí ha vivido interpretaciones que le han afectado, sobre todo aquellas en las que hay una carencia de empatía y en las que se ha sufrido una situación similar a la del paciente.

Todas estas respuestas muestran claramente que la comunicación de malas noticias tiene un gran impacto psicológico en las personas que la llevan a cabo, por eso es fundamental que se propongan soluciones para reducir e incluso, si se pudiera, eliminar las consecuencias de desempeñar esta tarea. Ya en el marco teórico se exponía esta cuestión y se añadía una cita de Ruiz, A. (2010) que refleja esta realidad: «el intérprete médico puede sufrir daños emocionales al trabajar para los servicios de salud». Existen ciertas situaciones, incluidas en el marco teórico, que pueden conllevar una afectación mayor. A pesar de ello, prácticamente todas las situaciones en las que hay una mala noticia involucrada suponen un impacto para los profesionales que la transmiten.

Es indispensable poner soluciones para hacerle frente a este grave problema. Por eso, se les ha preguntado a los intérpretes cuando sienten emociones negativas a raíz de informar al paciente sobre una noticia negativa. Cada uno de ellos explicó que actividades hace para sentirse mejor, pero, como es el caso de los médicos entrevistados, ninguno de ellos ha acudido a terapia para que se les guíe en la gestión de estas emociones.

El primer intérprete entrevistado dijo que suele quedárselo para él, pero que alguna vez que le ha afectado más sí que lo ha compartido con alguien para exteriorizarlo y evitar quedarse con las sensaciones negativas que le ha dejado la interpretación. En todos estos casos ha guardado siempre la confidencialidad. El segundo intérprete hace actividades que le permitan liberar el estrés emocional, como yoga, meditación o pilates. La intérprete que fue voluntaria de la Cruz Roja explicó que trata de distraerse escuchando música, viendo una serie, leyendo o haciendo deporte. También acude a su círculo cercano para que le aconsejen, pero sin revelar ningún dato identificativo. La cuarta intérprete dijo que en ocasiones habla con personas cercanas y que normalmente necesita cinco minutos entre una consulta telefónica y la siguiente para no estar contaminada por las emociones sentidas en la interpretación del paciente anterior. En caso de que la experiencia haya sido especialmente desagradable trata de no ser tan exigente posteriormente, al estudiar o trabajar. La quinta intérprete hace actividades al aire libre, como pasear, orar, caminar, hacer ejercicio o hacer respiraciones. Le gusta cambiar de actividad para hacer algo que disfrute y que le permita relajarse. Finalmente, el último intérprete tiene una reunión cada dos meses por Zoom con sus compañeros para hablar del trabajo y desahogarse.

Cada intérprete tiene una manera de afrontar las emociones negativas causadas por la transmisión de malas noticias. No obstante, todos ellos hacen actividades que les resultan agradables y gratificantes y también acuden a alguien para comentar cómo se sienten a consecuencia de la comunicación de diagnósticos negativos. En lo que respecta a este último punto, los intérpretes entrevistados respetan el principio de confidencialidad explicado en el apartado de los códigos deontológicos del marco teórico. Este principio moral impide que los profesionales revelen los datos personales e identificativos de los pacientes a los que interpretan, en este caso en las consultas de atención sanitaria. Sin embargo, pueden comentar cómo se sienten y lo que ha ocurrido con personas cercanas o con sus compañeros siempre que no revelen ningún dato personal del paciente. Tanto es así que todos ellos han hecho mención, en algún punto de la entrevista, a que acuden a otras personas en busca de apoyo emocional cuando se ven especialmente afectados por la comunicación de un diagnóstico negativo.

Esta manera de desahogarse hablando con otras personas es lo que recibe el nombre de «ventilación emocional» en el marco teórico. En el epígrafe en el que se exponen distintas posibles herramientas, soluciones y técnicas para disminuir este impacto emocional se hace referencia a otras maneras de despejarse, desahogarse y liberar emociones negativas. A algunas de ellas, como las técnicas de relajación y respiración, han hecho alusión los intérpretes en la última pregunta de las entrevistas. El hecho de que los intérpretes utilicen estas herramientas y técnicas demuestra que no solo se incluyen en la teoría, sino también en la práctica. Esto demuestra su gran utilidad a la hora de controlar y gestionar las emociones, tanto positivas como negativas.

Como ya se ha mencionado en las líneas anteriores, resulta llamativo que ninguno de los intérpretes ni de los médicos haya pedido ayuda a un profesional en psicología. Es evidente que no en todos los casos es necesario y en muchos de ellos, como se ha visto en las entrevistas, se puede resolver el problema, la existencia de emociones negativas, sin ir a terapia. Sin embargo, me gustaría reiterar que, en caso de que sea necesario, la ayuda psicológica es realmente beneficiosa y puede llegar a disminuir los síntomas de un sufrimiento que podría ser mayor e incluso peligroso para la salud mental de afectado.

El objetivo de estas técnicas es lograr el bienestar de la persona que debe exponerse a comunicar malas noticias a menudo. Para ello, es importante intentar mantener una actitud positiva, tal y como se ha expuesto en el marco teórico, en el que se incluyen los beneficios de este positivismo, analizados por Molina, C. (2013). Mantener esta actitud positiva no siempre es fácil, por eso hace falta una práctica constante en la gestión de las emociones, así como fuerza de voluntad y perseverancia (Gutiérrez-Trigo, J. et al., 2017).

La conclusión de este epígrafe es similar a la del anterior. Mediante las respuestas dadas durante la entrevista se evidencia la falta de formación psicológica que reciben los intérpretes durante su vida académica y profesional. También se demuestra que la comunicación de malas noticias es una tarea extremadamente complicada que puede tener consecuencias negativas en sus transmisores desde el punto de vista emocional. Esto se debe a que comunicar algo negativo a un paciente no resulta en absoluto agradable y, como consecuencia, se pueden dar situaciones muy difíciles de gestionar. Por eso es importante que se haga uso de diferentes estrategias que permitan al intérprete ser empático y suavizar la noticia. De esta manera el impacto para el paciente será menor, aunque siga existiendo. Por último, al haber un impacto emocional negativo también en el intérprete, es necesario que trate de disminuir las emociones negativas mediante actividades gratificantes, terapia u otros medios.

Todo lo expuesto en el párrafo anterior no hace más que dejar claro que la formación emocional en medicina y en interpretación sanitaria es indispensable y solo puede ser beneficiosa para ambos grupos de profesionales y para el paciente. Por ello, es urgente que se implementen medidas que corrijan la tendencia actual y que se le dé importancia a este problema para así poder poner soluciones y evitar que el impacto emocional sea más grave y perjudicial para las partes implicadas. También es imprescindible recalcar la utilidad de acudir a un profesional si las circunstancias así lo requieren.

4.3. Análisis de los resultados en gráficos

En este apartado se reflejarán los resultados obtenidos de las entrevistas en diferentes gráficos. En primer lugar, se mostrarán los porcentajes de coincidencia entre los médicos y los intérpretes sanitarios entrevistados en lo que respecta a las preguntas comunes en las entrevistas de ambos grupos de profesionales. En segundo lugar, se incluirán gráficos del porcentaje de coincidencia entre los médicos y entre los intérpretes en respuesta a las preguntas formuladas.

La intención de los gráficos es ilustrar de forma visual los resultados obtenidos que ya han sido explicados y analizados en los apartados anteriores.

4.3.1. Porcentaje de coincidencia entre médicos e intérpretes sanitarios

Los siguientes gráficos ilustran hasta qué punto las respuestas de ambos grupos de profesionales coinciden en aquellas preguntas comunes a ambas entrevistas.

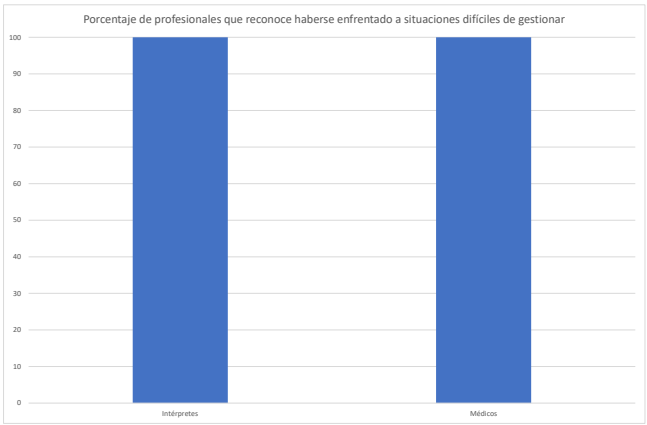

Ilustración 1: Situaciones difíciles de gestionar

Este primer gráfico muestra que tanto los médicos como los intérpretes sanitarios se han encontrado en algún momento de su vida profesional una situación complicada en la que resultaba difícil actuar, ya sea debido a la reacción del paciente, de los familiares o por la gravedad de la situación.

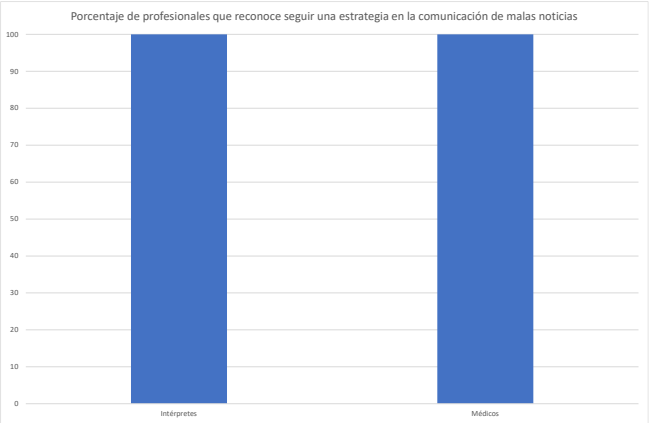

Ilustración 2: Estrategias en la comunicación de malas noticias

Este gráfico ilustra que todos los médicos y los intérpretes sanitarios entrevistados hacen uso de algún tipo de estrategia a la hora de comunicar las malas noticias.

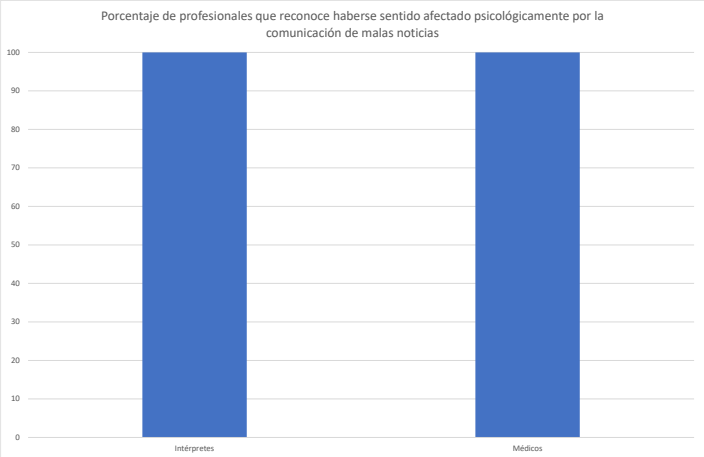

Ilustración 3: Afectación psicológica

Todos los médicos e intérpretes sanitarios entrevistados reconocen haberse visto afectados psicológicamente a causa de la comunicación de malas noticias.

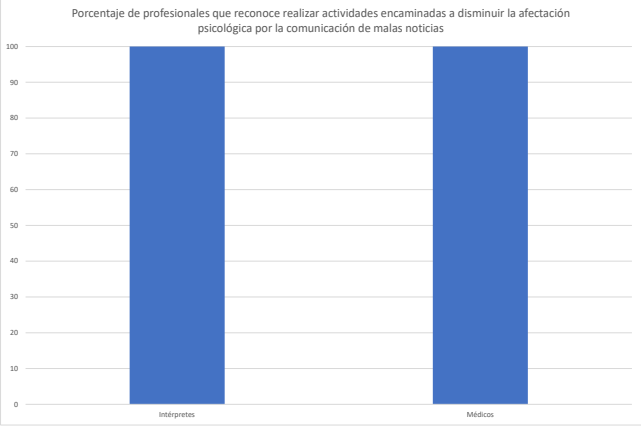

Ilustración 4: Soluciones al impacto emocional

Este último gráfico muestra que todos los profesionales entrevistados tratan de poner soluciones al impacto emocional que sufren por la comunicación de malas noticias. Para ello realizan actividades que les permitan despejarse y relajarse.

Tras haber analizado estos cuatro gráficos, se puede ver que el porcentaje de coincidencia en las preguntas comunes es del 100 %, lo cual indica que el impacto psicológico efectivamente existe a consecuencia de la frecuente comunicación de malas noticias. Además, resulta esperanzador que todos los profesionales hagan un esfuerzo por sentirse mejor y reducir el impacto emocional sufrido.

4.3.2. Porcentaje de coincidencia entre los médicos

Una vez analizadas las preguntas comunes, resulta interesante ver si existe un consenso entre los médicos. Por ello, en este apartado se ilustrará mediante gráficos el porcentaje de coincidencia entre los profesionales de la salud entrevistados.

Ilustración 5: Especialidades médicas

En este gráfico se reflejan las especialidades de los médicos entrevistados, que son relevantes a la hora del trato con los pacientes.

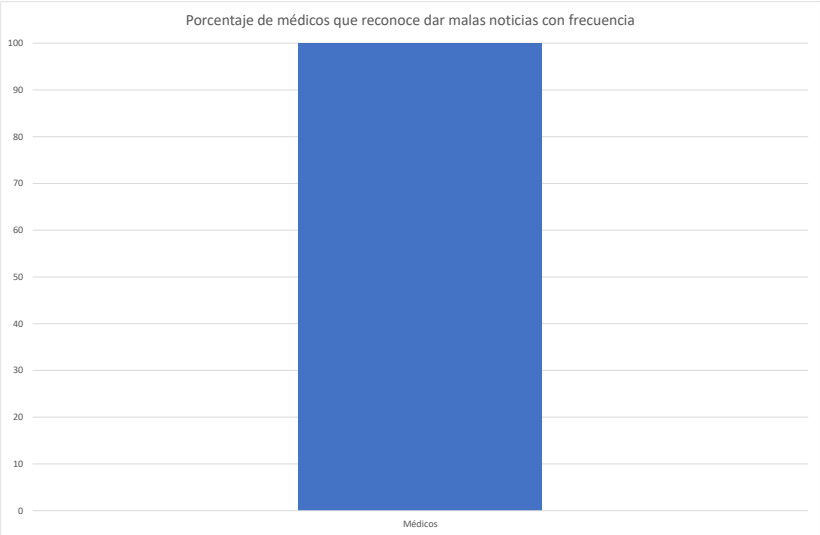

Ilustración 6: Frecuencia de la comunicación de malas noticias

Como se puede ver en el gráfico, todos los médicos entrevistados reconocen dar malas noticias con frecuencia.

Ilustración 7: Reacciones de los pacientes y familiares

La mayoría de los médicos, concretamente un 60 %, afirma que la reacción de los pacientes y de los familiares depende de la situación, lo que incluye, entre otros, la personalidad del paciente, si se esperaba la notica, el nivel socioeconómico y la educación recibida. Cabe destacar que uno de los médicos, el pediatra, explicó que los pacientes generalmente reaccionan bien. Por último, una de las médicos de familia comentó que en muchas ocasiones los familiares reaccionan peor que los propios pacientes.

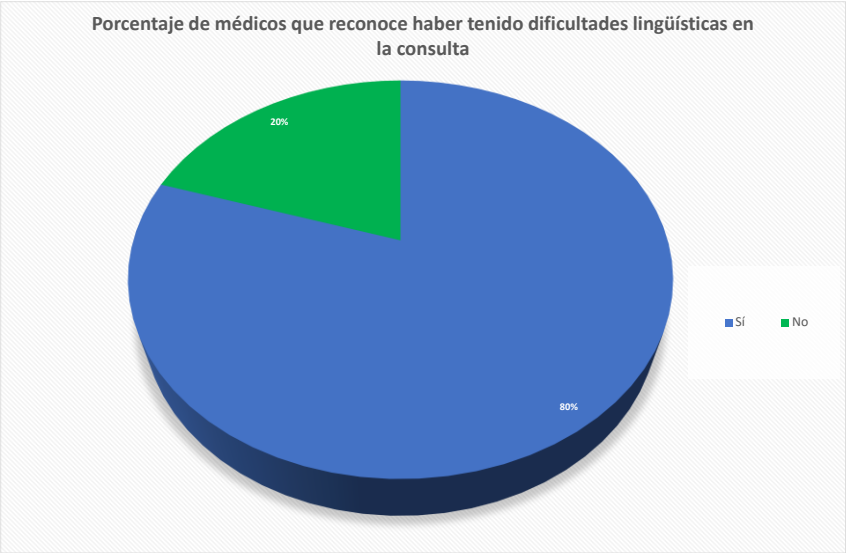

Ilustración 8: Dificultades lingüísticas en consulta

La mayoría de los médicos reconoció haber experimentado en algún momento de su carrera profesional dificultades lingüísticas debidas a que el paciente no hablaba español. Este hecho pone de manifiesto lo indispensable que es la presencia de un intérprete médico cuando hay un paciente extranjero.

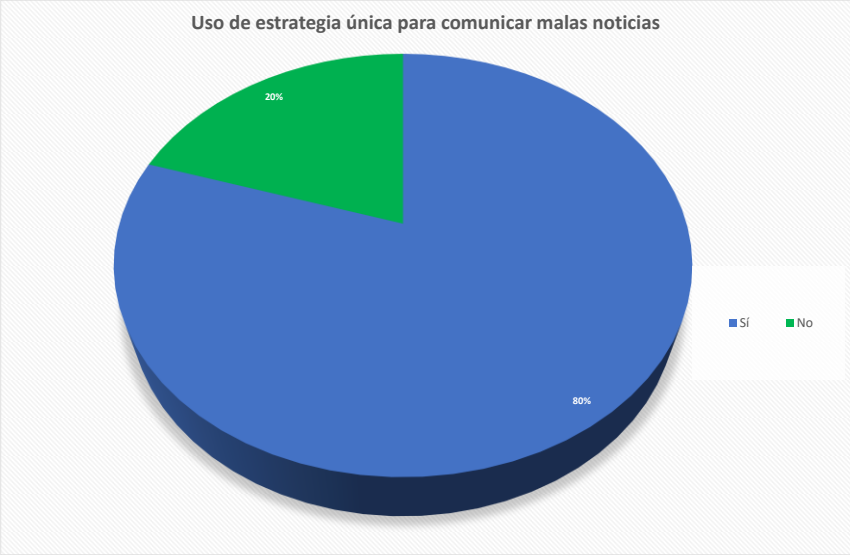

Ilustración 9: Estrategia única para dar malas noticias

Todos los médicos, excepto una, afirmaron utilizar siempre la misma estrategia en la transmisión de malas noticias. La única que no utiliza una estrategia única explicó que depende del contexto y del paciente.

4.3.3. Porcentaje de coincidencia entre los intérpretes sanitarios entrevistados

En este epígrafe se muestra el porcentaje de coincidencia de los intérpretes en las respuestas proporcionadas, haciendo uso de gráficos.

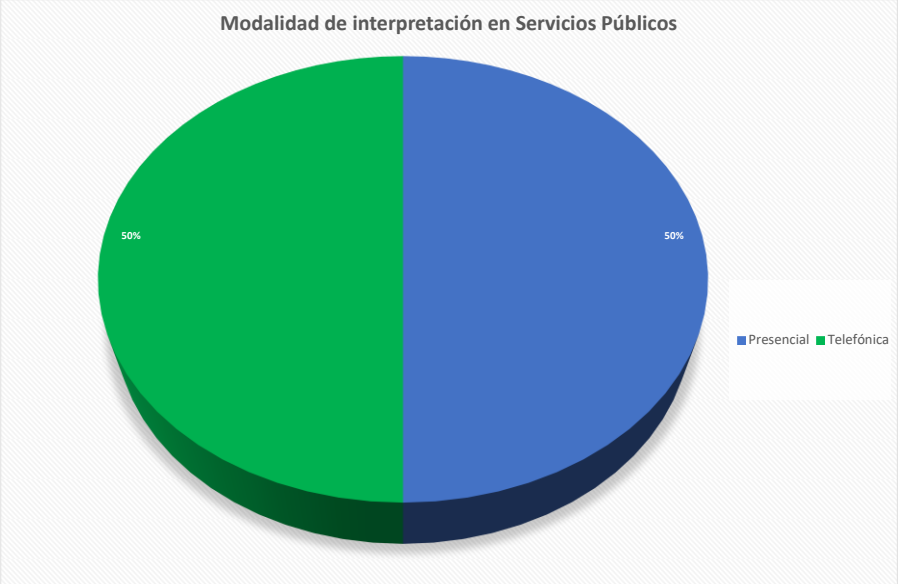

Ilustración 10: Modalidad de Interpretación en los Servicios Públicos

Todos los intérpretes entrevistados trabajan en los servicios públicos, pero la mitad de ellos lo hacen de manera presencial, mientras que la otra mitad realiza interpretaciones telefónicas.

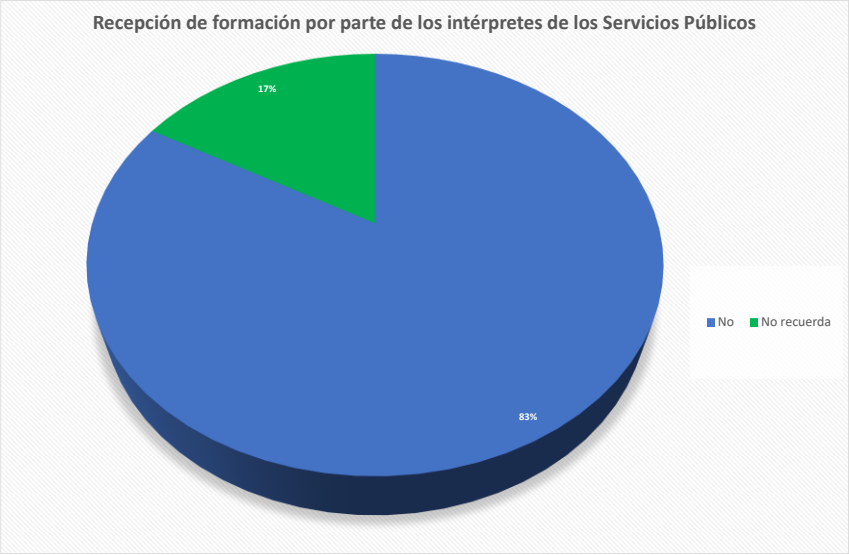

Ilustración 11: Formación de los intérpretes médicos

Todos los intérpretes, excepto una, niegan haber recibido formación psicológica para estar preparados para la comunicación de malas noticias. Esta última no recuerda si la recibió, aunque supone que sí.

5. Conclusiones

Una vez expuesto el marco teórico, en el que se incluye una descripción detallada del panorama de la comunicación de malas en medicina, y el análisis de los resultados, en el que se relacionan estas nociones teóricas con la situación real vivida por los médicos e intérpretes entrevistados, se procederá a exponer las conclusiones de este Trabajo de Fin de Máster, extraídas de los dos epígrafes mencionados previamente.

En el marco teórico y en la introducción queda claro que la comunicación de noticias negativas es realmente frecuente en medicina, y así lo afirman Bascuñán, M. et al. (2007) en su artículo acerca de la comunicación de malas noticias en medicina. Según el BOE (Ley 41/2002), el personal sanitario y, por extensión, el intérprete médico, si lo hay, son responsables de informar al paciente sobre su situación y diagnóstico. Por consiguiente, no se trata de algo opcional, sino que se trata de una obligación intrínseca a la labor del personal de la salud y de los intérpretes médicos. Evidentemente no se trata de una tarea agradable, ya que, como se indica en la definición de malas noticias proporcionada en la introducción, esta información altera negativamente las proyecciones de futuro del paciente. Por eso, para que el impacto en el paciente sea menor, es necesario ser empático y comunicar el diagnóstico negativo con suavidad, pero también de forma clara para que no queden dudas acerca de la posible enfermedad y de la gravedad de la misma. De hecho, de acuerdo con Sweeny, K. et al. (2011), existen seis objetivos a cumplir cuando se entrega una mala noticia que deben cumplirse para que la afectación del paciente sea menor y para que la información llegue de manera clara al paciente y sus familiares, así el paciente podrá tomar una decisión informada basada en las recomendaciones del personal sanitario y en su propio criterio. Con el propósito de que estos objetivos se cumplan se deben seguir una serie de pasos que permitirán preparar al paciente para comprender, asimilar y aceptar la noticia.

De la información explicada en el párrafo anterior se puede deducir que la transmisión de malas noticias en medicina es una labor complicada para la que es necesario estar preparado. Por ello, es fundamental que el personal sanitario y los intérpretes médicos estén formados para realizar esta indispensable y complicada labor. No obstante, como explica Gordillo, C. et al. (2020), los profesionales de la salud no están formados para transmitir adecuadamente las malas noticias sin verse afectados psicológicamente por ellas. Tampoco los intérpretes médicos reciben formación específica para la comunicación de diagnósticos negativos (Sanz-Romero, R. 2017). De esta carencia nace este Trabajo de Fin de Máster con el objetivo de concienciar acerca de la importancia de formar a los facultativos y a los intérpretes médicos ya no solo para que transmitan la información con

empatía, claridad y suavidad, sino también para que no se vean tan afectados emocionalmente por las malas noticias.

Como se ha expuesto en el marco teórico, las malas noticias pueden conllevar que los profesionales que las comunican sufran un gran impacto psicológico que les afecte en su vida personal y laboral. Ruiz, A. (2010) explica que la exposición a los diagnósticos negativos puede provocar daños emocionales en los intérpretes. Esta es la razón por la que en el marco teórico se analizan los tipos de emociones para poder reconocerlas y lidiar con ellas. La gestión de las emociones puede lograrse de diferentes maneras, siempre con esfuerzo y fuerza de voluntad. Las dos vías para lograrlo son mediante la ayuda de un profesional de la psicología y a través de herramientas y técnicas que pueden hacerse sin ayuda de ningún psicólogo. En el apartado en el que se incluyen las nociones teóricas se incluyen diferentes técnicas que puede hacer el propio facultativo o intérprete por sí mismo y también diversos tipos de terapia en los que ya estaría implicado un psicólogo.

Estas posibles soluciones son realmente útiles y beneficiosas ya que permiten reducir las consecuencias derivadas de la transmisión de las malas noticias comunicadas en consulta, disminuyendo así el impacto psicológico. Esta afectación emocional puede producir desde un estrés leve hasta un trastorno depresivo. Por consiguiente, estas herramientas pueden contribuir a la salud mental de los afectados de una manera realmente positiva, promoviendo el bienestar, la salud mental e incluso la física. Esta última se vería también beneficiada porque en numerosas ocasiones los problemas que afectan en el plano emocional se ven reflejados en la salud física, por ejemplo, una persona que se sienta estresada puede sufrir dolencias de distintos tipos, como cefalea, gastroenteritis o tensión muscular.

El intérprete médico y el facultativo tienen un gran abanico de opciones a las que recurrir para reducir el impacto emocional, pero para hacer uso de ellas es necesario que las conozca, de ahí que se haya hecho este Trabajo de Fin de Máster, que, entre otros propósitos, pretende dar a conocer las posibles soluciones que pueden ayudar a gestionar las emociones negativas.

Los párrafos previos de este epígrafe aportan un breve resumen del marco teórico. No obstante, este trabajo no se queda solo en la teoría, sino que pone la realidad en relación con los conceptos teóricos, de ahí que se hayan realizado once entrevistas, cinco a médicos y seis a intérpretes sanitarios.

Gracias a las respuestas de estos profesionales ha sido evidente que aquello que se ha explicado en el marco teórico realmente ocurre. Por consiguiente, se ha probado la hipótesis inicial en la

que se intuía que hay una carencia de formación psicológica y una preparación previa para comunicar las malas noticias en medicina, así como la existencia de un impacto psicológico a consecuencia de esta comunicación.

Todos los médicos coincidieron en que las malas noticias se dan a menudo en su trabajo y en que en ocasiones los pacientes y sus familiares tienen reacciones que son difíciles de gestionar, por lo que todos los médicos entrevistados han vivido situaciones complicadas al transmitir diagnósticos negativos. Todos ellos afirmaron que se han visto afectados emocionalmente de una manera u otra al entregar una mala noticia y ante esto ponen soluciones haciendo actividades gratificantes y que les relajen para disminuir la afectación psicológica. También se les preguntó si alguna vez habían tenido dificultades lingüísticas con pacientes extranjeros. A esta última pregunta todos respondieron que sí excepto el pediatra. Estas respuestas afirmativas demuestran la importancia de los intérpretes médicos que sirven como puente entre lenguas y culturas.

Por su parte, los intérpretes contaron su experiencia como profesionales de la comunicación sanitaria y todos ellos negaron haber recibido una formación específica y profunda para comunicar malas noticias y lidiar con sus consecuencias. Al igual que los médicos entrevistados, estos intérpretes en algún momento se han encontrado con situaciones difíciles de gestionar. Por ello, en algunos casos es importante que exista una estrategia para transmitir las malas noticias, lo cual es aplicable para los médicos y para los intérpretes sanitarios. Todos los intérpretes coincidieron, así como los médicos, que la empatía es un pilar fundamental en la comunicación de malas noticias, al igual que la claridad para que el paciente vea la realidad tal y como es. Los intérpretes entrevistados hacen diferentes actividades para reducir el impacto psicológico que sufren al transmitir estos diagnósticos desagradables.

Se puede concluir pues que el marco teórico ilustra una realidad que viven los médicos y los intérpretes sanitarios, lo cual ha quedado demostrado en las entrevistas. Resulta indudable que una pieza clave en la comunicación de malas noticias es la preparación y la formación previas para así ser capaz de mostrar empatía y ser claro al dar la información. Además, es indispensable que el profesional de la salud y el intérprete sepan lidiar con las consecuencias derivadas de esta difícil labor.

Para lograr lidiar con ellas se puede acudir a un profesional o también se pueden usar técnicas y herramientas que permitan que el profesional reduzca el impacto por sí mismo. Llegados a este punto es de gran importancia enfatizar que la salud mental es igual de importante que la salud física y que es necesario cuidar ambas, recurriendo a los medios que sean necesarias para protegerlas. Este

trabajo se centra en la salud mental, por ello, recalco que pedir ayuda no es un signo de debilidad, sino de valentía, que permite que el afectado se sienta mejor y pueda desempeñar su trabajo adecuadamente y, aún más importante, pueda encontrar la estabilidad y logar el bienestar.

Por último, gracias a las respuestas del primer médico entrevistado, el pediatra, se puede concluir que comunicar malas noticia no solo tiene repercusiones negativas para el médico e intérprete, sino que posiblemente les haga sentir satisfechos por haber realizado su labor correctamente, mostrando empatía y contribuyendo a que el paciente goce de salud. Esta realidad también se ve reflejada en la entrevista de la quinta intérprete, que cuenta que sabe que ha hecho su trabajo y todo lo posible para ayudar. Por consiguiente, se podría decir que no todo es negativo, sino que hay una parte de la comunicación de malas noticias que resulta muy gratificante, ya que implica ayudar a los pacientes a lograr su bienestar y a cuidar su salud física y mental.

6. Propuestas de futuro

Este Trabajo de Fin de Máster pretende ser un punto de inicio para posteriores investigaciones acerca de la salud mental y el bienestar del personal sanitario y de los intérpretes médicos que comunican malas noticias con cierta frecuencia.

Sin embargo, no se debe quedar ahí, en investigar, sino que se tiene como objetivo que la investigación sea la base para la implementación de diferentes medidas con las que se disminuya el impacto psicológico causado por la comunicación de malas noticias.

En este Trabajo de Fin de Máster se han descrito distintas propuestas que se podrían incluir en la formación de ambos grupos de profesionales para que estén preparados psicológicamente para realizar su labor. Igualmente, se han explicado diferentes herramientas y técnicas para lidiar con las consecuencias negativas de la transmisión de malas noticias.

Con este estudio se tiene la intención de que la formación psicológica de los profesionales de la salud y de los intérpretes médicos mejore y sea más exhaustiva. Asimismo, se quiere reducir el impacto emocional sufrido por estos grupos de profesionales. Por consiguiente, toda aportación y crítica constructiva será bienvenida para así poder lograr estos dos grandes objetivos.

7. Resumen

7.1. Resumen en español

En este Trabajo de Fin de Máster se expone la situación actual en lo que respecta a la comunicación de malas noticias en medicina. Este estudio se realiza desde una doble perspectiva, la del personal sanitario y la de los intérpretes médicos. Ambos coinciden en que las malas noticias son

frecuentes en medicina y, por lo tanto, una de las labores de estos profesionales es informar acerca de ellas. No obstante, en este trabajo se evidencia la falta de formación recibida para llevar a cabo esta tarea y también se subraya la urgente necesidad de incluir una preparación exhaustiva para que tanto el profesional de la salud como el médico estén formados para comunicarlas y para hacer frente a sus posibles consecuencias, es decir, el impacto emocional.

Para ello, se ha hecho un análisis exhaustivo de la situación actual mediante la revisión de la literatura existente y, para probar las nociones teóricas, también se han hecho once entrevistas, cinco a médicos y otras seis a intérpretes sanitarios. Gracias a ello, se ha comprobado que efectivamente existe el impacto psicológico a consecuencia de las malas noticias y, por consiguiente, es necesaria la formación. El objetivo principal es, pues, concienciar sobre esta necesidad para que se incluya una preparación previa, así como aportar soluciones para reducir el impacto emocional sufrido.

7.2. Resumen en inglés

In this paper the current situation regarding the communication of bad news is analysed and explained from a double perspective, that of the health staff, and that of the medical interpreters. Both groups of professionals agree that bad news are frequent in medicine and, consequently, one of the tasks of these professionals is communicating them. However, in this paper the lack of training to carry out this task is demonstrated and the urgent necessity of having a thorough preparation for the health professional and the medical interpreter to be prepared to communicate them is highlighted, these professionals must also be trained to face the possible consequences of this job, that is to say, the emotional impact.

To achieve that aim, a deep analysis of the existing literature has been made, as well as eleven interviews, five of them to doctors, and six of them to medical interpreters, with the purpose of proving the theoretical concepts. Thanks to these interviews, it has been demonstrated that an emotional impact caused by the communication of bad news exists, and, therefore, there is a necessity for these professionals to be trained. The main objective is, thus, raising awareness about this necessity so that a psychological training is included in the curriculum, as well as giving solutions to reduce the emotional impact suffered.

8. Palabras clave

Comunicación de malas noticias, impacto emocional, personal sanitario, intérpretes médicos, necesidad de formación psicológica

9. Bibliografía

Ainara, A. & Uriarte, J. (2006). Estigma y salud mental. *Norte de salud mental*. (26). 49-59.

Alves de Lima, A. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista argentina de cardiología. 71*(3), 217-220.

Angelelli, C. V. (2004). Medical interpreting and cross-cultural communication. Cambridge University Press.

Angelelli, C. (2006). Validating Professional Standards and Codes: Challenges and Opportunities, *Interpreting, 8*(2): 175-193.

Arnold, R., Butow, P., Clayton, J. & Tattersall, M. (2005). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer. 103*(9). 1965-75.

Arraya, M. & Lizarraga, S. (2001). Malas noticias y apoyo emocional. *Anales. 24*(2). 55-63.

American Society for Testing and Materials (ASTM). (2007). Standard Guide for Language Interpretation Services. F2089-01. http://www.astm.org/Standards/F2089.htm

Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT). (2012). AUSIT Code of Ethics and Code of Conduct. http://ausit.org/AUSIT/Documents/Code_Of_Ethics_Full.pdf

Back, A. & Curtis, A. (2002). Communicating bad news. *West Med. 176*(3). 177-80.

Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Sist. Sanit. Navar. 29*(3). 19-27.

Barnhill, J. (2020). Introducción a los trastornos de ansiedad. *Manual MSD*. Recuperado de https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad

Baixauli-Olmos, L. (2012): La interpretació als serveis públics des d'una perspectiva ética: La deontologia professional i l'aplicació al context penitenciari. [Tesis doctoral]. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.

Baixauli-Olmos, L. (2014): «Los códigos hablan… pero nosotros decidimos. Aportaciones a la práctica de la MILICS desde la deontología profesional», en Grupo CRIT: La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario. Granada: Comares, 13-49.

Basquñán, M., Roizblatt, A. & Roizblatt, D. (2007). Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra. 51*(2). 28-31.

Beveridge, H., Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med. 16*(4). 297-303.

Bisquerra, R., Obiols, M. & Redorta, J. (2006). Emoción y conflicto. Aprenda a manejar las emociones. Barcelona. Paidos: Ibérica.

Bolden, G. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. Discourse studies. 2. 387-419.

Buckman, R. (1984). Breaking Bad News. Why Is It still so Difficult? Br Med J. 288(6430). 1597-1599.

Buckman, K. (1992). Breaking bad news: a six-step protocol. How to break bad news: a guide for heath care professionals. En Buckman R, editor. Baltimore, The Johns Hopkins University Press. 65-97.

Campos, J. (2004). Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. Universitat Jaume I.

California Healthcare Interpreting Association (CHIA). (2002). California standards for healthcare interpreters: Ethical principles, protocols, and guidance on roles & intervention.

California Healthcare Interpreters Association (CHIA) y California Endowment (2012): Estándares para Intérpretes Médicos en California: Principios Éticos, Protocolos y Lineamientos Sobre la Función y las Intervenciones del Intérprete.

Camarena, P., Cestona, I. & Moreno, J. (2020). El impacto emocional de la pandemia por Covid-19. Una guía de consejo psicológico. Madrid Salud.

Cárdenas, L. & Osorio, J. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. Universidad de San Buenaventura Medellín.

Carrión, C., Castro, A., Cerezo, C., Cordon, F., Gali, B., Grau, A., Quesada, M., Toran, P., Vargas, S., Zamora, A. (2015). Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. Elsevier. 18(2). 114-120.

Del Pozo, Mª. I. & Campillo, L. (2016). La interpretación telefónica y su práctica profesional. Estudio del caso sobre dos empresas proveedoras del servicio en España. *Sendebar*. (27). 73-95.

Domínguez, P. (2013). Ser emocionalmente competentes, con arte. Educación artística terapéutica para la gestión emocional. Universidad de Huelva.

D'Zurilla, T., Nezu, A. & Nezu, C. (2014). Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.

Espinoza-Suárez, N., Mejía, L. & Milagros, C. (2017). Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr*. *80*(2). 125-136.

Esteve, E. (2014). La percepción de la figura del intérprete en los servicios sanitarios y judiciales de Castellón. [Trabajo de Fin de Grado]. Universitat Jaume I.

Fernández, M. (2011). Variedades de exercicios de roleplay como ferramenta didáctica na formación de intérpretes para os servizos públicos. En S. Cruces Colado, M. del Pozo Triviño, A. Luna Alonso & A. Álvarez Lugrís (Eds.), Traducir en la frontera (pp. 161-169). Granada: Atrio

Fernández, M. (2015). Designing role-play Models for Telephone Interpreting Training. *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*. (2), 259-279.

Fernández, M. (2015). Propuestas de ejercicios de simulación para la didáctica de la interpretación telefónica. *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*. (2). 259-279.

Gala, F. (2006). La comunicación de malas noticias, reto para el profesional sanitario (P.S.). Un abordaje desde la psicología de la salud. Revista de psicología de la salud. 18(2).

Gamba, A. (1988). La comunicazione delle diagnosi di cancro. *Lega italiana per la lotta contro i tumori*. 8-10. Milan

Gao, Z. (2011). Delivering bad news to patients—the necessary evil. J Med Coll PLA. 26(2). 103–8

García-Allen, J. (2015). Burnout (Síndrome del quemado): cómo detectarlo y tomar medidas. Psicología y mente. Recuperado de https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado

García, F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Elsevier. 30(9). 452-459.

García, F. (2009). La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: realidad social y reto pedagógico. Redit. (2). 18-30.

Gómez, M. (2006). Cómo dar malas noticias en medicina. Madrid. Arán

Gordillo, G. (2020). Estrategia de simulación para aplicar el protocolo SPIKES en la comunicación de malas noticias. Universitas Medica. 61(3).

Guerrero, C., Guil, R., Gutiérrez-Trigo, J. & Mestre, J. (2017). Gestión de las emociones en el día a día. Potenciemos las positivas y controlemos las positivas. Madrid: Pirámide.

Hale, S. Beatriz. (2007). Community interpreting. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Han, P., Shepperd, J. & Sweeny, K. et al. (2011). The goals of communicating bad news in health care: do physicians and patients agree? *Health Expec. 16*(3). 230-8.

Herrera, A., Manríquez, J., Ríos, M. & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev. Med. Chile. 142*(10). 1306-1315.

Iglesias, P. (s.f.). Síntomas del ataque de pánico o crisis de angustia. Consulta Iglesias. Psiquiatría y psicología. Recuperado de https://consultaiglesias.com/articulos/sintomas-del-ataque-de-panico-o-crisis-de-angustia/

Kalina, S. (2015): «Ethical challenges in different interpreting settings», *MonTI. 2*. 63-83.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274, de 14 de noviembre de 2002.

Lillo, S. (2014). El proceso de comunicar y acompañar a los padres y al paciente frente al diagnóstico de discapacidad. *Rev. Med. Clin. Condes. 25*(2). 372-379.

Luque, M. (2008). La interpetación telefónica en España. Hermeneus. Revista de Traducción e Interpretación. (10)

Martin, A. (2003). «Investigación en interpretación social: Estado de la cuestión». En Emilio Ortega Arjonilla (dir.). *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio (2 vols.), 1, 431-446.

Martin, A. & Valero-Garcés, C. (2008): «Introduction», en Carmen Valero-Garcés y Anne Martin (eds.): Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas. Ámsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 1-8.

Martín, I. & Trujillo, C. (2009). Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. *Revista Latinoamericana de Bioética. 9*(2). 76-85.

MedInt (2008). MedInt: Developing a curriculum for medical interpreters. Recuperado de https://goo.gl/QfrQdR

Merino, M. & Pérez, J. (2010). Definición de Trauma. Definición.de. Recuperado de https://definicion.de/trauma/

Miranda, S. (2021). ¿Qué es un trauma? Tipos, síntomas y tratamientos. Medical News Today. Recuperado de https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/que-es-trauma

Molina, C. (2013). Emociones expresadas, emociones superadas. Una guía para lograr el equilibrio psicológico a través de la gestión de nuestras emociones. Madrid: Oniro.

Morales, A. (2015). El impacto psicológico en el intérprete. [Trabajo de Fin de Máster]. Universidad de Alcalá de Henares.

Navaza, B. (2014). Interpretación sanitaria y mediación intercultural. En Gutiérrez Rodilla, Bertha & Fernando Navarro (eds.). La importancia del lenguaje en el entorno biosanitario. Barcelona, Fundación Dr. Antonio Esteve.

Ortiz, M. (2004). La medicina, la Atención médica y la lengua en la XLIV Conferencia Anual de la ATA. *Panace@. 15*(5). 88-89.

Pérez, F. (2019). Estrés crónico: definición, tipos y tratamiento. La mente es maravillosa. Recuperado de https://lamenteesmaravillosa.com/estres-cronico-definicion-tipos-tratamiento/

Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. Enfermería integral. (74). 27-34.

Raga, Francisco (2014): «Contextualización cultural en mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario», en Grupo CRIT: La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario. Granada: Comares, 91-131.

Regueiro, A. (2019). Conceptos básicos: ¿qué es el estrés y cómo nos afecta? Servicio de atención psicológica de la Universidad de Málaga.

Rodrigo, E. (2018). La interpretación en el ámbito sanitario: Un análisis desde el punto de vista de intérpretes profesionales y del personal sanitario. [Trabajo de Fin de Grado]. Universitat Jaume I.

Rosas, M. (2017). El síndrome de desgaste por empatía. Psicología y mente. Recuperado de https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-desgaste-por-empatia

Ruiloba, E. (s.f.). La importancia de la autoestima. Ruiloba Psicología. Recuperado de https://ruilobapsicologia.com/la-importancia-de-la-autoestima/

Ruiz, A. (2010). La enseñanza de la interpretación social en el contexto biosanitario: la preparación psicológica del intérprete médico. *TRANS. 14*. 143-160.

Sabater, V. (2020). Síntomas de estrés postraumático. La mente es maravillosa. Recuperado de https://lamenteesmaravillosa.com/sintomas-de-estres-postraumatico/

Sánchez, G. (2021). El estrés acumulativo, ¿qué es y qué efectos tiene? La mente es maravillosa. Recuperado de https://lamenteesmaravillosa.com/estres-acumulativo/

Sanz-Moreno, R. (2017). «La inclusión del médico en la formación del intérprete en el ámbito sanitario». *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 11*(2), 203-222.

Silverman J, Kurtz S, Draper J. (2005) Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Publishing.

SOS-VICS. Recuperado de http://sosvics.eintegra.es/

Valero-Garcés, C. (2006). El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. Un factor a tener en cuenta. *Quaderns. 13*. 151-154.

Vidal, J. (s.f.). Depresión. Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,de%20actividad%20y%20del%20pensamiento.

Villa, B. (2007). Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Investigación.* (31). 1-9.

10. Anexos

Transcripción de entrevistas a médicos

PRIMERA ENTREVISTA

ENTREVISTA A PERSONAL SANITARIO

1. ¿Cuál es su puesto?

   Pediatra jubilado. Hospitales: formación. Consulta privada.

2. ¿Debe comunicar malas noticias a menudo?

Generalmente con mucha frecuencia tenías que dar malas noticias o con bastante frecuencia, ya que en el niño desde que nace hay noticias agradables (sobre todo) y también algunas veces son desagradables, de mayor o menor importancia. Partiendo de la base de que como son tantos años de profesión, desde el 60 hasta el 2002, ha habido muchos casos de malas noticias. Los más importantes generalmente son los que hay que dar cuando un niño nace con una malformación congénita, o bien, ha habido una malformación en el parto o cuando al niño le ha faltado oxígeno al nacer. Dependiendo, la mala noticia (diagnóstico o las secuelas de la enfermedad) se da cuando se hace el análisis, previa o posteriormente. No hay que decir que no tiene importancia, hay que advertir que puede ser grave. Es necesario tener en cuenta muchos factores como si se ha tenido una enfermedad previa, los órganos que están afectados. Hay que ser prudente a la hora de dar la mala noticia porque quizás no se da el pronóstico más grave. No dar diagnósticos seguros ni alarmar en exceso. Motivado por las legislaciones y las exigencias de la sociedad se solían endulzar los diagnósticos para no dar un mal rato y uno cargaba con el peso de un mal pronóstico y al final se procuraba aplazarlo y dejar el diagnóstico para después, bien porque se confirmaba después o bien para preparar a los padres. Pero, esto ha ido cambiando porque la legislación y la sociedad son más exigentes y ya se pueden tener responsabilidades jurídicas o legales y ya tienes que procurar ser más claro y conforme los años y la sociedad han ido avanzando se ha sido más exigente e incluso se pueden pedir responsabilidades penales. Al principio de ejercer la pediatría suponía un mal rato y un sufrimiento que con los años uno se acostumbra, no es que no te importe, pero se sufre menos porque uno se hace al dolor, a las malas noticias y a los malos ratos. Lógicamente, uno intentaba explicar y dulcificar el mal pronóstico de la enfermedad a los padres. Se decía que se acudiría a todos los medios habidos y por haber para curarla, pero en algunos casos la cura es muy complicada.

3. ¿Cómo reaccionan los pacientes al recibir estas noticias?

Los padres de los pacientes, o el familiar del paciente, tenían una reacción de agradecimiento ante el médico normalmente. Dependiendo del comportamiento que haya tenido el médico, con el trato, la información que se le ha ido dando. Tanto es así que cuando llegaba el paciente fallecía, en caso de que fuera así, los padres estaban muy satisfechos y contentos hasta cierto punto de ver que el médico se había implicado, había informado y los padres estaban al tanto de todo el proceso, y lo habían asimilado poco a poco.

4. ¿Ha vivido alguna situación complicada al dar malas noticias?

Generalmente eso se solía producir más bien en el hospital, con niños encamados y con ciertas personas que culpabilizaban al médico, al hospital o al personal sanitario de la enfermedad de su hijo. En ciertas ocasiones, se debía a errores que los padres habían tenido en la crianza.

5. ¿Ha experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicarlas?

No. Siempre me he entendido con los pacientes, no ha sido frecuente y cuando ha ocurrido eran ingleses o franceses.

6. ¿Cómo le ha afectado dar estas malas noticias?

La afectación fundamental es muy positiva, te vuelves más sensible, solidario y creo que conoces mejor al género humano. Sabes ponerte en sus circunstancias y sufrimiento, te acostumbras a vivir en ese problema, pero al mismo tiempo estás participando en la salud mental de los padres y del paciente. Se produce también un lenguaje que aprendes y vas transformando en la relación con el niño, incluso en los primeros días de vida. Aprendes a tratar a los niños en todas las etapas que pasan. Últimamente la pubertad, la adolescencia, los problemas psicológicos o de la clase que sean te permiten formarte como médico, formación que no termina nunca.

No me sentía mal al dar una mala noticia, era desagradable, pero conforme ibas explicando y tratando en visitas sucesivas veías cómo los padres iban aceptando la enfermedad que podría tener su hijo. No es frecuente que se produzca en los padres un rechazo a su hijo, pero a veces se da y se provocan desigualdades en la pareja, sacrificios diferentes y es motivo de separación.

7. ¿Qué estrategia sigue para dar malas noticias?

La estrategia es la misma siempre. Procurar no alarmar en exceso, ver cómo se evoluciona, ya que no se puede saber, puede ir todo a mejor o a peor. Nunca se sabe la evolución, hay que estar preparado para lo mejor y para lo peor. Hay que recomendarle que haga las pautas y siga las instrucciones del médico. Es necesario darle una idea de paz y de tranquilidad. Tener confianza de que

se va a evolucionar bien con la tecnología y la medicina moderna. Para eso están los médicos y no se puede hacer más. El médico siempre tiene que dar sensación de tranquilidad y seguridad.

8. ¿Qué hace para lidiar con cómo se siente al dar malas noticias?

Rezaba, pero fundamentalmente intentaba estar tranquilo en esa asistencia exclusivamente pensando qué hacer para hacerlo lo mejor posible. Das tu vida en ese tiempo intenso transmitiendo una tranquilidad máxima. Yo no me ponía angustiado, en ese momento, en el rato con el paciente, pero tengo que dar seguridad y tranquilidad.

Cuando ya salgo de la consulta lo que he aprendido es a relajarme y tranquilizarme, procuraba desconectar. Eso no quiere decir que no me acordara. Yo no me llevaba eso a mi casa, que la familia no tiene que aguantar las patologías que yo veía en la consulta.

SEGUNDA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su puesto?

Médico de familia en centro de salud

2. ¿Debe comunicar malas noticias a menudo?

Sí, con cierta frecuencia hay que comunicar malas noticias en la consulta. Aparte de dar malas noticias también ocurre cuando dan malas noticias los pacientes a los médicos.

3. ¿Cómo reaccionan los pacientes al recibir malas noticias?

Depende de cómo sea el paciente, de su personalidad, de si se lo espera o no se lo espera (mucho), de su edad (no es lo mismo un cáncer a un paciente joven que tiene sida o a un anciano que tiene cáncer).

El tema de comunicar una mala noticia de un paciente que se hace alguna prueba en la que se busca un tumor y se encuentra, en esos casos los pacientes ya están más preparados, no es tanta sorpresa. Yo nunca les digo “tienes un cáncer”, se lo digo de una manera más sutil. Los pacientes están preparados para asumir una mala noticia, lo peor es cuando es repentino e inesperado, como comunicar las noticias a un familiar en urgencias.

4. ¿Ha vivido alguna situación complicada al dar malas noticias?

Sí.

Un verano que un paciente, que no era mío, tenía una consulta telefónica en el primer verano de pandemia y justo el VIH salió positivo. Es mucho más complicado porque el paciente no era mío y no le conocía. Le repetí el test para comprobar que fuera sero positivo y le dije que viniera a la consulta y se lo comuniqué. Fue especialmente difícil porque no era mi paciente.

Siendo yo residente, una noche estaba en observación y había un paciente con una insuficiencia cardíaca y falleció. Fue muy complicado decírselo a los familiares porque culparon a los médicos y les amenazaron y hasta sacaron un cuchillo. Hubo que llamar a seguridad.

5. ¿Ha experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicarse?

Sí, muchas veces.

Una vez con un paciente chino que vino solo sin hablar español. Llamé al servicio de teletraducción, que lo acababan de poner, y me preguntaron si era chino mandarín o cantonés, así que le pedí al paciente que viniera acompañado con alguien que hablara español o inglés.

Exploré a una chica china y al terminar de explorarla llamó a su pareja. Yo pensaba que tenía gastroenteritis al explorarla, pero la pareja me dijo que estaba embarazada.

Una ucraniana recién llegada de la guerra con un hijo, que el hijo hablaba inglés. Quería que entrara también una hija que sabía las medicinas que tomaba (no hablaba ni inglés no español), pero al estar en respiratorio le dije que no podía dejar entrar a todos. Con el hijo conseguí entenderle, tenía los oídos taponados del avión y no oía nada.

También he tenido muchos pacientes británicos o escoceses, con los que más o menos me entendía.

Tenemos muchos casos en los que van pacientes extranjeros.

6. ¿Cómo le ha afectado dar malas noticias?

Claro que me afecta dar malas noticias, depende del paciente. Hay pacientes a los que conoces muy bien y tienes una relación buena y te afecta al decirle lo que le pasa.

Me afecta en mi estado de ánimo, me acuerdo de ellos cuando no estoy en la consulta y me da pena.

7. ¿Qué estrategia sigue para dar malas noticias?

Cada caso es diferente. Depende de la noticia, del nivel cultural que tiene, de si lo conoce. No sigo ninguna estrategia. Hay que establecer un vínculo con el paciente, si eres un desconocido y le informas de que tiene una enfermedad incurable…

Vino una paciente con sospecha de algo abdominal, digestivo o un cáncer de ovarios. Se fue a la urgencia del clínico y le preguntaron si iba sola, que iba, y le dijeron directamente, sin tacto, que tenía un cáncer de ovarios.

8. ¿Qué hace para lidiar con cómo se siente al dar malas noticias?

Intento que no me afecte mucho a nivel personal y si me afecta intento hacer cosas que me gusten, como hacer ejercicio, dar un paseo, estar con la familia. Ya lo interiorizas como algo que forma parte de tu trabajo. Si has conseguido que la comunicación de las malas noticias se haga de manera suave, adecuada y en un ambiente relajado y de forma empática te afecta menos aunque la noticia sea mala.

TERCERA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su puesto?

   Médico de familia en un centro de salud rural.

2. ¿Debe comunicar malas noticias a menudo?

   Con frecuencia.

3. ¿Cómo reaccionan los pacientes al recibir malas noticias?

Habitualmente vienen con familia y en mi experiencia el paciente reacciona mejor que la familia porque siente en su interior que está enfermo y una vez que lo sabe lo asume porque la incertidumbre es peor. La familia lo acepta peor y el paciente al saberlo se queda más sereno.

4. ¿Ha vivido alguna situación complicada al dar malas noticias?

Muchas veces los pacientes vienen después de ir al especialista, alguna vez he tenido que dar malas noticias a un paciente más joven con el que la familia lo ha pasado muy mal o un paciente mayor que está ya al final y éticamente no se puede ni debe hacer más y ya es el final. Se pasa muy mal.

De las primeras pacientes que conocí en mi nuevo centro de salud era una señora de 90 años que me cantaba canciones de Rocío Jurado. Hace un fallo cardíaco y ya no había más que hacer, pero esa señora tenía muchas ganas de vivir y ya no había más tratamiento ni ingreso. Se ve a una

familia que quiere a una abuela o madre y le tienes que decir que ya no hay más. Se pasa muy mal y te vas con el corazón encogido.

5. ¿Ha experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicarse?

Sí, muchas. En la zona en la que nosotros vivimos hay muchos alemanes, finlandeses, noruegos. Los nórdicos suelen traer una intérprete, una profesional contratada que acompaña a los daneses y finlandeses.

La intérprete habitualmente es gente muy correcta y profesional, que además limita la entrevista y la dirige.

Una vez vino una familiar del paciente, la mujer, que solo atacaba al marido y no respondía lo que él decía porque estaba muy enfadada con el paciente.

El sistema de teletraducción que tiene la Junta a través del centro coordinador de emergencias funciona muy bien. En momentos de urgencia y emergencia ayudan muchísimo. El teletraductor no se utiliza en consultas programadas.

6. ¿Cómo le ha afectado dar malas noticias?

Cuesta muchísimo. Lo que pasa es que yo rezo y le pido al señor que me ayude a decir la verdad de la manera más suave y mejor y con la sonrisa en la cara, aunque cueste.

7. ¿Qué estrategia sigue para dar malas noticias?

Primero, crear el clima de empatía, el lenguaje paraverbal, salir a la puerta, recibirles. Crear un clima empático en consulta

Durante la residencia nos dan un curso de entrevista clínica y nos preparan para dar malas noticias. Esa preparación nunca es suficiente porque la realidad nunca supera a la ficción.

8. ¿Qué hace para lidiar con cómo se siente al dar malas noticias?

Yo ahí tengo suerte porque habitualmente soy muy capaz de desconectar. Lo que yo hago es rezar, suelo pedir mucho por mis pacientes. Los problemas con mis pacientes no suelo llevármelos a casa.

CUARTA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su puesto?

Médico internista en el hospital

2. ¿Debe comunicar malas noticias a menudo?

Sí, un montón.

3. ¿Cómo reaccionan los pacientes al recibir malas noticias?

Depende mucho de la coyuntura social del paciente porque tengo dos tipos de pacientes: los autóctonos (de la Axarquía, comarca rural) y los extranjeros. Se nota mucho según la educación, el país de procedencia, la educación.

4. ¿Ha vivido alguna situación complicada al dar malas noticias?

Sí, sobre todo con personas que han tenido una vivencia mala con la sanidad (se les ha retrasado el diagnóstico, no les ha gustado el médico…). Esas personas pueden echarte en cara que la culpa la tienes tú. Muchas veces no es tanto el paciente en sí como los familiares, sobre todo cuando hay una experiencia negativa en la trayectoria del diagnóstico.

5. ¿Ha experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicarse?

Sobre todo con los alemanes. Les digo que vengan acompañados por alguien que hable español para entenderles. La mayoría de los pacientes extranjeros que tengo son ingleses, pero como yo entiendo inglés, así que me entiendo con ellos.

Ahora con el Covid no hay intérpretes, pero antes había intérpretes voluntarios de muchos idiomas, entonces era fácil porque el intérprete venía y facilitaba la comunicación.

6. ¿Cómo le ha afectado dar malas noticias?

No es lo mismo un paciente mayor que esté mal con cáncer que uno joven. No tiene la misma afectación. No es lo mismo ni para la familia ni para ti. También me afecta según el grado de conocimiento del paciente, me da más sentimiento si un paciente que conozco o es joven. Pero siempre afecta

7. ¿Qué estrategia sigue para dar malas noticias?

Depende de cómo sea el paciente y la familia porque hay personas que lo aceptan mejor y otras peor. Cuando es una paciente que sabes que lo va a aceptar y asimilar bien puedes ir más al grano, mientras que si es alguien que lo va a asimilar peor tienes que tener más cuidado.

1. ¿Qué hace para lidiar con cómo se siente al dar malas noticias?

Normalmente me doy un paseo por la playa. Tengo la suerte de que no me afectan demasiado las cosas, seguramente sea por mi experiencia en África, que me fortaleció mucho. No es que te sean indiferentes las noticias, pero aprendes a vivir con la enfermedad y con la muerte. Si he tenido algún día especialmente mal sí que me afecta y me voy a la playa a dar un paseo.

QUINTA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su puesto?

   Médico de familia en un centro de salud de Madrid.

2. ¿Debe comunicar malas noticias a menudo?

   Sí, a veces sí.

3. ¿Cómo reaccionan los pacientes al recibir malas noticias?

Como yo estoy en un centro de atención primaria normalmente lo que hago es dar una sospecha de mala noticia y tengo que derivar a otro nivel. Probablemente yo no doy ese diagnóstico definitivo, entonces lo que tengo que hacer es explicar la posibilidad de que haya algo malo. Yo doy una mala noticia posible y la reacción más habitual del paciente es no hacerse a la idea de la magnitud.

4. ¿Ha vivido alguna situación complicada al dar malas noticias?

Hace poco vino una señora que apenas le daba importancia al problema que tenía y claramente era un cáncer de mama. Hacerle ver la importancia del problema fue complicado, ese momento es difícil porque ella no venía preocupada por eso porque tienes que hacerle ver la gravedad del proceso y no está preparada para esa noticia.

5. ¿Ha experimentado alguna vez dificultades lingüísticas a la hora de comunicarse?

Sí, eso ocurre a menudo porque en mi población hay mucho extranjero y mucha barrera idiomática y también sociocultural. Con algunos pacientes te puedes hacer entender.

Un paciente chino con cáncer de pulmón vino y no podíamos entendernos. Le pedí que viniera de nuevo con alguien.

Además, con el Covid en las consultas telefónicas era imposible entenderse.

Tengo dos pacientes sordomudas con las que antes me entendía porque ella me leía los labios, pero ahora con la mascarilla no es posible, así que viene con un familiar.

Sí que tengo alguna paciente marroquí que viene con una intérprete profesional.

Se pierde mucha información por la barrera idiomática y por eso le pides más pruebas porque no estás entendiendo lo que te están diciendo, que muchas veces son innecesarias.

6. ¿Cómo le ha afectado dar malas noticias?

Ya después de tantos años tienes que intentar poner una distancia, tú tienes que estar entera para poder darle el apoyo emocional al paciente. En el momento intentas mantener la compostura. Luego claramente le das vueltas y te lo llevas a casa y lo sufres. Yo he llorado en consulta no tanto dando una mala noticia, que cuando ellos te cuentan algo.

Cuando das una noticia clara y objetiva eres capaz de mantener el tipo y ahí no sufres tanto diciéndoselo, tienes que explicarlo y dar la información justa para no abrumarle. Cuando son ellos los que te cuentan algo que no te esperas empatizas tanto que emocionalmente te afecta. Eso te lo llevas casi más a casa que cuando das una mala noticia.

7. ¿Qué estrategia sigue para dar malas noticias?

Sí, yo intento que se queden con las menores dudas posibles, ser clara en la situación, sin minimizarlo, pero intentar dar la información justa para no agobiar al paciente. También intento dar siempre una nota positiva, tratar de dar ese contrapunto. También dejar la puerta abierta porque el paciente sale abrumado porque se agobia o no lo entiende y no se dan cuenta hasta los próximos días de lo que está pasando.

8. ¿Qué hace para lidiar con cómo se siente al dar malas noticias?

Lo cuento en familia, a mi marido. Tenemos que mantener el secreto profesional, así que lo cuento sin dar detalles. Yo lo hablo y también le doy vueltas, pero intento que no me afecte en mi vida personal. Al revés, a veces ves cosas en el centro de salud que te minan, pero también te hacen ver que lo que tú vives es un privilegio.

Transcripción de entrevistas a intérpretes médicos

PRIMERA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su experiencia como intérprete sanitario?

Principalmente en el ámbito de la interpretación de conferencias (no solo simultánea). Empezó con conferencias de todo tipo (música, formación). Con una agencia se especializó en interpretación de energías.

Reuniones empresariales para criptomonedas.

Interpretación telefónica de cualquier servicio público (medicina, servicios sociales) en una bilateral.

2. ¿Ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?

No

3. ¿Se ha encontrado con alguna situación difícil de gestionar?

Sí, situaciones en las que había tensión o malas noticias, difíciles en cuanto a comunicación o emocionalmente.

Ejemplos:

- Alguien pide un rescate en medio de la montaña porque se ha caído y llama a emergencias. Estrés de dónde te encuentras…
- Embarazo que fue en el momento del parto en casa. La persona que llamaba estaba con la embarazada y el bebé estaba bien, pero la madre no lo estaba.
- Persona mayor que se ha caído al suelo y se la encuentra su hijo.
- Hijos que van al médico y que no se le puede dar ayuda en casa a una persona mayor dependiente.
- Persona con un infarto que no puede explicar dónde está.

4. ¿Cuál es su estrategia para comunicar malas noticias a los pacientes?

La estrategia general es tener la mente muy centrada y no pensar en otras cosas (si te preocupa a ti personalmente esa situación). La manera en la que puedes ayudar es servir de puente de comunicación.

Como son situaciones más de emergencia o urgencia ir más al grano, ser directo, ágil.

Cuando hablo en tercera persona y por el tema emocional para que no parezca que lo dice el intérprete.

Intentar dejarlo ahí y no pensar en lo que ha ocurrido.

5. ¿Alguna vez le ha afectado psicológicamente dicha comunicación de malas noticias?

Hubo una situación que me afectó especialmente, fue una persona mayor a la que le dolía el pecho, que no se podía levantar y no podía hablar, apenas podía responder, pero aun así seguía haciendo el esfuerzo por responder. Estar allí en medio y a pesar de que lo estaba pasando mal

Ver la debilidad de la persona.

Justo cuando colgué tuve una sensación rara, me quedé frío, me impactó, con la duda de qué ocurrirá. Ya no era tensión, era que se me quedó mal cuerpo.

6. ¿Qué hace para lidiar con esos sentimientos?

Normalmente me lo quedo para mí y no hablo con nadie, simplemente intento pasar página y hacer otras cosas. Suele funcionar. Alguna vez sí he hablado con alguien cercano, siempre guardando la confidencialidad, por supuesto, por exteriorizar lo que ha pasado y evitar quedarme con malas sensaciones tras interpretar situaciones tensas o malas noticias.

SEGUNDA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su experiencia como intérprete sanitario?

5 años interpretando en servicios sociales, comisaría y hospitales.

2. ¿Ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?

Nada, cero. En la carrera no se da nada psicología, solo algo de didáctica. En la asignatura de interpretación social se comunicaba que se daban malas noticias.

3. ¿Se ha encontrado con alguna situación difícil de gestionar?

Sí, casi todas. La interpretación social no es agradable a la hora de dar malas noticias. Suicidio con sobredosis de pastillas, fallecimiento de su hija. La paciente está realmente mal. Hay que ser empático y frío para que no te afecten cosas. Separar la vida personal de la profesional.

4. ¿Cuál es su estrategia para comunicar malas noticias a los pacientes?

Primero psicoanalizar al paciente, el estado. Hablar con el médico o enfermero, que te guía, cómo está, cómo decírselo. Intentar empatizar con el paciente y según cómo lo vea comunicarlas de una manera u otra, suavizarlas o decirlo de una manera directa. Cada circunstancia es diferente.

5. ¿Alguna vez le ha afectado psicológicamente dicha comunicación de malas noticias?

No es plato de buen gusto. Al principio necesitaba contárselo a alguien y desahogarme, ir al gimnasio… Poco a poco aprendes a canalizar, aprendes a que no te afecte, te pones “un escudo”. Es que hay que hacerlo, hay que dar noticias malas. Al principio lo pasaba mal, era muy doloroso porque puede pasarle a cualquier persona cercana.

6. ¿Qué hace para lidiar con esos sentimientos?

Actividades en las que se soltara estrés emocional, como ejercicios. Actividades que me permitieran no pensar, yoga, pilates, relajación.

- Llegas a un sitio sin saber nada del encargo. Depende del médico si se puede hablar con él antes.

TERCERA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su experiencia como intérprete sanitario?

Aparte de la carrera, hace dos años y medio me presenté como voluntaria en la Cruz Roja, donde se considera un "acompañamiento" a centros de salud y hospitales. Ahora con el máster estoy haciendo las prácticas en el Ramón y Cajal.

2. ¿Ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?

En el máster sí, que vimos el "mindfulness", que se centró principalmente en la respiración. Pretendo seguir con esta formación porque es muy eficaz. Lo vimos en un curso y en el módulo sanitario. En el curso vimos técnicas de relajación muscular y en el módulo vimos "mindfulness". Sobre todo respiración a nivel del vientre y de articulaciones, relajarse.

3. ¿Se ha encontrado con alguna situación difícil de gestionar?

Muchas. En las prácticas un chico que necesitaba seguir con el tratamiento de tuberculosis porque la tenía latente, pero no quería seguir porque le daban muchos mareos y no podía hacer pis. Llevaba un mes sin tomárselo y tenía que empezar de nuevo los seis meses. Gestionar eso y convencerle de que siga es muy complicado, ya también por la parte del médico.

4. ¿Cuál es su estrategia para comunicar malas noticias a los pacientes?

Depende de la situación y del contexto piensas cómo dar la mala noticia. Tiendo a desdoblar la persona, es decir, que utilizo la tercera persona en lugar de la primera persona, dices "el médico dice que…". Analizo la situación, cómo está el paciente y soy fiel al mensaje sin ser brusca, sobre todo cuando es algo que le va a afectar mucho al paciente, siempre transmitiendo lo que ha dicho el médico.

5. ¿Alguna vez le ha afectado psicológicamente dicha comunicación de malas noticias?

Sí, de hecho, me puse a llorar en una de ellas, pero interpretando logras concentrarte, intentas mediar para que la comunicación y el mensaje llegue sin hacer tanto daño al paciente, pero al mismo tiempo sea fiel.

Una señora mayor también tenía tuberculosis y el tratamiento no estaba funcionando, la examinaron y vieron que el hígado estaba inflamado. Le tenían que cambiar el tratamiento. La señora, que era senegalesa, se alteró mucho y se puso a llorar, hablando mucho de referencias religiosas.

6. ¿Qué haces para lidiar con esos sentimientos?

Lo primero es hablar con mis amigos y familia y comentarles qué opinan ellos y qué me aconsejan. Siempre intento distraerme, escuchar música, leer, ver alguna serie…

CUARTA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su experiencia como intérprete sanitario?

Tengo experiencia como intérprete telefónica para clínicas y hospital del NHS y en una clínica de reproducción asistida.

2. ¿Ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?

Formación específica no. En el máster y en la carrera se ha visto de manera transversal, pero no en profundidad.

3. ¿Se ha encontrado con alguna situación difícil de gestionar?

Sí, una muy desagradable fue una mujer embarazada en el hospital que se iba a hacer una ecografía, la ginecóloga le dijo que el corazón de su bebé no latía y se lo dijo de manera muy brusca. Yo lo dije tal cual lo dijo la ginecóloga porque estaba empezando y es lo que me dijeron que tenía que hacer.

Hubo otro caso en el que una niña de un año o así padecía una enfermedad rara, por cómo lo contaba el médico el impacto fue menor cuando le contó que tenía una enfermedad rara porque iba dando información de menos a más.

4. ¿Cuál es su estrategia para comunicar malas noticias a los pacientes?

Depende del contexto, en telefónica como no tenía más contexto que el de las palabras sí que me pegaba más al mensaje. Sin embargo, en la clínica también se es un poco “patient navigator”. En esa parte muchas veces se da información para que el intérprete la module de manera sensible porque no solo eres la intérprete sino también la persona que está ahí de apoyo.

5. ¿Alguna vez le ha afectado psicológicamente dicha comunicación de malas noticias?

Sí, he tenido casos desagradables que después los comentaba con alguien, algún familiar o amigo, pero sin revelar ningún dato debido a la confidencialidad. Necesitas que se te vaya el pensamiento de la cabeza, así que lo hablo con otras personas para distraerme. Pero yo tengo que estar entera durante el trabajo para ayudarle.

6. ¿Qué hace para lidiar con esos sentimientos?

Hablar con personas cercanas. En el momento me desconecto 5 min porque necesito una pausa para atender la próxima llamada (en telefónica) porque sino estaría contaminada por el paciente anterior. Si ha sido muy desagradable no tengo después el mismo nivel de exigencia, estudio menos o trabajo menos.

QUINTA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su experiencia como intérprete sanitario?

Yo empecé muy joven de voluntaria en hospital de Florida, yo era menor de edad y me dieron una formación y me asignaron para un departamento de la 3º edad, dirigido al bienestar de la población mayor. Desde entonces he seguido trabajando con clientes que me contrataban directamente.

Los pacientes no dominan el inglés, muchos de ellos son mayores, y los médicos no todos hablan español porque hay mucho personal sanitario que habla español, pero no todos los médicos a nivel especialista hablan español.

Sobre todo ha sido en EEUU cuando he trabajado como intérprete sanitaria.

2. ¿Ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?

La formación que he recibido fue hace tanto tiempo en el hospital que no recuerdo exactamente qué formación me dieron y si me dieron alguna en las emociones.

Hablamos con todo tipo de personas que trabajan en el hospital y algunos de ellos eran psicólogos, así que estoy segura de que sí la recibí.

En el máster recibí también formación, que cada vez se va incorporando más.

Muchas cosas las he ido aprendiendo directamente con los profesionales.

Hace unas semanas aprendí que cuando los padres reciben la noticia de que sus hijos son autistas pasan por un período de duelo y tienen que asimilar que su hijo tiene esta enfermedad. Es un proceso lento porque su hijo no va a ser como otros niños y tienen que luchar mucho para que el

niño sea autónomo, aprenda a comunicarse, a socializar (logopeda con niños autistas y les ayuda con el habla).

3. ¿Se ha encontrado con alguna situación difícil de gestionar?

Sí, yo creo que todas. Cada vez que tienes que dar una mala noticia es algo difícil de gestionar porque es algo inesperado porque no es lo mismo hasta que estás en la situación y a mí siempre me ha resultado difícil.

No es más fácil por haberlo hecho más veces.

4. ¿Cuál es su estrategia para comunicar malas noticias a los pacientes?

Hay diferencias entre los profesionales, los médicos son los más tajantes, más breves, más directos y quizás más distantes porque están muy demandados y tienen muy poco tiempo. Los médicos no lo adornan, tienen que usar un lenguaje claro y directo.

Soy un reflejo del personal sanitario, así que yo me adapto a su forma de dar las malas noticias. “I’m very sorry for your loss”, lo dicen con empatía y mirándoles a la cara y acto seguido se van. Ellos me han dicho que es importante que los pacientes y familiares estén solos para asimilarlo y procesarlo. Luego van otros profesionales para dar los próximos pasos y para rellenar el papeleo después de haberles preguntado cuándo es buen momento para rellenar los documentos. La familia puede pedir que vaya un cura si hay un paciente terminal que está en las últimas y tú como intérprete también puedes estar ahí si no se entienden. También hay psicólogos o counselors a su disposición.

Lo que yo he observado de las enfermeras es que tienen más tiempo y pasan más tiempo con los pacientes y la familia. Los médicos siempre comunican con la familia y se van, los enfermeros están un poco más de tiempo, pero al final también le dejan solos para que lo asimilen.

Yo creo que lo mejor es estar un poco en segundo plano. Lenguaje sencillo y claro, mirar a los ojos, ser directo, tener empatía. Hay que pasar por ese proceso y no hay que dorar la píldora. Hablarles con claridad y sencillez y decirles lo que hay.

También hay casos en los que los familiares les ocultan información a los pacientes.

5. ¿Alguna vez le ha afectado psicológicamente dicha comunicación de malas noticias?

Sí, me ha pasado de tener que ir al baño a llorar o ir a dar un paseo para que me diera el aire. Creo que es mejor ser sincera y reconocer que me ha pasado algo. Yo me recuerdo las cosas importantes como que yo he hecho mi labor, esto está en manos de Dios. Intento recordarme mi papel y mi valor y que he hecho lo que he podido.

Creo que tengo que sentirlo porque sino no es real. Para mí lo más útil es hablar con compañeros porque ellos te entienden, no con las partes involucrados (personal sanitario) a no ser que ellos inicien. Sin desvelar detalles identificables, hablo con amigos, mi marido, compañeros. Simplemente con ese desahogo puede ser suficiente, pero a veces la tristeza puede estar varios días contigo y hay que ser consciente

6. ¿Qué hace para lidiar con esos sentimientos?

Me gusta estar en el aire libre para pensar, meditar, orar. Sobre todo me ayuda el caminar, hacer ejercicio físico. Respirar hondo, la respiración, meditar. Cambiar de actividad. Tener un momento para soltarlo y cambiar de actividad, dedicar tiempo a otra cosa, hacer cosas que disfruto y me da un respiro de lo que ha pasado. Algo que me relaje.

SEXTA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es su experiencia como intérprete sanitario?

Dos vías: intérprete simultáneo en cirugía y desde 2004 en interpretación telefónica en los SSPP, en 2007 pasó a ser coordinador de intérpretes y ahora también responsable de calidad de interpretación.

Presta servicios a la sanidad pública y también contrato Cruz Roja.

2. ¿Ha recibido alguna formación para gestionar las emociones?

Antes de empezar a trabajar no recibí formación. Yo me especialicé en interpretación y en traducción jurídico-económica.

Lo que yo hice fue autoformarme. Yo me dejé especializar por mis clientes. Hice todo lo que pude hacer sobre medicina.

3. ¿Se ha encontrado con alguna situación difícil de gestionar?

Claro, a diario. Recibimos llamadas de cualquier hospital, así que las malas noticias están a la orden del día. Lo más difícil de gestionar es la primera mala noticia. Poco a poco vas avanzando.

Suele ser fuente de problemas en primerizos. Tenemos pautas, protocolos y cursos de formación para gestionar las malas noticias.

4. ¿Cuál es su estrategia para comunicar malas noticias a los pacientes?

La estrategia que suelo seguir va por la vía de la empatía hacia la persona para la que interpretamos. Traslado el mensaje de lo que dice el médico, pero sí voy a empatizar con el mensaje y adaptarlo. Primero, empatizar, y luego, tomar una distancia cortés "I'm sorry to say…", "I'm sure you know what I'm going to say". También se evalúa la entereza del paciente. No ocultar información ni dar falsas esperanzas.

5. ¿Alguna vez le ha afectado psicológicamente dicha comunicación de malas noticias?

Sí, varias. Algunas me han afectado, sobre todo el motivo por el que me han afectado porque se ha roto la barrera entre la empatía y el alineamiento (los dos pies en la esfera de negrura). Experimentas la misma decepción o dolor del paciente. Todos los intérpretes caemos, especialmente si has tenido una vivencia similar. Alguna vez un día he pedido no recibir más llamadas durante el día.

6. ¿Qué hace para lidiar con esos sentimientos?

Mi equipo ha puesto en marcha una estrategia aprendida de las enfermeras, la teoría dice que hay que hablar con un compañero de trabajo sobre ello. Una vez cada dos meses nos reunimos por Zoom sin jefes y no se graba la sesión, es para hablar y desahogarse. Ver que hay un grupo de gente que está pasando por lo mismo ayuda a liberar muchísimo estrés y que se reduzca.

11. Translation

11.1. Introduction

Communicating bad news is a rather delicate matter with which the health staff needs to deal frequently. According to Bascuñán, M. et al. (2007) "communicating bad news is a frequent task" in medicine. Before delving into this topic, it is essential to define what is understood by "bad new". As Alves de Lima, A. E. (2003) defines it, a bad piece of news is "the one that drastically and negatively alters the patient's perspective regarding their future". The health workers have the responsibility to inform the patient about the illness they are suffering. If there is a situation in which the patient does not speak Spanish, the medical interpreter, if there was to be one, shall also have this responsibility since they will have to transmit the message as faithfully as possible.

Transmitting these unpleasant news usually involves a psychological impact not only for the patient, but also for the health staff and the interpreters. This emotional impact can have a negative repercussion both in the professional and the personal life, making it almost impossible for the person, in this case the interpreter or the health worker, to perform their tasks. The magnitude of the psychological consequences is very wide, it involves from lack of concentration at work to a depressive disorder.

The training to inform about bad news in medicine is paramount for the health worker to be psychologically prepared to communicate the diagnosis and to help the patient understand what is happening to them and the options they have. Apart from benefitting the health staff when communicating a bad piece of news, this training can also contribute to having a smaller emotional impact. "Communicating bad news is of great importance for the clinical practice; however, in spite of its importance, the health professionals' training regarding this skill is deficient" (Gordillo, C. G. et al., 2020).

Most of the programmes of the masters of Interpreting in the Public Services little number of credits are focused on getting to know the medical context and the different interpretation modalities used in it (Sanz-Romero, R., 2017). Obviously, this lack of training adversely affects the future professionals of medical interpreting, as well as the patients, who will not receive the same quality in healthcare as if the interpreter had been trained better. It is also a problem for the health staff, that will not be able to offer help to the foreign patient with the same efficacy. The curriculum regarding medical interpreting must also include contents that teach how to communicate a bad piece of news, as well as how to deal and manage the possible consequences that can occur after informing the patient about a bad diagnosis. "In some cases, they receive an initial training offered by the health

centre or by the interpreter responsible of coordinating the service (…). It is a training focused on first aid, medical techniques, etc. -very useful knowledge-, but it does not include interpreting techniques" (Martin, A., 2006). Unfortunately, usually there is not a previous psychological preparation that helps the interpreter face the difficulties involved in their profession.

One of the objectives of this paper is to raise consciousness about the urgent necessity to train medical interpreting in the communication of bad news and the management of emotions, a training that the health staff should also receive. This aim is included within the main goal of this project, which is studying the medical interpreters' and doctors' professional situation and the solutions that can be implemented so that the professionals can deal with its problems and complications.

11.2. Methodology

This paper intends to analyse the emotional impact suffered by the health staff and the medical interpreters caused by the communication of bad news, which takes place in their job daily. However, the analysis of the situation is just a starting point, since the main objective is providing solutions that make it possible for the professionals to relieve the suffering they may be experiencing because of the communication of bad news. To achieve these goals, it is necessary to do an initial study of the situation, which is the theoretical framework of this paper, and then an analysis of the results which, in this case, has been made by interviewing health and interpreting professionals.

The theoretical framework has been written after a thorough investigation of the topics discussed in this paper. This investigation has been made through the reading of different articles, bachelors' and masters' theses and investigations. Thanks to them, really useful results have been included in this paper to describe the current situation regarding the communication of bad news in medicine and the psychological impact that they can have on the professionals that have to communicate them.

While doing the theoretical research, eleven interviews were made in which several questions were asked to the interviewees, who were six medical interpreters and five health workers. All the questions were focused on the communication of bad news, on the strategies followed to communicate them and, on the solutions implemented to deal with them.

The initial hypothesis was based on the fact that medicals interpreters and health workers are not trained to be prepared to communicate bad news. In connection with this hypothetical idea, it is believed that the difficulties suffered by the health staff are mainly communicative and psychological, whereas the medical interpreters only suffer the latter since they are specialised in communication. The intention of these interviews was confirming or disapproving this hypothesis, depending on the

answers given by these professionals. In the next section these answers will be analysed for the hypothesis to be confirmed or disapproved.

The results obtained will be connected to the articles and studies included in the theoretical framework, as well as others that I will read to relate them to the answers given by the professionals. Thanks to the answers of the medical interpreters and the health staff, it has been possible to do the fieldwork and to reflect the real experience and situation of these health and communication experts.

Besides, the interviews of this paper were done from a qualitative perspective, not a quantitative one. It was considered that for this type of paper this method was the most suitable once since the most important matter is the experience lived by the professionals themselves. Such experience will test whether the initial hypothesis is correct.

In the hereunder analysis of the results the questions asked to the professionals will be included, as well as an analysis of their answers, which will be transcribed in the appendices.

11.3. Conclusions

In this section the conclusions of this paper, drawn from the previous sections, will be explained as all the contents have already been described in the theoretical framework, in which a detailed description of the situation in the communication of bad news in medicine is included, and also in the analysis of the results, which connects the theoretical concepts with the real situation lived by the interviewed doctors and interpreters.

In the theoretical framework and in the introduction, it is clear that the communication of negative news is frequent in medicine. This statement is supported by Bascuñán, M. et al. (2007) in their article about communicating bad news in medicine. According to the Official Spanish Gazette (Act 41/2002), the health staff is responsible of informing the patient about their situation and diagnosis. This responsibility is extended to the medical interpreter, given that there is one. Therefore, it is not something voluntary, but rather an obligation intrinsic to the health staff and medical interpreters' job. Obviously, it is not a pleasant task, since, as it is described in the definition of bad news given in the introduction, this information negatively alters the patient's future prospects. That is the reason why, in order for the patient's impact to be softer, it is necessary to be empathetic and it is also essential to communicate the diagnosis with gentleness. However, the professionals must also be clear so that there are no doubts about the illness and its seriousness. In fact, according to Sweeny, K. et al. (2011), there are six objectives to be accomplished when transmitting a bad piece of news. These objectives enable to lessen the patient's impact and to communicate the information to the patient and

their relatives clearly, so the patient can take an informed decision based on the recommendations given by the health staff and their own judgement. For these six objectives to be fulfilled, certain steps must be followed, which will make it possible to prepare the patient to understand, assimilate and accept the piece of news.

From the information explained in the previous passage, it can be deduced that the transmission of bad news in medicine is a complicated task for which it is necessary to be prepares. It is thus indispensable that the health staff and the medical interpreters receive some training to carry out this essential and complicated task. Nonetheless, as Gordillo, C. et al. (2020) explain, the health professionals are not trained to properly inform the patients about bad news without being emotionally affected by them. The medical interpreters do not receive a specific training for the communication of negative diagnoses either (Sanz-Romero, R., 2017). This lack of training is the reason why this paper has been written, as one of its aims is to raise awareness about the importance of training the health workers and the medical interpreters not only to transmit the information with empathy, clarity, and gentleness, but also for them not to be so emotionally affected by bad news.

As it has been explained in the theoretical framework, bad news can lead to the professionals who communicate them suffering a great psychological impact that affects them in their personal and professional lives. Ruiz, A. (2010) explains that being exposed to negative diagnoses can produce emotional damage on the medical interpreters. That is why the types of emotions are analysed in the theoretical framework, to recognise and deal with them. The management of emotions can be done in different ways, but it always involves effort and willpower. Two are the ways to achieve it, by asking for help to a psychologist or by using tools and techniques on your own, without the assistance of a professional. In the section in which the theoretical bases are presented, different techniques that health staff and medical interpreters can do themselves are included, as well as diverse types of therapy in which a psychologist would be involved.

These possible solutions are really useful and beneficial since they can lessen the consequences caused by transmitting bad news in medicine, reducing the psychological impact. These emotional consequences can produce from mild stress to a depressive disorder. Consequently, these tools can improve the mental health of the affected professionals, promoting welfare, mental and even physical health. This latter would also be benefitted because in numerous cases the emotional problems have an impact on physical health too. A person who is stressed can suffer physical ailments of different kinds, such as migraines, gastroenteritis, or muscle tension.

Medical interpreters and doctors have a wide range of options to reduce the emotional impact, but in order to use them, it is necessary for them to know they exist. This paper has been written to, among other purposes, make these possible solutions known, as they can help to manage negative emotions.

The previous passages of this section provide with a brief summary of the theoretical framework. Nevertheless, this paper does not intend to be only theoretical, instead it connects the theoretical notions with the reality, for that reason eleven interviews have been done, to five doctors and to six medical interpreters.

Thanks to the answers given by these professionals it has been made clear that what has been explained in the theoretical framework actually happens. Thus, the initial hypothesis that sensed that there is a lack of psychological training and previous preparation to communicate bad news in medicine has been confirmed. This hypothesis also stated that there a psychological impact occurs as a consequence of the communication of bad news.

All the doctors agreed that bad news are frequent in their job and that, in some cases, the patients and their relatives react in a way that is difficult to manage. Hence, every doctor interviewed has lived complicated situations when communicating negative diagnoses. All of them state that they haven emotionally affected in some way when giving a bad piece of news and with the purpose of dealing with it they implement solutions by doing nice activities that relax them to lessen the psychological impact. They were also asked if they had ever had language difficulties with foreign patients. They all answered affirmatively except for the pediatrician. These affirmative answers prove the importance of medical interpreters, who are a bridge between languages and cultures.

The medical interpreters interviewed told their experience as health communication professionals and all of them denied having received specific and thorough training to communicate bad news and to deal with their consequences. Just like the doctors interviewed, these interpreters have at some point lived situations that were difficult to manage. That is why, in some cases it is important to have a strategy to transmit the bad news, which is useful for doctors and medical interpreters. Every medical interpreter, as well as the doctors, agreed that empathy is key to communicate bad news, clarity is also essential for the patient to be informed about the reality. The interviewed interpreters do different activities to reduce the psychological impact suffered when transmitting these unpleasant diagnoses.

It can hence be concluded that the theoretical framework illustrates the reality lived by doctors and medical interpreters, which has been proven in the interviews. It is undoubtful that a previous

preparation and training are key to be able to show empathy and to be clear when giving the information. Additionally, it is indispensable that the health professional and the medical interpreter know how to deal with the consequences caused by this difficult task.

To achieve dealing with them help can be asked to a psychologist. Another option is using techniques and tools that enable the professional to reduce the impact on their own. It is necessary to emphasize that mental health is just as important as the physical one and that it is essential to take care of both of them, making use of whatever means are necessary to protect them. This paper focuses on mental health, that is why I highlight that asking for help is not a sign of weakness, rathe of braveness, that enables the affected person to feel better and to carry out their job properly and, more importantly, to find stability and to achieve well-being.

Lastly, thanks to the answers given by the first doctor interviewed, the pediatrician, it can be concluded that communicating bad news does not only have a negative backwash for the doctor or the medical interpreter, but possibly it can also make them feel satisfied for having done their job properly, being empathetic and contributing to the patient's health. This reality is also reflected in the interview of the fifth interpreter, who tells that she knows that she has don her job and all that is in her hand to help. Consequently, it could be said that not everything is negative, there is a part of communicating bad news that is satisfying since it involves helping patients to achieve their welfare and to take care of their physical and mental health.

11.4. Theoretical framework

In the following sections the theoretical notions involved in this matter will be studied. To prevent from the interpreters' and health workers' lack of training it is indispensable to have information about this matter, without it, solutions cannot be implemented. This is the reason why a theoretical framework is included. In the theoretical sections evidence about this problem and its solutions are provided, as well as information drawn from professionals' experience and from articles and fieldwork.

The difficulties suffered by health workers and medical interpreters arise from the necessity of informing the patient about their situation, which in the case studied by this paper involves a bad piece of news. That is why, the first section of the theoretical framework of this paper will focus on the necessity and obligation of making the patient aware about their situation and be informed about it.

11.4.1. Importance of informing the patient about bad news

"The doctor responsible of the patient guarantees the implementation of their right to information" (Official Spanish Gazette, Act 41/2002). This statement, found in the Official Spanish Gazette, indicates that the patient has the right to be informed about their situation. Therefore, the health staff must communicate the patient the bad news both from a legal and an ethical point of view.

When informing about the illness, as well as its treatment alternatives and consequences, there are two extremes to be avoided to find a balance and to act to the benefit of the patient. On the one hand, classical paternalism, in which providing information to the patient is avoided due to their fragility. According to Parra, D. (2013) this is translated into "everything for the patient, but without the patient". On the other hand, the informative cruelty, the patient is informed about everything, regardless of what the patient wishes to know (Barbero, J., 2006).

Lastly, there is the "silence conspiracy", defined by Espinoza, N. R. et al (2017) as "a barrier around the truth, which can be defined as the implicit or explicit agreement made by the family, close circle or health professionals to change the information given to the patient with the purpose of hiding the diagnosis, seriousness and prognosis of the clinical situation the patient is going through". According to the explanation made by Barbero, J. (2006), there are to main reasons why the silence conspiracy is used: first, to avoid the patient's suffering and, second, due to the difficulties that the family suffers to face a suffering that they do not want to accept.

Following the explanation given by Silverman, J. et al. (2005), the consequences of not transmitting a bad piece of news correctly can be devastating and long-lasting. This is the reason why the health staff must be prepared to communicate bad news, as well as the medical interpreters.

Health professionals, as medical interpreters, must not forget that one of their obligations and responsibilities is providing the patient with the necessary information for them to know their situation and to take action about it. However, it is not just a transmission of information, as it must be done in a delicate way and following certain recommendations to lessen the patient's emotional impact and to enable them to understand what is happening.

In the following section, different tips to communicate bad news in a suitable way will be given, so that the patients can be informed and fully conscious of their situation and the alternatives they have to face it.

11.4.1.1. Recommendations to communicate bad news

After having described the three previous options when communicating a bad piece of news, it can be stated that none of them favours the patient's well-being. So, which is de best way to inform

a patient about a bad piece of news? Pons, X. (2006), recommends a set of rules and recommendations to the benefit of the patient, which are listed hereafter:

- Communicating consists of being understood, the health professional must use a kind of language that the patient would understand.
- Giving indications and prescriptions in a clear, precise, and complete way.
- Letting the interlocutor talk without interrupting them.
- Favouring an atmosphere in which the patient feels comfortable and free to express what they want.
- Showing interest for what the patient is saying.
- Showing empathy.
- Being patient.
- Avoiding value judgements about the patient.
- Being conscious that the way to satisfy physical, psychological, and social needs is different for each person.
- Taking into account both the content of the message and the feelings and necessities of the patient.
- Paying attention to the patient's nonverbal messages.
- Verifying that the patient has understood what has been said.
- Showing motivation about the job.
- Being kind, as well as being able to adapt and to be flexible when treating the patient.

Provided that all these tips are followed when treating the patient and communicating them a bad piece of news, the health professional will ensure that the message gets through in a proper way, making it possible to be understood and being empathetic with the patient, which will ease the assimilation and acceptation of the news.

It needs to be highlighted that, as Parra, D. (2013) indicates, the health professional obligation is not only the transmission of the information, since they must orientate and advise the patient regarding the treatment alternatives. That way, the patient will be able to autonomously take a decision based on the medical information and recommendations received. The tips provided by the health professional must be illustrative, meaning that the professional must not impose their criterion, they must guide the patient and their relatives instead.

Once the two previous sections have been explained, it is evident that informing the patient about a bad piece of news is mandatory, the way to do has also been made clear. However, it is not

an easy task that can be performed without having studied it deeply. That is why, training is key to its performance. Additionally, there is a number of objectives, included in the following lines, that must be fulfilled so that the communication of a bad piece of news is beneficial for the patient.

11.4.2. Objectives when giving bad news

Sweeny, K. et al. (2011) carried out an evaluation of the transmission of bad news based on the existing literature, and they came to the conclusion that six objectives need to be accomplished for the information to be given properly:

- Delivering the information: patients must be informed in a clear and exact way in order for them to take informed decisions and to plan the future.
- Persuading the patient to adopt the recommendations given: in many cases there is an optimal option associated to a favourable balance of benefits versus damages. When this happens, the health professionals can wish, conscious or unconsciously, to persuade the patient to choose these options. In order for the information to be clear to the patient, the professionals must be aware of their persuasive intentions and be explicit about them (Back, A. & Curtis, A., 2002). As it has been previously explained, the objective of the health worker cannot be imposing their point of view but recommending and guiding the patient for them to choose the best treatment or decision.
- Reducing the patient's stress: it is undoubtful that receiving bad news can be overwhelming for the patient from an emotional point of view and the stress suffered by the patient can be increased if the piece of news not transmitted properly. That is why, one of the responsibilities of the health staff is transmitting the news in a way that can reduce the patient's stress. To achieve that aim a previous training is indispensable, both in communicative skills and in the relationship with the patient.
- Promoting the patient's satisfaction: this satisfaction can be an indicator of the effective communication given by the health staff. Having into account the explanation of Herrera, A. et al. (2014), this satisfaction can be promoted by involving the patient in the decision-making process, reacting to their emotions, and including them in the debate about their health situation.
- Encouraging the patient's optimism: Clayton, J. et al. (2005) defend that the patient's optimism can have to some extent an impact on their ability to adapt and recover. Nevertheless, the health staff must not give the patient a wrong idea about the situation, showing too much positivity. Therefore, there must be a balance between optimism, honesty, and realism.
- Reducing the health professionals' discomfort: as Herrera, A. et al. (2014) explain, the health staff frequently has some respect, and even fear, to communicate bad news. If these feelings are

lessened, the health staff will feel more better when delivering the bad news, and, as a consequence, the patient will have a stronger feeling of security. Knowing how to manage the negative emotions that can arise as a consequence of communicating bad news does not only benefit the patient, who will understand the health staff better, but also the health professionals themselves, who will notice a positive consequence on their well-being.

In order for these six objectives to be fulfilled training is essential, without it the health staff will not be able to communicate the bad news effectively. This training must be received by the health worker, but also by the medical interpreter, who, in case there is a foreign patient, will also need to be present and to transmit the message and the bad piece of news to the patient.

11.4.3. Steps in the communication of bad news

Santacruz, A. (2019) explains in their Masters' Final Paper the six steps that Buckman, R. (1984) recommended for the communication of bad news to patients:

- First step: preparation. It is of paramount importance that the health staff shows interest and respect. Likewise, privacy must be given to the patient at the moment of giving them the bad news. It is, therefore, recommendable to take the patient and their relatives to a private room with its door closed or, given that it is not possible, the health staff should take them to a place in which they could have a calm and private conversation.
- Second step: finding out what the patient knows. At this point, it is necessary to pay a lot of attention to the body language, which can contradict whatever is being stated or denied by the patient. This body language can vary depending on the patient's home country and culture, as a consequence, one must not forget the patient's culture. In some cases, as Santacruz, A. (2019), explains, it is very useful to find out what the patient knows although they do not explicitly express it.
- Third step: finding out what the patient wishes to know. It is a good option to find out what the patient wishes to know and what they do not want to know in order to respect their decision.
- Fourth step: sharing information. As it has been stated in the previous step, the health professional must respect the patient's decision regarding what they want to know, however, they must also bear in mind that their responsibility is diagnosing and informing the patient, so they need to find a balance between these two obligations. Since the medical terminology is complicated and it can be difficult to understand, especially if the patient is not Spanish, it is highlighted to use the same vocabulary that the patient uses. In spite of the assistance of a medical interpreter, it can be difficult for them to transmit the information in a way that can be understood by the patient. The

professionals must be prepared for any kind of reaction, since each person faces an unexpected piece of news in different ways.

- Fifth step: answering the patient's reactions. Calm is an essential ingredient when dealing with the patient's reaction, as well as empathy. Giving support to the patient can also relieve their pain.
- Sixth step: planning and follow-up. The health professional needs to be able to help patient in their new situation. The information must be given with realism without taking their hope away.

Regarding how to transmit a bad piece of news, Gómez, M. (2006) refers to the theory postulated by Gamba, A. et al. (1988) in which they recommend analysing each situation individually, since each case is different although the patients suffer the same illness. As a consequence, it could be possible that the health professional and the medical interpreter would need to adapt these steps to each patient's specific situation and reaction.

11.4.4. Lack of training to give bad news

In the introduction the lack of training to transmit bad news has already been mentioned, which is suffered by the health staff, as well as the medical interpreters. Consequently, this paper wishes to highlight that there is an urgent necessity to develop such training for both groups of professionals to be capable of communicating bad news in an empathetic way but reducing the patient's psychological and emotional impact that they can suffer promoting their selfcare.

It is undoubtful that being informed about how to inform and communicate about the patient's medical situation can only be beneficial for this latter. "It can reduce the patient's emotional impact when they are being informed, allowing them to assimilate the new reality bit by bit and, at the same time, reinforcing the doctor-patient personal relationship" (Lillo, S., 2014). This quotation proves that having learnt how to give bad news is also advantageous for the doctor.

Communicating bad news is part of the health workers' and medical interpreters' daily professional life, these latter transmit the information given by the health professional and by the patient. It is an extremely complicated task, since in consists of giving unpleasant information to the patient and their relatives. Consequently, carrying out this task usually produces an emotional impact on the patient although in some cases it can also be a relief. The reason for this is that often the patients who feel bad do not know the cause of their suffering; that is why, once they know the reason, they can feel relieved.

Although the health staff must communicate unpleasant news with frequency, this task is still very difficult for these professionals due to the lack of training received in communicative skills. As Arraya, M. & Lizarraga, S. (2001) state: "our skills in medicine-nursery have been focused on health and illnesses from a biological perspective and, thus, the training in communicative skills has and still is neglected."

Along the academic training the health professionals are not given the tools to face these difficult situations. This is the reason why they may feel insecure when informing the patients. However, the lack in communicative skills is not experienced by the medical interpreters, who are experts in communication. Nevertheless, there exists a shared obstacle, the lack of preparation to face the consequences of communicating a bad piece of news in medicine, suffered by the health staff and the medical doctors. These consequences, which often occur on an emotional level, must be known by the health workers and the medical interpreters, so that they can easily deal with them and so that they are aware of the implications involved in the transmission of bad news.

Gala, F. et al. (2006) also draw attention to the urgent necessity of including training about the communication of bad news in the curriculum of the medical field. These authors highlight that the lack of skill when giving bad news produces suffering in the patient and, also in the health staff, worsening the relationship between them. This lack of ability is caused by the lack of training that has existed and still exists in education in the medical field.

On the other hand, medical interpreters also lack training when communicating bad news. However, this problem is not due to a lack of training in communicative skills, as it is the case of health professionals. All the interpreters, including medical interpreters, are trained to be prepared to transmit the message given by the interlocutors involved in the communicative process. The problem is, thus, found in the psychological preparation, which in many cases is not enough since medical interpreters are not fully aware of the consequences involved in giving a bad piece of news.

Although medical interpreters are skilled regarding communication, they are not trained to psychologically face the communication of bad news. Giving an unpleasant message to the patient can produce negative feelings in the person who communicates it, that is to say the health professional, as well as the medical interpreter. As it has been explained previously, one of the medical interpreter's and health professional's task consists of informing the patient. However, the information given can have a psychological consequence afterwards, which leads to having feelings that can be harmful for them. Knowing how to manage emotions is essential to deal with the feelings that can arise from the communication of bad news.

Ignorance on how to deal with emotions is common to both groups of professionals, who, during their academic training, have not received guidelines to know how to face the difficult task of communicating a bad piece of news.

According to Ruiz, A. (2010), medical interpreters must not only be linguistically, culturally, and communicatively prepared, they also need to be emotionally prepared in order for them not to be personally affected by the patient's situation. This necessity of psychological preparation is also indispensable for the health professionals.

It is necessary to highlight that even receiving a complete training, the medical interpreter, just like the health professional, faces numerous difficulties with which they will need to deal by using different tools and strategies, which should be taught throughout their academic lives. This latter statement does not mean that their learning process finishes once their academic period is ended, their academic life is just the moment in which this learning process is started, which will continue to develop through their professional experience and also through their colleagues' experience.

11.4.5. Training necessity

Since there is a clear and evident lack of training when communicating bad news to patients, the obvious solution is to improve this training and to delve into it. If the health staff does not know how to communicate bad news because they do not find the way of informing the patient about their medical situation, the consequence is that the interpreters will also have difficulties when transmitting the information. Nonetheless, this is not the only difficulty that arises. Health professionals and medical interpreters must face the consequences caused by such communication, which means that they can suffer a psychological impact which would possibly lead to an obstacle to perform their tasks properly.

Firstly, it is undoubtful that it is necessary to raise awareness among the future medical interpreters that their profession is complicated and that it can have emotional consequences that would have consequences in their professional and private lives. In fact, according to the statement by Alves de Lima, A. (2003), communicating bad news is one of the most difficult tasks that health professionals need to perform. Having this fact into account, I believe that through real examples it could be illustrated how the communication of bad news can affect health and communication professionals. Personally, this would be the starting point for such a necessary training. Once the difficulties and their possible consequences have been introduced, it would be convenient to proceed with the practical part.

Focusing on the practice, a very beneficial option is doing role-plays in which students would have an assigned role (patient, health professional and interpreter) and change these roles once the examination is done. These role-plays could be in an improvised or planned way, in the first case it would be the students themselves who would design the script at the same time that the interventions are done, and, in the second case, they would have a proper script with what they need to say. Both options are useful and have advantages; nevertheless, when having a proper script or at least when having an idea of the communicative situation, real problems could be introduced, as well as difficult terminology which could come up during the medical visit. According to Fernández, M. (2015), improvised role-plays are "less appropriate for the acquisition of skills related to the coordination of real conversational interactions." On the other hand, this author also considers that in the improvised interventions students tend to use briefer sentences and "with less conceptual density." That is why, as it will be explained henceforth, the presence of a professional in medicine be advantageous for the students, since the health professionals will talk using the language used in their specialty, which is daily used in their profession. In this case, naturalness and spontaneity are guaranteed because the expert has the specialised knowledge required by the communicative act and they are used to acting in these situations (Sanz-Romero, R., 2017).

The best way to know which are the difficulties that the health staff faces when treating foreign patients is through the health professionals' experience. Therefore, it would be extremely beneficial for the future professionals and, also for the health professionals that these latter would attend medical interpreting lessons. The purpose of this activity would be that the health professional would share their experience with the class. Apart from having a health professional in the medical interpreting class, it would also be useful for the future medical interpreters to visit hospitals and health centres to experience how to work with the health staff.

Sanz-Romero, R. (2017) wrote an article for the Digital Periodical on Medical Teaching Investigation [*Revista Digital de Investigación en Docencia Médica*] in which the presence ofa doctor in the medical interpreting class is analysed and the benefits it involved are explained. The experience consisted of doing role-plays guided and supervised by the doctor. According to this author, "the interaction with the doctors did not only contribute to giving more realism and authenticity to the role-play, but it also favoured the development of the students' thematic, interpersonal and strategic abilities."

Public Service Interpreting, in this case the medical one, must be based on a solid training in contact with the reality of working in Public Service Interpreting, this way the students will access the labour market having real references of what they will need to face (Sanz-Romero, R., 2017).

The experience described by Sanz-Romero (2017) has the intention of enabling the students' acquisition of interpreting skills, understood as "the combination of aptitudes, knowledge, behaviour and know-how necessary to carry out a given task under given conditions" (MedInt, 2008)-

The expert's presence and knowledge, that guides the students, favours the acquisition of communicative abilities related to the interaction's development (Fernández, M., 2011).

In the next paragraphs, the project explained by Sanz-Romero, R. (2017) in her article will be described, including all its steps with the purpose of making it possible to use it as a model and reference for future educative programmes focused on Public Service Interpreting.

- Firs step: Research before interpreting

First of all, the students were given a dossier with texts in order for them to prepare a sight translation y and also for them to get familiar to terms that would later be useful when interpreting. The importance of creating glossaries was highlighted, although they were not given guidelines regarding this matter.

- Second step: role-play with the health professional

In the role-plays the students participated as patients or interpreters, so that the expert would always act as the doctor. They were given cards with a situation lived by the expert in which a foreign patient was involved to make it as real as possible. That way, they could learn from the health professional's experience. The fake medical visit was recorder to be analysed afterwards, delving into the strong points and possible improvements that the students could make to achieve a more efficient and fluent communication.

The classmates who did not participate in the medical visit were spectators who made a critical analysis of the participants' performance.

- Third step: feedback on the performance and the didactic experience

Once the medical visit was finished and the students' performance was analysed, the students were given a questionnaire in which they had to give feedback on how prepared they felt to interpret in this kind of situations. Additionally, they had to give their opinion on the experience of having an expert in the class.

From this experience the students came to the conclusion that the research and investigation made before interpreting are indispensable to be prepared for the medical interpretation. Besides, they realised that there are great differences between the medical visits of the different medical fields, and, therefore, each one of them needs a specific and different preparation. Thanks to the role-plays, the students discussed the interpreter's involvement in the medical visit and the moral principles, as well as the possible dilemmas that can arise.

According to Sanz-Romero, R. (2017): "the fact that health professionals selflessly participated in these lessons made the students appreciate their devotion, effort, and experience (…) the student considered them as a colleague with whom they could cooperate." As it will be explained henceforth, this cooperation with the health staff is essential to help the patient.

Once the experience has been detailed and explained, the conclusion is that including the health professional in the medical interpreting classroom is extremely useful for future medical interpreters, who will be able to learn the terminology used by the health professionals on a daily basis in each specialty. However, this would not be the only advantage of having the guide and orientation of a health expert. The future medical interpreter would also realise which are the difficulties of their job and, also that they need to be psychologically prepared to face the communication of bad news. From my point of view, it would be a mistake if the medical interpreter thought that the only difficulty involved in their job is the terminology and the use of language. Apart from the linguistic factors, there are more difficulties that can arise along the medical visit. These difficulties can be of different nature, and they will be explained in the following section.

11.4.6. Difficulties faced by the medical interpreter

It is undoubtful that interpreting is a complicated task that involves the interpreter's knowledge in their working languages, and also the interpreter's ability to concentrate and retain information. Nonetheless, these are not the only elements needed to be a good professional, able to facilitate the communication between the patient and the health staff. There are other factors to be taken into account for an interpretation to be appropriate, they make the interpreting task even more difficult.

The obstacle of speaking different languages is not only that, but also the fact that there are differences of diverse kind: social, economic, cultural, political and religious. The circumstances surrounding the patient and the health professional can cause misunderstandings during the medical visit, and the interpreter must solve them for the communication not to be interrupted and also to avoid any problems, which could have an impact and consequences in the patient's health.

- Linguistic obstacles

The most obvious problem is that the patient does not speak Spanish, and this is the reason why and interpreter is needed.

- Administrative obstacles

Since the patient does not know how the Spanish health system works, it is really difficult to do the necessary administrative procedures, such as requesting an appointment.

- Cultural differences

There may exist topics that are taboo for a culture and they must not be talked about, but in order to treat a patient properly it is necessary to discuss them. Besides, this cultural difference must be explained to avoid misunderstandings.

Additionally, it is possible that bad news are given in different ways depending on the culture, and this could be a surprise for the patient. For this reason, the interpreter must be informed about these matters and communicate them to the health staff, which must be kept in mind.

- Health professionals' performance

There can be confusions because the health professional does not understand what the patient is trying to say and also because they are not used to working with an interpreter who intervenes in the medical visit. Consequently, communication and cooperation between the health staff and the medical interpreters must exist.

- A deficient interpreter's performance

It can occur given that there are, for instance, terminological mistakes or a bad management of turn-taking if both parties speak at the same time or if the interventions are asymmetrical.

All these difficulties lead to problems suffered by the patient. That is why the interpreter's job is essential to avoid this type of situations. This communication professional is responsible of enabling the patient to understand and be understood without problems. This involves the interpreter's clarifications whenever a cultural problem arises or when the message has not been properly understood.

Apart from the already mentioned difficulties, and connected to them, there are more that need to be highlighted. The first difficulty, already explained, is the lack of training of both groups of professionals, that makes it difficult for them to perform their job properly and it also affects them

once the medical visit is finished. There are also other obstacles. In general, the health staff is not used to working with interpreters and they do not know what their role is and how to work with them. Therefore, in many cases there is a lack of coordination between the health staff and the interpreter, which is harmful for the patient. Besides, the interpreter can play many different roles, which can be combined. Consequently, they must first decide which role they are going to play and how they are going to work and, once this decision is taken, they must communicate it to the health staff and work with them so that the communicative act is satisfying for all the parts. Last, but not least, the interpreter must, on some occasions, decide what to do in a situation in which the solution is not completely clear, in other words, they must deal with moral dilemmas. The interpreter can ask themselves which is the best option; to know the answer for this question they must only keep in mind the moral principles of the codes of ethics, that state how to act and which is the good praxis when interpreting.

11.4.6.1. The interpreter's role

As it has already been explained, the interpreter can play numerous roles, and needs to decide which one is the most suitable for each communicative situation. They must be aware of the best option, and they need to communicate it to the health staff, who needs to be conscious of the strategy used by the interpreter. In the next passages I will include the mot popular opinions of the most well-known investigators on which role should the interpreter play, and I will give my opinion too.

The model proposed by Angelelli, C. (2004) defends that the interpreter is an inevitable visible part in the communicative act. Consequently, this investigator states that interpreter's role goes beyond the repetition of the information, since they also use their linguistic, psycholinguistic, and interpersonal abilities.

This is not the only opinion on the interpreter's role, there are classifications based on their role, as the one proposed by the California Healthcare Interpreting Association (CHIA, 2002), which includes four different roles:

- Message converter: once they have listened to the participants and observed the body language, they transform the meaning of all the messages from one language to the other. To achieve this aim, they manage turn-taking and their duration.
- Message clarifier: the interpreter pays attention to the matters that could lead to misunderstandings and clarifies them, making it clear that it is their own contribution.
- Cultural clarifier: the interpreter acts as a cultural mediator when they face a cultural matter that makes the communication difficult in order to clarify the possible misunderstanding.

- Patient advocate: the interpreters acts favouring the patient and defends their interests as if they were their own.

Having this wide variety of perspectives and models, it can be asked which is the one that works in a way that communication in the public services is effective, and more specifically in the medical sector. As Campos, J. G. (2004) indicates: "the job of the mediator, translator and interpreter should be properly defined at the beginning, since if not it could lead to a bad coordination of the health staff, a tendency towards isolation within hospitals, and a lack of a clear definition of their professional tasks." It is not only indispensable that the interpreter knows what their job and role are, but the health staff must also know it.

In order for the communicative situation to be fluent and effective it is necessary a previous consensus regarding the role that the interpreter is going to play along the medical visit. Despite the interpreter making the most of them for the turns to be respected and for misunderstandings to be avoided, the communication expert must adapt to the established rules and surrender.

That is why, as it will be explained henceforth, a cooperative work between the interpreter and the health staff can facilitate and considerably improve the tasks of both groups of professionals, benefitting the patient. This is the reason why introducing the health staff in the interpreting class-room can be very advantageous, since the future interpreters will know what they will face, how to manage it and which tools should be used to achieve an efficient communication. The interpreter will then be aware of the problems that they will have to deal with, which will be included in the next sections.

I would now like to express my opinion, based on what I have learnt during my academic life and my brief experience as interpreter. From my point of view, the interpreter is inevitably a visible participant and as such they should be allowed to clarify certain points if necessary because that way they will be able to avoid misunderstandings and the interpreter will even be able to correct themselves in case they have made a mistake.

I believe that the interpreter must be impartial and not lean towards any of the parts, as it will be explained in the section on the codes of ethics. Although there is an imbalance in power between the participants of the communication, the interpreter should not act as a patient advocate. Instead, as I see it, they must do their job, which is enabling the communication, which is already beneficial for the patient. This statement does not mean that the interpreter must not be present when the patient needs help, in situations like administrative paperwork (filling out questionnaires and necessary documents) and also indications to get to medical room.

Consequently, my perspective agrees with the opinion given by Angelelli, C. (2004), who, as explained henceforth, defends that communication should essentially take place between the health staff and the patient.