



Universidad
de Alcalá

EL INTÉRPRETE SANITARIO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA

THE ROLE OF THE MENTAL HEALTH INTERPRETER: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

2019/2020

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

Presentado por:

D. JOSÉ LUIS JUAN ROMERO

Dirigido por:

Dra. D^a RAQUEL LÁZARO GUTIÉRREZ

Alcalá de Henares, a 9 de junio de 2020

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. Marco Teórico	8
2.1 Mediación e interculturalidad	8
2.2 El intérprete en los servicios públicos: nociones básicas	10
2.3 ISP y mediación intercultural: ¿puntos en común?.....	13
2.4 El intérprete en el ámbito sanitario	15
2.5 Atención sanitaria en el ámbito de la salud mental: especificaciones y nociones básicas.....	19
2.6 El intérprete sanitario en salud mental: ¿por qué es necesario?.....	22
2.7 Introducción a las revisiones sistemáticas de literatura.....	24
3. Metodología.....	27
3.1 Fuentes de información y ecuación de búsqueda	28
3.1.1 Fuentes de información	28
3.1.2 Ecuaciones de búsqueda	29
3.2 Criterios de inclusión y exclusión	32
3.3 Presentación del proceso de búsqueda y síntesis de los estudios recopilados	33
3.3.1 Exposición del proceso de búsqueda y recopilación de los estudios	33
3.3.1.1 Búsqueda en BITRA.....	34
3.3.1.2 Búsqueda en Translation Studies Bibliography	35
3.3.1.3 Recopilación final	37
3.3.2 Síntesis y presentación de los estudios recopilados	40
4. Discusión: análisis de las temáticas recopiladas en los estudios.....	50
4.1 Impacto emocional del trabajo del intérprete sanitario en salud mental.....	50
4.1.1 El trauma vicario y otras consecuencias psicológicas en el intérprete	54
4.1.2 Consecuencias de la labor del intérprete en su día a día.....	57
4.1.3 Dificultad de los intérpretes para mantenerse neutrales	59
4.1.4 Mecanismos de defensa: el intérprete debe protegerse.....	60
4.2 Factores culturales en la interpretación en salud mental	62
4.2.1 Cultura, entendimiento y salud mental	63
4.2.2 Impacto del factor cultural en los diagnósticos.....	65
4.3 Interpretación con pacientes refugiados y solicitantes de asilo en salud mental.....	69
4.3.1 La labor del intérprete en la atención a pacientes refugiados en salud mental	70
4.3.2 El intérprete refugiado	73
4.4 Importancia de la formación del intérprete.....	75
4.4.1 Formación específica en interpretación Salud Mental.....	77
4.4.2 Impacto del uso de personas no cualificadas en los diagnósticos	80
4.5 Relación del profesional sanitario con el intérprete en SM	82
4.6 Exactitud y precisión: importancia de la narrativa del paciente y la pragmática en la transmisión de significado.....	88
4.6.1 Aspectos pragmáticos en la interpretación en SM	88
4.6.2 La narrativa del paciente en la interpretación en salud mental	92
5. Conclusiones.....	97
Bibliografía.....	103
ANEXOS.....	111

Resumen

Actualmente, la interpretación en los servicios públicos está en auge y su importancia es cada vez mayor debido a las sociedades multiculturales en las que vivimos, surgidas como consecuencia de la desigualdad entre los países del mundo que obliga a muchas personas que viven en países en desarrollo a abandonar los lugares donde han crecido en busca de una vida mejor. Estas personas tienen derecho a utilizar los servicios ofrecidos por las instituciones de los países en los que ahora residen, independientemente de su lengua, por lo que la figura del intérprete en los servicios públicos es imprescindible para crear puentes de comunicación lingüística y cultural entre ambas partes. Uno de los servicios esenciales para el desarrollo de la vida de estas personas es la sanidad, y por lo tanto la figura del intérprete sanitario es imprescindible.

Dentro del estudio de la ISP médica, cada vez se desarrollan investigaciones más específicas centradas en los diferentes ámbitos de la medicina. Uno de los campos en los que la labor del intérprete sanitario resulta más necesaria es el de la salud mental. Esto se debe a que las personas migrantes, refugiadas o solicitantes de asilo suelen haber experimentado situaciones traumáticas y dolorosas en sus países de origen, durante su viaje o tras la llegada a los países de acogida. Por lo tanto, estas personas tienen un alto riesgo de sufrir problemas relacionados con la salud mental. Dado el papel imprescindible del intérprete sanitario y de la investigación en ISP en la mejora de la salud mental y la calidad de vida de estas personas, hemos decidido realizar una revisión sistemática de literatura para identificar y resumir la bibliografía existente disponible sobre la labor del intérprete sanitario en la atención a pacientes extranjeros en salud mental, identificar las características de la labor del intérprete en este ámbito y proporcionar un marco de referencia para futuras investigaciones. Para ello hemos diseñado un método de búsqueda y selección preestablecido, sistematizado, explícito y repetible. Tras recopilar los estudios que coincidan con nuestros criterios de inclusión y exclusión, los sintetizaremos y analizaremos sus resultados a través de las diferentes temáticas extraídas de estos.

Palabras clave: interculturalidad, ISP, interpretación en el ámbito sanitario, interpretación en salud mental, inmigración, revisión sistemática de literatura

Abstract

Nowadays, public service interpreting is receiving more and more recognition due to the fact that we live in multicultural societies. These societies have developed as a consequence of global inequality, which forces people living in developing countries to abandon the places where they have grown up to find better opportunities in other countries, which explains the growing importance of the field of public service interpreting. These people who leave their homelands in search for a better life are entitled to the use of public services offered by the institutions of the countries where they reside and language barriers should not stop them from doing so. Therefore, public service interpreters play a pivotal role in ensuring they get access to the institutions, bridging cultural and linguistic gaps between the parts. One of the most important services individuals who do not speak the dominant language need to get access to is healthcare, so healthcare interpreters are essential.

Research concerning medical interpreting is increasing, as there is a growing tendency among researchers to conduct studies which focus on the different fields of medicine. One of the fields where the work of the healthcare interpreter seems to be more necessary is mental health. Migrants, refugees and asylum seekers are likely to have experienced traumatic and painful situations in their home countries, during their journey or once established in the host country. For this reason, they are at great risk of suffering from mental health issues. Given the essential role of the healthcare interpreter and the research on PSI in improving both the quality of life and mental health condition of these individuals, we have decided to conduct a systematic literature review in order to identify and synthesize the available existing literature on the role of interpreters working in mental health contexts, identify the characteristics of the job of the interpreter in this setting and provide a frame of reference for future studies. For this purpose, we have designed a systematic, pre-established, explicit and repeatable method to find and select those studies that best fit our exclusion and inclusion criteria. Then, we will synthesize and analyze their results concerning the different themes identified in them.

Keywords: interculturality, public service interpreting, healthcare interpreting, mental health interpreting, immigration, systematic literature review

1. Introducción

Los movimientos migratorios, aunque han ocurrido durante toda la historia de la humanidad y, de hecho, han dado lugar a las sociedades en las que vivimos, son cada vez más comunes en la actualidad. Esto se debe a que vivimos en un mundo desigual, en el que los países más ricos cuentan con unos privilegios muchas veces cimentados en el continuo empobrecimiento de los países en vías de desarrollo. En una sociedad como esta, en la que el lugar en el que hayas nacido es esencial para tu educación, nivel económico, desarrollo personal, salud mental y física, y otros factores esenciales en el desarrollo de la vida del individuo, resulta inevitable que haya personas que se vean forzadas a abandonar sus lugares de origen para ir en busca de una vida mejor. Asimismo, las guerras y conflictos que tienen lugar (o más bien, son provocados) en muchos países del mundo fuerzan a los ciudadanos de estos lugares a abandonar su tierra, cultura, costumbres, amigos y familiares, muchas veces siendo esta su única opción para sobrevivir, obligándoles a huir a otros países que les garanticen la condición de refugiados en los que puedan rehacer sus vidas. Estas personas, tanto las migrantes como los refugiados o solicitantes de asilo, tienen derecho a acceder a las instituciones de los países de acogida para solicitar los servicios públicos que requieran, como cualquier otro ciudadano, pero muchas veces les es imposible debido a las barreras lingüísticas y culturales que muchas veces encuentran en dichas instituciones. Uno de los servicios más importantes para asegurar el buen desarrollo de la vida de las personas es la sanidad, y estas personas deben poder acceder a esta, ya que el acceso a la salud constituye, como indica la Organización Mundial de la Salud, un derecho humano. De esta manera, surge la figura del intérprete sanitario, esencial para derribar las barreras lingüísticas y culturales que impiden a los grupos que no hablen el idioma del país acceder a un servicio de salud de calidad.

Por otro lado, otros de los problemas cada vez más comunes en nuestra sociedad son los relacionados con la salud mental, con alrededor de 450 millones de personas en todo el mundo que sufren algún trastorno mental, según la OMS. Las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, que han experimentado el desarraigo, el abandono de sus culturas, la pérdida de familiares, y por lo tanto, han experimentado el trauma, y que se ven obligados a enfrentarse a un país y cultura nuevos y a la necesidad de adaptación e integración en estos países, donde muchas veces sufren el racismo, xenofobia o la discriminación, tienen un alto riesgo de padecer problemas relacionados

con su salud mental, normalmente causados por el estrés provocado por los factores mencionados. De esta manera, estas personas deben tener acceso a los servicios e instituciones de salud mental de los países de acogida, pero muchas veces no consiguen acceder a estos como consecuencia, de nuevo, de las barreras culturales y lingüísticas. Es debido a estas circunstancias que la figura del intérprete sanitario en la atención a pacientes extranjeros, migrantes, refugiados y solicitantes de asilo es esencial para que estos puedan recibir una atención sanitaria de calidad en este ámbito al igual que el resto de los ciudadanos de estas sociedades.

Debido a todos estos factores, nos hemos planteado una serie de preguntas relacionadas con la labor del intérprete sanitario en el ámbito de la salud mental que consideramos esencial que obtengan respuesta. Estas preguntas son las siguientes: a) ¿cuál es la función principal del intérprete sanitario en salud mental? b) ¿en qué consiste su labor? c) ¿a qué retos va a tener que enfrentarse durante la realización de su actividad? d) ¿con qué habilidades específicas necesita contar el intérprete sanitario para realizar su labor en este ámbito? Para poder contestar estas preguntas, teniendo en cuenta la importancia de la investigación en ISP médica para la mejora de la atención a pacientes extranjeros, hemos considerado imprescindible realizar una revisión sistemática de la literatura existente sobre la labor del intérprete sanitario en la atención a pacientes extranjeros en salud mental.

Esta revisión se va a realizar, además de para contestar nuestra pregunta de investigación, con el fin de lograr tres objetivos principales. En primer lugar, pretendemos identificar la literatura disponible existente en relación a la labor del intérprete sanitario en el ámbito de la salud mental. En segundo lugar, deseamos proporcionar un resumen exhaustivo de la evidencia disponible pertinente a la interpretación sanitaria en la atención a pacientes extranjeros en este entorno. Por último, nos hemos propuesto proporcionar un marco de trabajo que sirva como referencia para aquellas personas que deseen llevar a cabo nuevos estudios sobre interpretación en salud mental.

Por otro lado, con el fin de dar respuesta a las preguntas que nos hemos planteado en relación a la labor del intérprete sanitario en este entorno, hemos planteado una serie de subobjetivos que son: a) analizar el impacto psicológico y emocional del trabajo del intérprete en el ámbito de la salud mental; b) exponer la importancia de los factores

culturales en la atención sanitaria en este entorno; c) evidenciar la importancia de la buena praxis de la interpretación sanitaria en salud mental para la eficiente elaboración de diagnósticos y planes de tratamiento; d) exponer la necesidad de formación en interpretación sanitaria, y de especialización en este ámbito; e) analizar las particularidades de la interpretación con pacientes refugiados o solicitantes de asilo; f) mostrar la importancia de la buena relación intérprete sanitario-profesional sanitario para el buen funcionamiento de la atención a pacientes extranjeros; y g) analizar la importancia de la pragmática y la narrativa en la transmisión de significado y por lo tanto, su impacto en la atención al paciente.

Para realizar nuestra revisión y alcanzar los objetivos planteados, vamos a llevar a cabo un proceso sistemático preestablecido y explícito, que será imparcial y repetible, para que los resultados de nuestra revisión puedan corroborarse por otra persona que realice el mismo método. Para esto realizaremos una serie de búsquedas sistematizadas en bases de datos especializadas en traducción e interpretación, utilizando unas ecuaciones de búsqueda que habremos diseñado previamente y aplicando unos criterios de inclusión y exclusión preestablecidos, para obtener acceso a toda la literatura disponible existente relacionada con la labor del intérprete sanitario en la atención a pacientes extranjeros en salud mental. Todo este proceso sistematizado, explícito y repetible tiene como objetivo que nuestra revisión tenga base científica, un proceso que expondremos en el apartado dedicado a la metodología.

Tras realizar este proceso sistemático y recopilar los estudios primarios que hayan coincidido con nuestros criterios de inclusión y exclusión, los leeremos a texto completo y los sintetizaremos. Tras esto, se analizarán y discutirán los resultados según las temáticas principales que encontremos en los estudios y en relación a los diferentes objetivos y preguntas que hayamos planteado resolver, y se comprobará su validez en relación a la literatura existente sobre interpretación sanitaria en salud mental, como libros u otros estudios secundarios o con base bibliográfica publicados hasta la fecha.

Por último, tras realizar nuestra revisión y analizar los resultados, volveremos a nuestras preguntas, objetivos y subobjetivos planteados inicialmente y valoraremos si las hemos resuelto o no en nuestras conclusiones. También tendremos en cuenta las posibles limitaciones que pueda tener nuestro estudio.

2. Marco teórico

Este apartado se va a dedicar a presentar las diferentes teorías e investigaciones que han servido de base para el fundamento teórico de nuestro trabajo. Se va a proceder a la presentación de estas teorías, que van a servir para informar al lector sobre una serie de factores que debemos tener en cuenta y que tienen influencia en el desarrollo del trabajo, los cuales no vamos a pararnos a analizar en el resto de los apartados (metodología, análisis, etc.). Por otro lado, se va a aportar información necesaria para la comprensión del trabajo en cuanto al ámbito de la interpretación en los servicios públicos en el que nos vamos a centrar, y vamos a exponer una serie de cuestiones básicas que se deben comprender para situarnos adecuadamente en el campo de investigación en la que se centra nuestro estudio. Por último, además, se va a dedicar un punto de este apartado a presentar los elementos necesarios para entender el tipo de estudio que vamos a realizar. Para esto hemos utilizado fuentes de información bibliográficas como libros, artículos, estudios no primarios o guías de actuación.

2.1 Mediación e interculturalidad

Actualmente, vivimos en un mundo globalizado y conectado, lo que provoca una ausencia de igualdad en la distribución de los bienes en todo el mundo. Los países desarrollados generan más riqueza y aquellos que están en vías de desarrollo sufren cada vez más pobreza. Esta desigualdad global, sumada a las guerras, conflictos, y otros desastres llevados a cabo por el ser humano, provoca la necesidad de muchas personas de dejar sus países y emigrar a otros en busca de una vida mejor. Esto modifica las estructuras de las diferentes sociedades, dándose lugar a las sociedades multiculturales (Beiruti y Huizing, 2019). Estas sociedades están integradas por personas y grupos con culturas y costumbres diferentes, lo que en ocasiones puede ocasionar que surjan conflictos o que el grupo mayoritario rechace al minoritario. De esta manera, se activan “estrategias de separación que en muchos casos se traducen en iniciativas o estrategias de segregación y/o exclusión”, lo que provoca que surja la necesidad de crear puentes de entendimiento y comprensión entre las diferentes culturas (Antonin Martín, 2013: 57).

Una posible solución para los conflictos o la exclusión dentro de las sociedades multiculturales y la única vía para establecer estos puentes de entendimiento es el interculturalismo. Este puede parecer en su esencia un concepto utópico, que todavía no

está asentado en nuestra sociedad, ya que se entiende como una “actitud positiva hacia la diversidad cultural” y una “ideología sobre las relaciones entre culturas” (Beirut y Huzing, 2019: 293).

A partir de la necesidad de crear vías de entendimiento entre diferentes culturas y de facilitar el acceso de la población inmigrante a las instituciones, y teniendo en cuenta el concepto de interculturalidad, surge la idea de mediación intercultural. Esta tiene como principal objetivo favorecer la creación de sociedades multiculturales eficientes en cuanto a la cooperación y convivencia de las personas que las conforman. Como indica Cohen Enrique, la mediación intercultural:

Es un recurso al alcance de personas de culturas diversas, que actúa como puente con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre las personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas. [...] La mediación entre personas o grupos culturalmente diversos actuaría preferentemente en la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, el acercamiento entre las partes, la comunicación y comprensión mutuas, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos culturales y la participación comunitaria.

(Cohen Enrique, en Antonín Martín, 2013: 56)

La tarea de la mediación intercultural, para solucionar los conflictos culturales y promover la participación comunitaria, tiene como objetivo además que se facilite la comunicación entre las instituciones diseñadas por el grupo mayoritario de una sociedad y la persona migrante, que se encuentra en una situación cultural diferente a la suya propia. La necesidad de facilitar la comunicación entre el inmigrante y las instituciones surge debido a que en estas sociedades multiculturales tienen lugar situaciones “de dificultad de comprensión recíproca, o de total incomprensión”. La mediación intercultural resulta esencial para solucionar los conflictos y malentendidos entre ambas partes, para lo cual es necesario redefinir para ambos grupos “el sistema de códigos, lenguajes y valores culturales que hay que adoptar para superar la distancia y los potenciales conflictos” (Andolfi y Cavalieri, 2019: 388). Para terminar de comprender el concepto de mediación intercultural y los elementos que participan en su actividad, debemos destacar la definición de C. Giménez (1997):

Entendemos la Mediación Intercultural —o mediación social en contextos pluriétnicos o muticulturales— como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el

acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y el desarrollo de la convivencia, la relación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados.

(Giménez, 1997: 142)

Así, teniendo en cuenta que para que se realice esta actividad es necesaria la intervención de terceras partes, surge la figura del Mediador Intercultural. La labor que este debe realizar tiene como objetivo crear vías o puentes de comprensión y conocimiento mutuo entre los distintos grupos que forman las sociedades multiculturales con respecto a las realidades de cada comunidad, respetando en el proceso la identidad de cada una de las partes para las que actúa como mediador (Lozares, en Antonin Martin, 2013).

Por otro lado, se pueden definir los modelos de intervención y funciones del mediador intercultural, según Pérez Crespo, a partir de cuatro ejes. En primer lugar, el mediador debe facilitar el acceso de las personas migrantes a los recursos de las instituciones y debe también adaptar los servicios al nuevo perfil poblacional. En segundo lugar, debe servir de apoyo a los diferentes profesionales en su trabajo con personas migrantes. En tercer lugar, debe promover la cooperación y participación ciudadana. Por último, debe colaborar de manera activa para facilitar la convivencia intercultural entre todas las partes implicadas en el proceso (Pérez Crespo, en Antonin Martín, 2013). Por lo tanto, el mediador intercultural se construye “como un profesional capaz de gestionar la diversidad cultural, facilitando, fundamentalmente, la comunicación; fomentando la cohesión social y promoviendo la autonomía y la inserción social de las minorías” (Bermúdez et al., en Antonin Martín, 2013: 62).

2.2 Interpretación en los servicios públicos: nociones básicas

Una de las barreras que suelen tener que enfrentar las personas migrantes en su intento de acceder a una institución o servicio público del país en el que ahora residen es la barrera lingüística. Esta hace en muchas ocasiones, en aquellas en que la persona no hable el idioma de las instituciones, que no pueda acceder a los servicios que necesita. Muy frecuentemente estas personas se ven obligadas a recurrir a familiares o amigos que hablan su lengua, a la que muchas veces se llama mediadores naturales, que realizan una función de mediación lingüística entre el usuario y la institución. Estas personas, que no son neutrales y que pueden omitir información que no consideren necesaria, y

que suelen realizar esta labor debido a la falta de recursos por parte de las instituciones, pueden poner en riesgo el resultado del proceso (Antonin Martín, 2013). Según Valero-Garcés, estos mediadores naturales en nuestro país suelen ser:

Personas de edad entre 25 y 45 años que provienen de lugares diferentes, que han llegado en momentos diferentes y con grandes diferencias también en cuanto al tiempo de estancia en España que van desde varios meses hasta varios años. Aproximadamente el 50% relata conocer algo de español antes de venir a España. Prácticamente todos ellos han servido de enlace [de interprete] con amigos o pacientes de forma voluntaria. [...] En cuanto a su formación, poseen un nivel de formación desigual: desde personas que poseen una o varias titulaciones universitarias, hasta personas que no saben leer ni escribir en su lengua nativa.

(Valero-Garcés, en Antonin Martín, 2013: 85)

Por lo tanto, tomando en consideración la necesidad de estas personas de acceder a los servicios públicos y los problemas que conlleva para ellas no hablar la lengua de las instituciones, viéndose obligadas a recurrir a personas no cualificadas pudiendo esto tener consecuencias negativas en los resultados que obtengan en los servicios que requieren, y teniendo en cuenta que, como indica Burdeus Domingo, “el acceso igualitario a los servicios públicos es un derecho humano fundamental, que implica, como presupuesto inicial, el entender y ser entendido para eliminar las trabas comunicativas que puedan interferir en la correcta prestación de dichos servicios” (Burdeus Domingo, 2015: 12), surge el concepto de la Interpretación en los Servicios Públicos. La interpretación no supone únicamente el control de dos lenguas, sino también el conocimiento de las técnicas necesarias para la buena praxis de esta, conocimientos culturales sobre ambas partes para las que se interpreta, etc. Por lo tanto, las personas que necesiten acceder a los servicios públicos y a las instituciones del país de acogida precisan una figura profesional, que haya recibido formación en interpretación, para que les asista lingüísticamente y así puedan recibir la atención que requieren por parte de las instituciones (Antonin Martín, 2013).

La actividad de la ISP (Interpretación en los Servicios Públicos), como indica Abril Martí (2006), es relativamente reciente y su denominación y límites de actuación dependen del lugar en el que se realice. Esta está “ligada a las características demográficas, sociopolíticas e institucionales de las distintas sociedades” y por lo tanto aun carece de una definición que esté aceptada de manera universal. Estas diferencias en la realización de esta actividad dan lugar a una terminología muy variada para referirnos

a una actividad más o menos similar dependiendo del lugar en la que se realice. En Australia, por ejemplo, nace el término *community interpreting* a finales de los sesenta, relacionado con la transformación de la sociedad de la época. No obstante, la actividad ha avanzado mucho a lo largo de los años hasta establecerse como profesión dentro de las instituciones en el país, por lo que actualmente se utiliza simplemente el término *interpreting*. En Suecia, donde este género de interpretación está también muy definido (en 1975 ya se aprobaba una ley que aseguraba el derecho a intérprete en las instituciones públicas), se utiliza el término *dialogtolk*, refiriéndose a una modalidad de interpretación en “encuentros *dialógicos* y cara a cara en marcos institucionales”. Así, en Canadá se utiliza el término *cultural interpreting*; en Estados Unidos, *community interpreting*; en Reino Unido, *public service interpreting*; y en España, aunque se han utilizado términos como *interpretación social*, el más generalizado es el de *interpretación en los servicios públicos*. Por lo tanto, existen varias concepciones sobre una profesión que implica unas u otras competencias y funciones dependiendo del lugar, pero todos estos términos tienen en común que la actividad que representan se basa principalmente en la interpretación en las instituciones públicas para facilitar el acceso a estas a las personas migrantes que no hablen el idioma del país en el que residan, implicando esta actividad un conocimiento sobre técnicas de interpretación y sobre otros factores importantes como, por ejemplo, el contexto cultural del usuario (Abril Martí, 2006: 20).

Por lo tanto, surge la figura del intérprete en los servicios públicos, cuya labor tiene como objetivo principal facilitar el acceso por parte de los inmigrantes que no hablen el idioma de las instituciones a los servicios públicos legales, de salud, educativos, y sociales, estableciendo vías de entendimiento interlingüístico e intercultural entre los usuarios y los proveedores de los servicios a través de la interpretación (Burdeus Domingo, 2015). Por consiguiente, el profesional de la ISP realiza un servicio esencial para que funcionen las sociedades multiculturales en relación a los servicios públicos que se deben ofrecer desde sus instituciones de manera igualitaria, independientemente de la lengua que hable o el lugar del que provenga el usuario. Como indica Burdeus Domingo (2015):

La importancia de la ISP solo se puede entender al darse cuenta de que esta es crucial para las vidas de gran cantidad de personas que, sin tales servicios, serían incapaces de comunicarse y, por lo tanto, no podrían alcanzar el nivel de vida o estado de bienestar que la prestación de servicios del

país de acogida pueda ofrecer, al no poder acceder a ellos libremente o en plano de igualdad debido a las barreras lingüísticas. Es por ello que los servicios de ISP son imprescindibles para cualquier inmigrante en situación de incomunicación con las administraciones de su país de acogida, cuente o no con papeles en regla, pues los principios humanitarios de toda democracia liberal así lo requieren.

(Burdeus Domingo, 2015: 12)

2.3 ISP y mediación intercultural: ¿puntos en común?

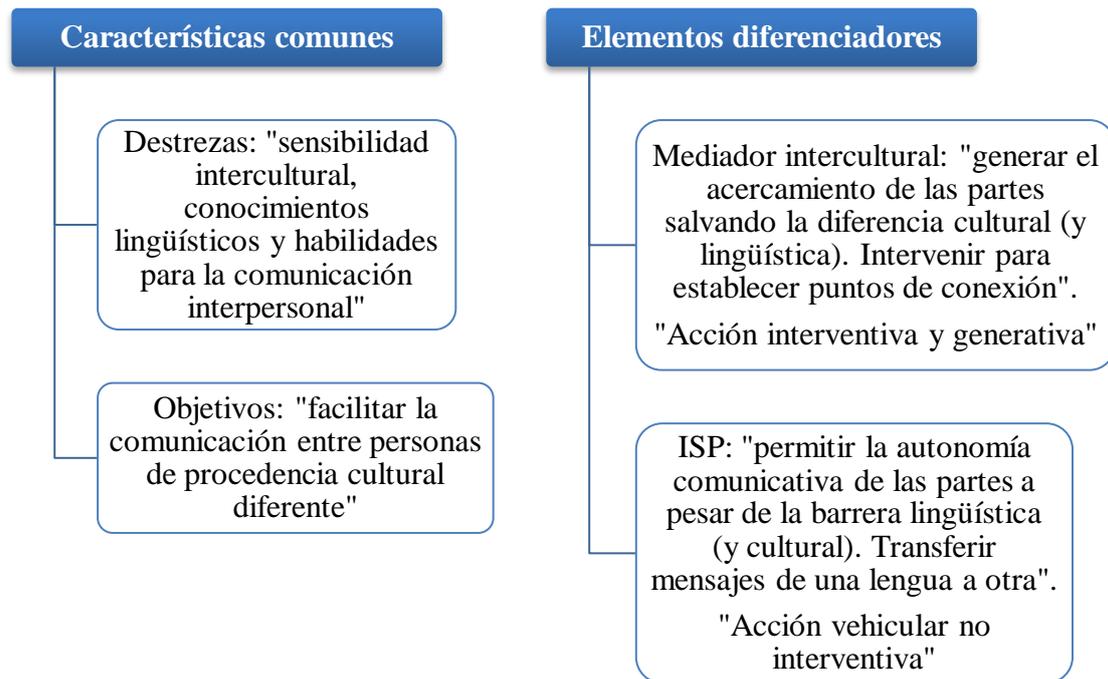
La profesión del intérprete en los servicios públicos y la del mediador intercultural son, en teoría, oficios distintos. Sin embargo, debido a la falta de una definición universal para cada una de ellas, y por la falta de concienciación sobre la profesionalización de estas actividades por parte de algunas instituciones, en muchas ocasiones las funciones de cada uno se entrecruzan. Por lo tanto, como consecuencia de esta falta de definición universal de ambas actividades se ha generado, como indican Valero-Garcés y Lázaro, un “debate sobre los límites difusos del papel del intérprete y el mediador” (Valero-Garcés y Lázaro, 2005: 10). Según Favaro, por ejemplo, las tareas del mediador pueden ser de “portavoz y defensor”, “trámite o puente” y “traducción y facilitación”, y dentro de esta última, destaca denominaciones asociadas a las funciones de “traducción y de facilitación, como mediador lingüístico, intérprete, traductor, facilitador lingüístico” (Favaro, en Antonín Martín, 2013: 60). No obstante, traductores e intérpretes podrían destacar que las funciones de interpretación deben ser únicamente realizadas por personas que hayan recibido formación específica en interpretación, ya que hay quien piensa que por el hecho de conocer dos lenguas se puede realizar esta labor. Como indica Antonín Martín, “la crítica que traductores/intérpretes hacen al hecho de considerar el bilingüismo como único requisito para la interpretación es extensiva también al campo de la mediación intercultural, ya que se considera que el mediador, en general, no ha recibido la formación necesaria para poder realizar tareas de traducción/interpretación”; y, por otro lado, mediadores considerarían que “el hecho de establecer puentes de comunicación entre personas lingüística y culturalmente diversas no les capacita para ser consideradas mediadoras interculturales” (Antonin Martín, 2013: 86).

Este debate tiene lugar también debido a que, como indicábamos en el apartado anterior utilizando las aportaciones de Abril Martí (2006), los conceptos utilizados para

referirnos a la interpretación realizada en los servicios públicos varían dependiendo del lugar y del contexto, cambiando no solo el término utilizado sino también la propia definición. El uso del término *community interpreting*, entendíamos gracias a las contribuciones de la autora, está muchas veces asociado a la realización de tareas que deberían ser competencia del mediador. Además, esta “interpretación comunitaria” muchas veces se lleva a cabo por voluntarios, que en muchas ocasiones no están formados ni en mediación ni en interpretación. Por lo tanto, resulta aún más complicado delimitar las competencias de cada profesión cuando las personas que las realizan, muchas veces porque las instituciones no apuestan por la contratación de profesionales formados en estos ámbitos, no tienen conocimientos previos a la realización de su actividad. Por lo tanto, destacamos también que, como indican Valero-Garcés y Lázaro, “desde la perspectiva del intérprete, resulta evidente la necesidad de formación de aquellas personas, con frecuencia voluntarios, que acometen tal tarea de servir de puente entre dos comunidades alejadas lingüística y culturalmente. El fin es que desarrollen un buen trabajo y realmente faciliten la comunicación” (Valero-Garcés y Lázaro, 2005: 9).

Por otro lado, el grupo CRIT destaca la figura de la MILIC, refiriéndose a la Mediadora Interlingüística e Intercultural, de la cual se entiende que realiza labores de interpretación y de mediación, relacionada por lo tanto también con el concepto de mediación interlingüística (MI), que se ha utilizado en ocasiones como sinónimo de la interpretación en los servicios públicos (Valero-Garcés y Lázaro, 2005). En cuanto a la figura de la MILIC, “lo cierto es que sigue tratándose de un perfil profesional cuya inestabilidad, e incluso indefinición, se viene extendiendo en el tiempo más de lo que cabría esperar” (Raga Gimeno, 2014: 1). De nuevo, con respecto a este término en concreto, volvemos a encontrar una figura difícilmente definible con unanimidad. Por lo tanto, lo que resulta evidente, basándose en la literatura utilizada como referencia, es que no existe un consenso universal y práctico con respecto a los límites de la labor del intérprete y el mediador. No obstante, podemos afirmar que la persona que vaya a realizar labores de interpretación o de mediación debería haber recibido formación previa en ambas profesiones para realizar una buena praxis de su actividad.

Por último, queremos destacar las aportaciones de Arumí y García-Beyaert (2019), quienes establecen una serie de puntos en común y factores diferenciadores entre la mediación intercultural y la ISP:



Esquema de competencias de ISP y MI según Arumí y García-Beyaert

(Arumí y García-Beyaert, 2019: 429)

Debemos dejar constancia de que la figura a la que nos vamos a referir a lo largo de todo el estudio es la del intérprete en los servicios públicos, entendiendo esta figura como aquella persona cuya labor consista en establecer vías de entendimiento entre los usuarios inmigrantes que no hablen el idioma de las instituciones y los proveedores de los servicios a través de la facilitación de la comunicación entre las partes, fundamentada en los conocimientos por parte del profesional sobre interpretación y acerca de aquellos factores culturales, situacionales, políticos e institucionales que puedan tener consecuencias negativas en el entendimiento entre ambas partes.

2.4 El intérprete en el ámbito sanitario

La interpretación en el ámbito de la salud, la ISP médica o, como nos referiremos a esta actividad a lo largo del trabajo, la interpretación sanitaria, surge al igual que el resto de modalidades de ISP desde la necesidad por parte de una parte de la población que no habla el idioma del país de acceder a los servicios de salud y de recibir una atención de calidad al igual que el resto de la población. Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de las instituciones sanitarias de cualquier sociedad ya que, como se indica en el artículo

25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”, y también debido a que, según el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, existe “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Cruz Roja Española y Prosalus, 2014: 6). Por lo tanto, cualquier sociedad multicultural y multilingüística requiere la existencia de una figura que establezca vías de entendimiento entre los usuarios que no hablen el idioma de las instituciones y los proveedores de los servicios de salud, que en este caso representa el intérprete sanitario.

Según el manual de 1999 *Bridging the gap: a basic training for medical interpreters*, existen cuatro roles que puede asumir el intérprete sanitario con el fin de facilitar la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario. Estos son, en primer lugar, el de *transcodificador*, que transmite con exactitud en la lengua meta lo expresado en la lengua origen por cada una de las partes; el de *clarificador*, que debe adoptarse únicamente cuando el primero no resulta eficiente; el de *cultural broker*, que se utiliza cuando es necesario que se describa un contexto cultural específico para el entendimiento de un mensaje/intervención de las partes,; y finalmente, el de *advocate*, que solo se adoptará cuando haya indicios de que es necesario que se anteponga la calidad de la atención sanitaria a la eficacia en la comunicación (Roat et al., en Antonín Martín, 2013). Por lo tanto, el intérprete sanitario debe establecer puentes de comunicación entre el paciente y el profesional sanitario, interpretando de manera fiel y eficiente las intervenciones de cada una de las partes, recurriendo a la realización de aclaraciones siempre que esto sea necesario para facilitar esta comunicación, y derribando las barreras extralingüísticas, como las relacionadas con la cultura del profesional o el usuario del servicio que puedan afectar a los significados de los mensajes de estos, con el fin de asegurar en todo lo que dependa de él que el paciente reciba una atención sanitaria de calidad.

Según Peñamaría y Casado (2005), se pueden reconocer dos grupos de intérpretes sanitarios: los intérpretes “ad hoc” y los intérpretes profesionales. El primer grupo engloba a personal sanitario que conozca la lengua del usuario y a familiares o amigos bilingües del paciente, de los cuales ninguno ha recibido formación específica en interpretación. El segundo grupo engloba a todos aquellos profesionales de la interpretación que han recibido la formación pertinente para la realización de esta

actividad, cuya especialidad suele ser la interpretación en el ámbito de la salud. Como indican los autores, solo el segundo grupo ofrece “completas garantías de una correcta comunicación médico-paciente en aras de la provisión de una atención sanitaria de calidad y no discriminatoria de los hablantes de otras lenguas, cuya presencia es cada vez más frecuente en una sociedad multicultural” (Casado y Peñamaría, 2005: 139). No obstante, es muy común que las instituciones no cuenten con profesionales de la interpretación y que se recurra a voluntarios o a personal del hospital no especializado, normalmente debido a que, como indican Baigorri y otros, los responsables de estas instituciones suelen contar con recursos económicos limitados que normalmente prefieren dedicar a personal médico y sanitario y equipamiento, quedando las necesidades lingüísticas de una parte de la población por debajo de sus prioridades principales (Baigorri et al., 2005). Por otro lado, otros autores como Cambridge no lo achacan únicamente a los recursos limitados con los que cuentan las instituciones sino también al deseo por parte de los profesionales sanitarios de tener el control total sobre la situación. En ocasiones se olvida que se puede estar faltando a la ética de la profesión al recurrir a personas no especializadas para realizar la labor del intérprete (Cambridge, 2003 en Antonin Martín, 2013), ya que esto puede poner en peligro, especialmente en el ámbito que nos concierne, la integridad del usuario simplemente porque no se logre una comunicación efectiva. Por lo tanto, resulta esencial que las instituciones médicas tomen conciencia sobre la necesidad de recurrir a profesionales formados en interpretación, ya que de no hacerlo la institución no estará prestando una atención igualitaria a todos los usuarios del servicio.

Una vez aclarado que la mejor opción para proporcionar un servicio de calidad en el entorno sanitario es la contratación de intérpretes sanitarios profesionales, debemos destacar también el debate creado alrededor de la cuestión referida a si el intérprete debe pertenecer a la cultura del paciente y compartir lengua materna con este, o si la procedencia del intérprete en realidad no tiene tanta importancia. Beiruti y Huizing, por ejemplo, apuntaban sobre las profesionales que “parece actuar como factor positivo el hecho de que pertenezcan al mismo contexto cultural de las minorías étnico-culturales, porque presumiblemente, serán mejor aceptadas por los usuarios, y de este modo se optimizará su potencial capacidad integradora y de ser puente entre profesionales y beneficiarios” (Beiruti y Huizing, 2019: 300). Además, en ocasiones se considera que la pertenencia al mismo contexto va a ayudar a que el profesional tenga más empatía hacia

el paciente y a que mantenga la neutralidad y no represente únicamente los intereses de las instituciones médicas. No obstante, De Luise opinaba sobre la pertenencia del profesional al mismo contexto que el paciente que esto “puede convertirlo/la en el “paladín” del cliente, con riesgo de falta de objetividad o, de todas maneras, de poner en entredicho la neutralidad que por otra parte tanto parece preocuparle” (De Luise, en Antonin Martin, 2013: 96). En cualquier caso, parece evidente que, como indicaban también Beiruti y Huizing, lo realmente esencial es que el profesional cuente con “buenos conocimientos de ambas culturas, formación, experiencia y actitud intercultural, más que la pertenencia étnico cultural” (Beiruti y Huizing, 2019: 300).

Por último, vamos a revisar las técnicas de interpretación más comunes en la ISP médica y los principios éticos que se deben seguir en la realización de esta actividad, basándonos en diferentes guías para la buena praxis de la interpretación sanitaria, principalmente de Estados Unidos y Australia. En cuanto a las técnicas de interpretación, la guía *Interpreting in healthcare* (2014) del gobierno de Nueva Gales del Sur (Australia), donde la actividad de la ISP está mucho más profesionalizada, visibilizada e incorporada en las instituciones, y la guía *What's in a Word: A Guide to Understanding Interpreting and Translation in Health Care* (2010), desarrollada en colaboración del gobierno de California con la *American Translators Association*, coinciden en que la técnica de interpretación más utilizada en el ámbito de la salud, y la que más se ajusta a las necesidades comunicativas que se dan en esta área, es la interpretación consecutiva. Esta resulta más útil para, por ejemplo, una consulta con un profesional sanitario, en la que se van a dar conversaciones con pausas naturales. Además, en ambas guías se especifica que la interpretación simultánea, aunque puede resultar útil en determinadas ocasiones, suele funcionar peor en salas pequeñas donde puede resultar confuso si dos personas hablan al mismo tiempo. Aguilar comparte la misma opinión, afirmando que “consecutive interpretation is the preferred mode [...] as it is standard for conversations that are back-and-forth between two individuals” (Aguilar, 2019: 69). En cuanto a los principios éticos de la interpretación sanitaria, según la guía sobre Estándares para Interpretes Médicos en California (2012) de la California Health Organization (CHIA), y al igual que se indica en las dos guías mencionadas anteriormente, los principios éticos sobre los que se ha llegado a más consenso acerca de su importancia en la ISP médica son: a) el principio de imparcialidad, b) el principio de confidencialidad, c) el respeto por los individuos y sus comunidades d)

profesionalidad e integridad, e) precisión y exactitud, y f) responsabilidad y capacidad de respuesta cultural.

2.5 Atención sanitaria en el ámbito de la salud mental: especificaciones y nociones básicas

Dado que nuestro trabajo se va a centrar en la interpretación sanitaria en el ámbito de la salud mental, consideramos necesario destacar una serie de características de la atención sanitaria en este entorno, como algunas nociones básicas sobre el ámbito, los trastornos o afecciones más comunes, los códigos deontológicos propios de la actividad, etcétera. Para esto, vamos a basarnos en artículos especializados en el ámbito de la salud mental y en guías sobre atención sanitaria en este entorno.

En primer lugar, resulta esencial destacar la magnitud global de los problemas de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (2004), 450 millones de personas en todo el mundo padecen un trastorno mental o de la conducta; aproximadamente 1 millón de personas pierden la vida a causa del suicidio; 150 millones padecen depresión; 25 millones sufren de esquizofrenia; una de cada cuatro familias se ven afectadas por los problemas de salud mental, contando con al menos un miembro que sufre un trastorno mental; y además, muchas personas alrededor del mundo que sufren problemas de salud mental son víctimas de “violaciones de derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas”. Sobre la definición y los problemas de salud mental, la OMS destaca que:

La salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física. [...] Salud mental es materia de interés para todos, y no solo para aquellos afectados por un trastorno mental. En efecto, los problemas de salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

(Organización Mundial de la Salud, 2004: 4-7)

Debemos también remarcar el hecho de que la salud mental sigue estando poco normalizada y es sujeto de una gran estigmatización a nivel social e institucional. Como indica Aznar, los trastornos mentales afectan al desarrollo vital de la persona no solo por los factores provocados por la propia enfermedad, sino por lo difícil que puede resultar realizar su vida normal en su sociedad debido al estigma que suelen sufrir tanto la persona que padece el trastorno como su familia (Aznar, en Hernández Martín, 2013). Además, como indica Hernández Martín, la falta de información y entendimiento de los trastornos mentales, los prejuicios sobre estos y la falta de apoyos suele desembocar en situaciones de estrés o conflictos con la familia, que afectan a cada uno de los miembros que la conforman y perjudican la recuperación de la persona que sufre el trastorno (Hernández Martín, 2013). Por lo tanto, los trastornos mentales afectan a la persona que los padece en el desarrollo de su vida normal y puede llegar a ser rechazado por su sociedad o por su propia familia por su padecimiento, debido a los prejuicios, estereotipos y estigma social sobre la salud mental.

Para que la persona que sufra un problema de salud mental pueda desarrollar su vida con normalidad, es esencial que pueda recibir una atención sanitaria de calidad. Como se indica en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (2007), “la evolución y el pronóstico a largo plazo de los trastornos mentales, tanto en términos clínicos como de calidad de vida y protección de los derechos de los y las pacientes, dependen al menos en parte, del tipo de atención que reciben” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 86). Esta guía además destaca una serie de factores necesarios para que se consiga un resultado positivo en la atención a pacientes en salud mental, que son: a) detección e intervención temprana; b) elaboración adecuada del plan de tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico; c) intervención acerca de los aspectos psicológicos y sociales que puedan afectar la evolución de la condición del paciente; d) atención continua; e) actitud asertiva y proactiva sobre la atención como una necesidad, no como simple respuesta a la demanda; f) atención disponible las 24 horas; g) acción psicoeducativa, de apoyo, y cuando sea necesario, terapéutica sobre las familias; h) asegurar la disponibilidad de camas para los pacientes que requieran ingresos; i) elaboración de planes adecuados con respecto a la rehabilitación de los pacientes; y j) apoyo para la normalización de la vida del paciente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

En cuanto a los códigos deontológicos, dada la responsabilidad que supone la actividad del profesional sanitario en salud mental, poniéndose en riesgo la calidad de vida de los pacientes en caso de realizar una mala práctica, y teniendo en cuenta que existen varios casos de “enfermos que no reconocen su enfermedad y que pueden tomar decisiones o involucrarse en acciones perjudiciales para sí mismos o para los demás” (R. Reyes y G. Pérez, 2016), es esencial que se respeten una serie de principios éticos para asegurar que se proporciona una atención profesional de calidad. Existe un debate sobre cuáles deben ser estos principios, pero en general, varios autores coinciden en que estos son: a) proporcionar un tratamiento de calidad a las personas con trastornos mentales, fomentar la rehabilitación de los individuos usuarios del servicio y promocionar la salud mental; b) el profesional sanitario de la salud mental debe estar al tanto de los avances científicos dentro de su actividad; c) se debe establecer una relación con el paciente basada en la confianza y el respeto, que permita al paciente decidir sobre cuestiones relacionadas con su salud teniendo toda la información a su alcance; d) en caso de incapacidad por parte del paciente para decidir sobre su condición, se debe recurrir a la familia o solicitar consejo jurídico para proteger la integridad y dignidad del paciente; e) informar al paciente sobre su condición y sobre los posibles resultados derivados del tratamiento que se planea, explicándole además en qué consiste dicho tratamiento; f) cualquier información obtenida en cuanto al paciente es absolutamente confidencial, y dicha información solo se utilizará para mejorar la salud mental del paciente; y g) las investigaciones que realice el profesional sanitario de la salud mental deben respetar los cánones de la ética científica (Abeijón Fernández, 1999; Trucco B., 2004).

Por último, vamos a mencionar brevemente algunos de los trastornos mentales más comunes entre los pacientes que requieren atención en el ámbito tratado. Estos son, entre otros, según Aguilar: la ansiedad, el trastorno bipolar, depresión, trastorno de pánico, y los trastornos psicóticos, entre estos últimos el más común, la esquizofrenia (Aguilar, 2019). Por lo tanto destacamos que el ámbito de la salud mental es un entorno complejo, ligado a unos códigos éticos inquebrantables, de cuya atención dependen 450 millones de personas en todo el mundo que padecen trastornos mentales y que deben tener asegurada una atención de calidad para poder desarrollar su vida con normalidad.

2.6 El intérprete sanitario en salud mental: ¿por qué es necesario?

En este apartado no vamos a presentar ninguna perspectiva teórica en cuanto a la función del intérprete en este ámbito, ya que esto se discutirá a lo largo de todo el trabajo de revisión. El presente apartado se va a dedicar más bien a mostrar las razones principales por las que su intervención es necesaria, teniendo en cuenta el cada vez mayor movimiento de personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo que requieren la figura de un profesional que les permita acceder a los servicios de salud mental ofrecidos en las instituciones de los países en los que ahora residen.

Como comentábamos en el punto anterior, basándonos especialmente en las aportaciones de la Organización Mundial de la Salud, la salud mental implica que el individuo es capaz de desarrollar su vida de manera normal. Esta buena salud mental resulta esencial cuando el sujeto debe enfrentarse a situaciones límite, ya que en estas este puede no contar con los recursos o habilidades para afrontar la situación. Una de estas situaciones podría ser la que se ve obligada a experimentar la persona migrante, como indica López Díaz, ya que desde el momento en que se abandona el país de origen y se llega al de acogida “todas las capacidades del sujeto serán puestas a prueba y todos los recursos con los que cuenta serán necesarios para afrontar la dura tarea de asentamiento e integración en un país desconocido y lejano al propio”. La experiencia del migrante suele ir acompañada del desarraigo, ya que este se ve obligado a dejar atrás a una familia, valores, cultura y costumbres que le han acompañado durante su vida. Esto genera “una situación de completa incertidumbre, lo que a su vez agudiza el estrés y la angustia”. Además, en ocasiones la persona al tener que afrontar nuevas situaciones desconocidas tras llegar al país de acogida, puede sentirse “desesperanzado, incompetente y añorado” siendo esto una piedra en el camino en su proceso de adaptación (López Díaz, 2003: 133). Por lo tanto, las personas migrantes pueden estar en riesgo de padecer problemas relacionados con la salud mental.

La inmigración no es un “factor patógeno” en sí mismo, pero las situaciones difíciles que se experimentan durante el proceso de migración pueden suponer un riesgo para la salud mental. Según Beiruti y Huizing, “las personas inmigrantes que padecen algún trastorno mental forman un colectivo que podríamos llamar “de doble riesgo”, con posibilidades de sufrir estigmatización y exclusión tanto por su condición de inmigrantes como por la de enfermos mentales” (Beiruti y Huizing, 2019: 294). Por otro

lado, debemos tener en cuenta que las experiencias de los inmigrantes son distintas a las de las personas refugiadas. En el primer caso, puede haber varios motivos posibles por los que la persona deje su país de origen, en muchas ocasiones para ir en busca de una vida mejor. Los refugiados, sin embargo, suelen dejar sus países de origen de manera brusca, normalmente a causa de los conflictos y la guerra. Los refugiados podríamos decir que sufren un riesgo aún mayor de padecer problemas de salud mental, ya que “la fuente de estrés es mucho más intensa al poder verse puesta en peligro la vida de la propia persona o de sus allegados” antes de dejar sus países, y ya que se produce una “pérdida, generalmente brusca, de todo lo que definía la vida de la persona. [...] Ser refugiado, es ante todo, asumir una serie de pérdidas bruscas no deseadas” (Díaz López, 2019: 145).

En cualquier caso, tanto los inmigrantes como los refugiados tras llegar al país de acogida, teniendo en cuenta lo explicado en puntos anteriores sobre el derecho humano a la salud, tienen derecho a acceder a los servicios sanitarios de salud mental ofrecidos en las instituciones. Estos, no obstante, en muchas ocasiones pueden encontrar obstáculos que les impiden acceder a estos servicios o recibir una atención de calidad igualitaria. Estos obstáculos, como indican Sayed-Ahmad y Tesoro, pueden ser, entre otros: los impedimentos legales u organizativos de los propios servicios, las barreras culturales, la falta de competencia intercultural por parte de los profesionales sanitarios o el rechazo a las personas migrantes por parte de estos, el desconocimiento del idioma de las instituciones por parte del usuario y la falta de recursos de estas para establecer puentes de comunicación; y los factores sociopolíticos como el racismo, la “falta de red de apoyo sociofamiliar”, etcétera (Sayed-Ahmad y Tesoro en Beiruti y Huizing, 2019: 301). De estos, uno de los factores más importantes en la dificultad de acceso a los servicios de salud mental es el desconocimiento del idioma y la barrera cultural, que impiden tajantemente que el paciente pueda acceder a los servicios, teniéndose que apoyar muchas veces en conocidos que hablen su idioma o voluntarios no profesionales para facilitar la comunicación (como hemos expuesto en puntos anteriores), lo que podría incluso poner en riesgo su integridad.

Por lo tanto, puesto que toda persona, independientemente del idioma que hable, tiene derecho a recibir una atención de calidad, debe recurrirse al intérprete sanitario especializado en salud mental para que la persona migrante, refugiada o solicitante de asilo pueda acceder a la atención que merece al igual que cualquier otro ciudadano, y

pueda recibir los tratamientos necesarios para que mejore su condición y así pueda desarrollar su vida y afrontar las dificultades provocadas por su situación. La figura del intérprete sanitario es esencial para su adaptación en el nuevo lugar en el que reside.

2.7 Introducción a las revisiones sistemáticas de literatura

Dado que en este trabajo vamos a realizar una revisión sistemática de literatura, consideramos oportuno destacar la metodología, objetivos y propósitos de este tipo de estudio secundario.

Según Bárbara Kitchenham (2004), una revisión sistemática de literatura consiste en una manera de identificar, analizar e interpretar todos los estudios disponibles relacionados con una pregunta de investigación, tema o fenómeno de interés. Los estudios que se recopilan en las revisiones sistemáticas son estudios primarios, mientras que las revisiones son estudios secundarios. Estas se realizan acorde a una estrategia diseñada previamente y a una metodología sistematizada preestablecida que sea imparcial y repetible por otras investigadoras. Las revisiones sistemáticas sintetizan la literatura disponible existente de una manera justa y que además puede comprobarse. Por lo tanto, al contrario que las revisiones bibliográficas, las revisiones sistemáticas de literatura ofrecen valor científico (Kitchenham, 2004).

Según Codina, existen cuatro dimensiones que caracterizan las revisiones sistemáticas. En primer lugar, como su nombre indica, estas son sistemáticas, por lo que sus resultados no son ni sesgados ni subjetivos, ya que se “ha examinado la mejor producción científica disponible utilizando las mejores fuentes de información”. Por otro lado, estas son completas, ya que se utilizan sistemas de información que se piensa que van a permitir al autor acceder a toda la producción de calidad de un campo y dado que se supone que este ha seguido los criterios preestablecidos y explícitos para incluir o descartar los datos recopilados. En tercer lugar, al ser explícita, se documentan y se muestran las fuentes que se han utilizado (normalmente bases de datos especializadas en el área de estudio) y los criterios que se ha utilizado tanto en la realización de las búsquedas como en el proceso de exclusión e inclusión. Por último, éstas son reproducibles, ya que dado que se ha seguido un proceso sistematizado y explícito, otras investigadoras pueden comprobar los resultados de la revisión realizando el mismo proceso, siguiendo los mismos pasos, y concretar la exactitud de los resultados obtenidos y su grado de acierto (Codina, en García Peñalvo, 2017: 22).

Los factores principales que caracterizan las revisiones sistemáticas, según Kitchenham (2004), son que: a) se debe empezar estableciendo un protocolo de búsqueda que especifica cuál es la pregunta de investigación y los métodos que van a utilizarse para realizar la revisión; b) se basan en una estrategia de búsqueda previamente definida con el objetivo de detectar la mayor bibliografía relevante al alcance del investigador; c) a lo largo del proceso de realización de la revisión se documenta la estrategia de búsqueda para que los investigadores que la lean puedan comprobar su rigor; d) las revisiones requieren que se establezcan una serie de criterios de inclusión y exclusión para poder llegar a los estudios primarios que más representen nuestro enfoque y contribuyan a dar respuesta a nuestra pregunta de investigación; e) las revisiones sistemáticas especifican la información a obtener de cada estudio primario incluyendo los criterios utilizados para determinar la calidad de cada uno de ellos; (Kitchenham, 2004) y f) utilizan bases de datos que se sepa que son fiables y que estén especializadas en el campo de investigación en el que se centra el estudio (Codina, en García Peñalvo, 2017: 24).

Como indica García Peñalvo, “el objetivo de una SLR [*systematic literature review*] es proporcionar un resumen exhaustivo de la literatura disponible pertinente a una pregunta de investigación”. También se realizan para ampliar los conocimientos del investigador sobre un campo específico, obtener datos sobre la tendencia actual en esta área y valorar los desafíos futuros, o para identificar los autores más relevantes dentro de un ámbito de investigación concreto (García Peñalvo, 2017: 9).

El mismo autor citado en el párrafo anterior propone un protocolo bastante representativo para realizar una revisión sistemática. Los pasos a seguir normalmente consisten en: a) definir nuestra pregunta de investigación y objetivos de nuestro estudio; b) establecer los criterios de inclusión y exclusión que vamos a utilizar en nuestra revisión; c) seleccionar las bases de datos que mejor sirvan a nuestro propósito; d) establecer los términos de búsqueda; e) diseñar la/las ecuaciones de búsqueda que vayamos a usar para llegar a la mayor bibliografía posible disponible utilizando los términos seleccionados; f) realizar la búsqueda en las bases de datos y extraer los datos relevantes; g) comprobar la calidad de los resultados; y h) recopilar los resultados/estudios más aptos para nuestro análisis, teniendo en cuenta nuestros objetivos y criterios de inclusión y exclusión. Tras realizar estos pasos, se procede a leer a texto completo los estudios seleccionados, sintetizar sus resultados y analizarlos, normalmente comparándolos con otra literatura existente, y concluir lo que se ha

conseguido con la revisión, si se ha contestado a la pregunta de investigación y si se han alcanzado los objetivos propuestos al comienzo de la revisión, teniendo en cuenta también las posibles limitaciones del estudio (García Peñalvo, 2017).

3. Metodología

En este apartado del trabajo se va a explicar el proceso que se ha llevado a cabo durante la revisión sistemática de literatura y el método que se ha utilizado a lo largo de esta. Este proceso se ha ido documentando a lo largo de la realización de la revisión, por lo que incluiremos también la justificación de las decisiones que se han ido tomando desde el inicio del estudio hasta su conclusión. Por otro lado, este apartado se dedicará también a exponer los resultados de la revisión, que se han sintetizado en tablas dedicadas a cada estudio que se ha tenido en cuenta.

En primer lugar, se van a exponer las fuentes de información que hemos utilizado para la revisión, esto es, las bases de datos que hemos decidido utilizar, y el razonamiento que nos ha llevado a decantarnos por estas y descartar otras que se tuvieron en cuenta al inicio del planteamiento. Además, se mostrarán las ecuaciones de búsqueda que se han utilizado para realizar las búsquedas en estas bases de datos y el método que hemos usado para diseñarlas.

En segundo lugar, se expondrán los criterios de inclusión y exclusión que se han utilizado para recopilar los estudios que coincidieran con el enfoque de nuestra revisión y el razonamiento y justificación detrás de cada decisión en cuanto a la elección de estos criterios. Estos criterios tienen el objetivo de establecer los límites en cuanto al tipo de estudio que se debe tener en cuenta para representar la literatura existente sobre el tema tratado.

Por último, se expondrá el proceso de recopilación y codificación de los estudios encontrados a través de las búsquedas en las bases de datos seleccionadas y las ecuaciones de búsqueda que hemos diseñado. Además, en este último punto del apartado se sintetizarán los diferentes estudios que hemos recopilado para nuestra revisión sistemática de literatura. Para este propósito, se utilizarán tablas dedicadas a cada artículo seleccionado en las que se mostrarán las especificaciones de cada estudio y en las que se expondrá un resumen exhaustivo de cada artículo. Estos resúmenes exhaustivos nos servirán como guía para comprender la manera en que se han seleccionado las diferentes temáticas que se discutirán más adelante en el cuarto apartado de nuestro trabajo.

3.1 Fuentes de información y ecuación de búsqueda

En este punto se van a exponer las bases de datos que hemos decidido tener en cuenta para nuestra revisión y las ecuaciones de búsqueda que hemos diseñado para nuestro propósito.

3.1.1 Fuentes de información

Para nuestra revisión sistemática de literatura, hemos decidido utilizar dos bases de datos principales. Estas son BITRA (Bibliografía de Interpretación y Traducción) y Translation Studies Bibliography. Al inicio de nuestro trabajo se planteó utilizar otras bases de datos como Dialnet, JSTOR o LLBA. Sin embargo, hemos decido decantarnos por estas dos bases de datos debido a que están especializadas exclusivamente en el ámbito de la traducción e interpretación, ya que nuestro objetivo principal era realizar una revisión sistemática de la literatura existente sobre la labor del intérprete en el ámbito de la salud mental disponible en las bases de datos especializadas en traducción e interpretación.

La primera fuente de datos que hemos tenido en cuenta, BITRA (Bibliografía de Interpretación y Traducción), es una base de datos diseñada por la Universidad de Alicante centrada en el ámbito de la traducción e interpretación, que cuenta ya, según se especifica en su sitio web, con 80000 entradas relacionadas con la investigación en traducción e interpretación. Esta base de datos, además, supone una de las fuentes de información más importantes en lo que se refiere a la traducción e interpretación en el área de las ciencias de la salud. Como apunta Javier Franco, “BITRA ya constituye una fuente de datos lo suficientemente representativa como para servir de referencia a la hora de realizar una revisión sistemática de las características globales de todo lo publicado sobre traducción e interpretación médica a lo largo de la historia” (Franco, 2010: 152). Debido a la envergadura de esta base de datos en relación a la investigación sobre traducción e interpretación en el ámbito sanitario, contando ya en 2010 con 857 referencias a publicaciones especializadas en esta área, de las cuales el 52 % eran publicaciones en inglés y el 31 % en castellano (Franco, 2010), nos ha resultado indudablemente imprescindible utilizar BITRA para nuestra revisión.

La segunda base de datos que hemos tenido en cuenta ha sido Translation Studies Bibliography, creada en colaboración de diferentes universidades con la editorial

holandesa John Benjamins Publishing. Esta base de datos cuenta con más 30.000 referencias a publicaciones relacionadas con la traducción e interpretación, según se indica en su sitio web. Si realizamos una búsqueda avanzada con los términos en inglés “medical” o “health” y revisamos los resultados, podemos comprobar que la base de datos cuenta con alrededor de 650 entradas (ver ilustración 1) relacionadas con la T&I en el ámbito de las ciencias de la salud. Por esta razón, pese a que esta base de datos tiene algunas limitaciones, como que la mayoría de las publicaciones están en inglés, hemos considerado oportuno tenerla en cuenta para nuestra revisión dada su especialización en la traducción e interpretación.



Ilustración 1 – Búsqueda de estudios relacionados con las ciencias de la salud en base de datos TSB
 → <https://benjamins.com/online/tsb/>

De las dos bases de datos que hemos utilizado, BITRA ha sido en la que más resultados hemos obtenido, aportando un porcentaje muy alto de los estudios que hemos recopilado. En Translation Studies Bibliography, hemos obtenido un menor número de resultados en nuestras búsquedas, de los cuales un porcentaje considerable de estudios ya se habían encontrado en la primera base de datos. No obstante, estos datos se expondrán más detalladamente más adelante.

3.1.2 Ecuaciones de búsqueda

Para realizar nuestra búsqueda en las dos bases de datos que hemos decidido utilizar, hemos diseñado dos ecuaciones de búsqueda para poder recopilar todo lo publicado sobre la labor del intérprete en salud mental teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión que se expondrán en el siguiente punto. Para diseñar nuestras

ecuaciones de búsqueda hemos tenido en cuenta el idioma de estas, los términos que hemos considerado más representativos del tema a tratar y los operadores booleanos más adecuados para que nuestras ecuaciones fuesen eficientes.

En cuanto al idioma de nuestras ecuaciones, hemos decidido utilizar términos en inglés para así tener acceso a estudios publicados tanto en inglés como en español. Esto se debe a que muy frecuentemente los estudios publicados en castellano contienen una traducción al inglés del resumen y las palabras clave de la publicación, lo que sin embargo no es frecuente en los estudios publicados en inglés. Por lo tanto, que los términos utilizados en nuestra ecuación estén en inglés nos proporciona acceso a estudios publicados tanto en idioma inglés como en español.

En lo referente a los términos que hemos decidido utilizar, hemos considerado elegir los que resultan más representativos del tema tratado. Así, los términos principales que hemos utilizado son “mental health”, “psychiatry” y “interpreting”. De esta manera hemos pretendido obtener acceso a todas las entradas en nuestras dos bases de datos relacionadas con los términos “salud mental”, “psiquiatría” e “interpretación”. Debido a la generalidad de los tres términos, podemos tener acceso tanto a estudios más generales como a estudios publicados sobre áreas más específicas del ámbito que nos interesa, ya que la mayoría van a encontrarse bajo el paraguas del término “salud mental”.

Otro de los factores más importantes a tener en cuenta en el diseño de nuestras ecuaciones ha sido la elección de los operadores booleanos que íbamos a utilizar para limitar los resultados al tema que nos interesa. Con los operadores booleanos podemos indicar si queremos que los resultados de nuestra búsqueda avanzada contengan algunos de los términos, o todos los términos que hemos utilizado en nuestra ecuación. Como indican Aleixandre-Benavent y otros, en las bases de datos el sistema te “permite también utilizar operadores booleanos o sus equivalentes: la opción de búsqueda «todas las palabras» es equivalente a intercalar el operador AND entre cada una de ellas, es decir, recuperará los documentos que contengan todos los términos incluidos; la opción «alguna palabra» es equivalente a utilizar el operador OR entre cada una de ellas, es decir, recuperará los registros que contengan al menos una de las palabras contenidas en la estrategia de búsqueda” (Aleixandre-Benavent et al., 2011: 178). Por lo tanto, si realizamos diferentes búsquedas avanzadas con cada uno de los términos que nos interesen los resultados van a ser muy extensos. Sin embargo, al utilizar todos los

términos combinados que nos interesen en nuestra ecuación de búsqueda y utilizar el operador booleano AND, vamos a limitar nuestros resultados de búsqueda a aquellas entradas que contengan todos los términos que componen la ecuación de búsqueda.

Por último, también hemos tenido en cuenta el uso de operadores de truncamiento con el fin de obtener todas las palabras derivadas de una misma raíz y así poder contemplar un abanico más amplio de posibilidades en cuanto a los resultados de nuestras búsquedas. Según Lara Navarra y Martínez Usero, los operadores de truncamiento “ayudan a buscar todas las posibilidades semánticas de un término, por ejemplo sus derivados, fijando por prefijación o sufijación las variantes léxicas. Así, los llamados caracteres comodín, como el asterisco (*) o la interrogación (?) sustituyen un carácter o un conjunto de caracteres” (Lara Navarra y Martínez Usero, 2004: 10). Por ejemplo, si introducimos en la búsqueda avanzada la ecuación “traduc*”, esta nos va a llevar a todas las entradas con las palabras derivadas de esta raíz (traducción, traductor, traducciones, etc.).

Por lo tanto, hemos diseñado dos ecuaciones de búsqueda para nuestra revisión sistemática de literatura. Estas dos ecuaciones han sido: «mental AND health AND interpret*» y «psychiatr* AND interpret*». En la primera, hemos utilizado los dos términos en inglés para referirnos al concepto de salud mental seguidos de la raíz “interpret” seguida del operador de truncamiento “*” para así recuperar todas las palabras que contengan esta raíz (interpreting, interpretation, interpreter/s, interpreted, etc.). Además, hemos utilizado el operador booleano AND para llegar a todas las entradas que contengan todos los términos que hemos introducido en la ecuación, y así tener acceso a todas las publicaciones relacionadas con la interpretación en salud mental. En nuestra segunda ecuación hemos utilizado las dos raíces en inglés, “psychiatr” y “interpret”, ambas seguidas de nuevo por el operador de truncamiento “*” para llegar a todas las entradas que incluyan términos derivados de estas raíces (psychiatry, psychiatrist, psychiatric, etc.). De nuevo, hemos utilizado el operador booleano AND con el mismo propósito que con la primera ecuación, el de abarcar todos los resultados que contengan ambos términos. En esta segunda ecuación debemos destacar la importancia de la elección de la construcción “psychiatr*” para poder tener acceso a todas las entradas relacionadas con la interpretación en el área de la psiquiatría que puedan no aparecer como resultados de la búsqueda del concepto “salud mental”.

3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Para delimitar los tipos de publicaciones que nos interesaban para nuestra revisión, se ha decidido aplicar una serie de criterios de inclusión y exclusión para nuestra búsqueda. Esto es un paso imprescindible en cualquier revisión sistemática de literatura, ya que siempre se “deben señalar las características de los estudios para ser incluidos o excluidos” (Beltrán y Óscar, 2005: 63). Los criterios de inclusión y exclusión se expondrán a continuación.

- a) Tipo de estudio: para nuestra revisión sistemática de literatura, se ha decidido tener en cuenta únicamente aquellos estudios primarios con base empírica para poder tener acceso a perspectivas más realistas y detalladas sobre la labor del intérprete en el ámbito de la salud mental. Así, aquellos estudios cuya base sea únicamente teórica o bibliográfica se han descartado. Además, se han excluido también los estudios secundarios como otras revisiones sistemáticas.
- b) Idioma de los estudios: se ha decidido tener en cuenta aquellos estudios publicados en lengua inglesa o en castellano, ya que estas dos lenguas se encuentran entre las competencias del autor, cuyas lenguas de trabajo son el inglés y el español. De esta manera, se ha decidido excluir aquellos estudios publicados en otras lenguas, quedando fuera de nuestras competencias.
- c) Año de publicación: se ha decidido tener en cuenta para nuestra revisión aquellos artículos que se hayan publicado entre el año 2000 y el año 2020. Esto se debe a que la investigación sobre traducción e interpretación en el ámbito sanitario aún está en auge, un factor todavía más importante si tenemos en cuenta que pretendemos explorar un área específica de este campo. Por esta razón, hemos considerado conveniente tener en cuenta aquellos estudios publicados desde el año 2000, ya que no consideramos que los estudios de principios de este siglo puedan estar desfasados teniendo en cuenta que la investigación sobre interpretación en salud mental es bastante reciente. Así, se han excluido aquellos estudios que se hayan publicado antes del año 2000, ya que de tenerlos en cuenta podríamos arriesgarnos a que estos estudios puedan haber quedado obsoletos en sus resultados o descubrimientos.
- d) Población de estudio: se ha decidido tener en cuenta aquellos estudios cuya población de estudio sean interpretes sanitarios que hayan trabajado en el ámbito de la salud mental, profesionales sanitarios especializados en esta área

(psiquiatras, psicólogos, enfermeras y otros miembros del personal sanitario) o pacientes extranjeros, como inmigrantes, refugiados o solicitantes de asilo, que hayan necesitado, requerido o utilizado los servicios del intérprete en salud mental. Con esta decisión, pretendemos priorizar aquellos estudios que sean más realistas y que muestren las experiencias de las partes implicadas (el paciente, el profesional sanitario y el intérprete) en las consultas u otros servicios en los que se necesite la asistencia lingüística. Por otro lado, se ha decidido excluir aquellos estudios relacionados con la interpretación en lengua de signos, ya que consideramos que este ámbito de la interpretación queda fuera de nuestras competencias.

- e) Objetivos del estudio: se ha decidido incluir aquellos estudios que se centren en la labor del intérprete sanitario en la atención a pacientes extranjeros en salud mental.

3.3 Presentación del proceso de búsqueda y síntesis de los estudios recopilados

En este apartado del trabajo se van a exponer, en primer lugar, los procesos de búsqueda y recopilación de los estudios que coincidieran con nuestro enfoque y nuestros criterios de inclusión y exclusión. En segundo lugar, se va a proceder al análisis y síntesis de los estudios que hemos decidido tener en cuenta para nuestra revisión sistemática de literatura, que se expondrán en tablas donde se tendrá en cuenta el año de publicación y el autor del estudio, su título, el enfoque metodológico utilizado, el proceso que se ha llevado a cabo en cada estudio, las variables a tener en cuenta, los resultados del estudio y por último sus conclusiones.

3.3.1 Exposición del proceso de búsqueda y recopilación de los estudios

En este punto se va a exponer el proceso de búsqueda en las bases de datos BITRA y Translation Studies Bibliography utilizando las ecuaciones de búsqueda que hemos diseñado. Este proceso se ha ido documentando desde el inicio de las búsquedas en febrero de 2020 de manera detallada y justificando cada decisión que hemos tenido que tomar. Además, en este apartado se mostrará el número de estudios que hemos decidido tener en cuenta para nuestra revisión recordando en todo momento los criterios de inclusión y exclusión que hemos decidido aplicar, expuestos en el apartado anterior.

3.3.1.1 Búsqueda en BITRA

En primer lugar, vamos a exponer el proceso de búsqueda en la base de datos BITRA. En esta, hemos decidido introducir nuestras ecuaciones de búsqueda eligiendo la opción de “todos los campos”. De esta manera, pretendemos acceder a todas las entradas posibles teniendo en cuenta el título de los estudios, su tema, año de publicación, palabras clave, y otros campos disponibles en la base de datos. Así, conseguimos no limitar los resultados de nuestra búsqueda, aunque esto haya supuesto que hayamos tenido que llevar a cabo un proceso exhaustivo de revisión de todas las entradas, pudiendo obtener un porcentaje considerable de entradas que no van a coincidir con nuestro enfoque. Además, hemos utilizado, como ya hemos explicado anteriormente, el operador booleano AND que en esta base de datos se puede seleccionar como “Y”, para obtener unos resultados de búsqueda que tengan en cuenta todos los términos que forman nuestras ecuaciones de búsqueda (ver ilustración 2).

The screenshot shows a search interface titled "Campos por los que se puede realizar la consulta". It features a table with columns for field selection, search criteria, and a boolean operator. The first row is highlighted with a green border and contains "Todos los campos", "mental health interpret*", and "Y". Below the table is a "Palabras clave" field and a "Buscar" button. A caption below the form reads: "Seleccione los campos por lo que desee hacer la consulta y pulse el botón buscar".

Campos por los que se puede realizar la consulta		
Todos los campos	mental health interpret*	Y
Todos los campos		Y
Todos los campos		Y
Año		Y
Título		Y
Idioma		Y

Palabras clave

Buscar

Seleccione los campos por lo que desee hacer la consulta y pulse el botón buscar

Ilustración 2 – Muestra de utilización de la herramienta de búsqueda avanzada en BITRA: https://aplicacionesua.cpd.ua.es/tra_int/usu/buscar.asp?idioma=es

Al utilizar la primera fórmula que hemos diseñado, «mental AND health AND interpret*», obtuvimos 99 resultados iniciales. Tras una revisión inicial, descartamos 67 de las entradas resultantes, ya que estas no estaban centradas en la interpretación en salud mental, quedando 32 entradas que consideramos que nos podrían interesar teniendo en cuenta el tema de los estudios. De estas 32 entradas que consideramos tener en cuenta, finalmente recopilamos **17 estudios** que podrían coincidir con nuestro enfoque tras leer detalladamente la información incluida en los resúmenes expuestos en la base de datos y que analizaríamos de manera exhaustiva. Los 15 estudios que descartamos en esta segunda revisión de las entradas resultantes quedaron fuera teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión. Muchos de estos artículos

no contaban con una base empírica, eran estudios secundarios como otras revisiones sistemáticas, habían sido publicados antes del año 2000, no contaban con una población de estudio entre los que se encontrasen profesionales sanitarios, intérpretes o pacientes usuarios del servicio; o quedaban fuera de nuestras competencias, como es el caso de los estudios dedicados a la interpretación en lengua de signos.

Tras introducir nuestra segunda ecuación de búsqueda, «psychiatr* AND interpret*», obtuvimos 46 resultados iniciales. De estos descartamos 30 publicaciones que no estaban relacionadas con la interpretación en el ámbito de la salud mental. Así, obtuvimos 16 entradas que consideramos nos podrían resultar útiles para nuestra revisión. De estas 16 entradas, 4 ya aparecían en la búsqueda anterior utilizando nuestra primera ecuación de búsqueda, por lo tanto obtuvimos 12 entradas nuevas que podríamos tener en cuenta para la selección final. Una vez revisados los resúmenes disponibles en la base de datos de cada una de las entradas que habíamos decidido tener en cuenta, finalmente seleccionamos únicamente **3 estudios** que podrían coincidir con nuestro enfoque y que analizaríamos exhaustivamente. Por lo tanto, decidimos descartar 9 estudios que consideramos que no coincidían con nuestros criterios de inclusión. En gran parte de los casos, hemos decidido descartar los artículos ya que habían sido publicados antes del año 2000, muchos de ellos en los 70 u 80. Nos resultó interesante contemplar como la mayoría de los estudios que incluyeran términos derivados de la psiquiatría habían sido publicados en las últimas décadas del siglo XX, en contraste con los pocos estudios que incluyeran el término “salud mental” en estos años.

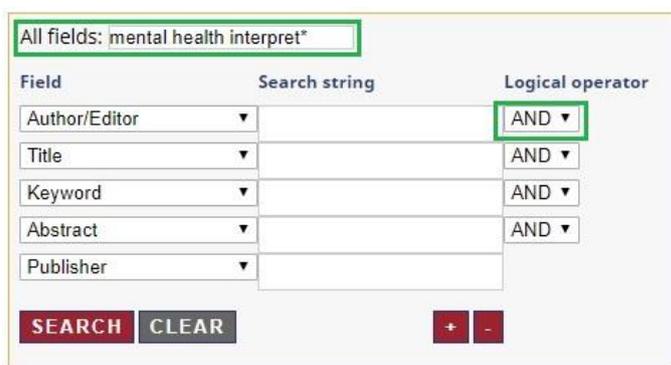
Por lo tanto, finalmente hemos obtenido **20 estudios** para tener en cuenta para nuestra selección final en la base de datos BITRA, a través de las búsquedas utilizado las dos ecuaciones que hemos diseñado.

3.3.1.2 Búsqueda en Translation Studies Bibliography

En segundo lugar, vamos a exponer el proceso de búsqueda y recopilación en la base de datos Translation Studies Bibliography. Esta base de datos da acceso a aquellas personas que decidan pagar una suscripción, al contrario que la base de datos BITRA, que proporciona el libre acceso gratuito a los usuarios que necesiten utilizarla. No obstante, Translation Studies Bibliography te ofrece la posibilidad de disfrutar de 3 meses de prueba totalmente gratuitos, cuyo único requisito es registrarse en la base de

datos. Esta es la opción que hemos considerado más conveniente utilizar y la que nos ha dado acceso al contenido de la web.

De igual manera que en BITRA, hemos decidido realizar nuestras búsquedas avanzadas utilizando la opción “All fields” para no limitar nuestros resultados y tener acceso a todas las publicaciones que incluyan los términos derivados de nuestras ecuaciones de búsqueda en alguno de los campos disponibles en la web (“author”, “keywords”, “title”, “abstract”, etc.). Por lo tanto, de nuevo hemos tenido que realizar una revisión exhaustiva de todas las entradas resultantes para seleccionar solo aquellas que coincidan con el tema y enfoque nuestro trabajo. Hemos utilizado el operador booleano “AND” en esta base de datos para tener acceso a todas las entradas que incluyan términos derivados de los que conforman nuestras ecuaciones de búsqueda (ver ilustración 3).



The screenshot shows a search interface with a search bar containing the text "All fields: mental health interpret*". Below the search bar is a table with three columns: "Field", "Search string", and "Logical operator". The table has five rows, each with a dropdown menu for the field name, an empty search string field, and a dropdown menu for the logical operator. The logical operator dropdowns are all set to "AND". At the bottom of the table are two buttons: "SEARCH" and "CLEAR", and two small red buttons with "+" and "-" symbols.

Field	Search string	Logical operator
Author/Editor		AND
Title		AND
Keyword		AND
Abstract		AND
Publisher		

Ilustración 3 – Muestra de la utilización de la herramienta de búsqueda avanzada en TSB → <https://benjamins.com/online/tsb/>

Al utilizar la primera ecuación de búsqueda, «mental AND health AND interpret*», hemos obtenido 35 resultados iniciales. Tras realizar una primera revisión, hemos descartado 20 estudios que no coincidían con la temática o enfoque de nuestro trabajo, esto es, principalmente, que no estaban especializados en el área de la interpretación en salud mental. De esta manera, obtenemos 15 publicaciones que coincidían con los requisitos de nuestro trabajo. De estos 15 estudios, 8 ya aparecían en las búsquedas en BITRA. Por lo tanto, obtenemos 7 estudios nuevos para tener en cuenta para la selección final. De estos 7 estudios, descartamos 4 publicaciones que no coinciden con nuestros criterios de inclusión, ya que algunos no son estudios primarios con base empírica y otros fueron publicados antes del año 2000. Por lo tanto, obtenemos tras esta búsqueda **3 estudios** nuevos para tener en cuenta para la selección final y que leeremos y analizaremos para considerar si finalmente debemos o no incluirlos. Si tenemos en cuenta los estudios que ya habíamos encontrado en BITRA, suman 8 los estudios

encontrados en Translation Studies Bibliography tras introducir la primera ecuación de búsqueda.

Tras introducir la segunda ecuación de búsqueda que hemos diseñado, «psychiatr* AND interpret*», hemos obtenido 11 resultados iniciales. De estos, hemos descartado 7 entradas que no coincidían con la temática o enfoque de nuestro trabajo. Por lo tanto, obtenemos 4 estudios que podrían interesarnos. De estos 4 artículos, 3 ya aparecían en nuestra búsqueda en BITRA al utilizar la segunda ecuación. El estudio restante que quedaría ha sido descartado debido a que fue publicado antes del año 2000, y por lo tanto no coincidiría con nuestros criterios de inclusión. Por lo tanto, **no obtenemos ningún estudio nuevo** para tener en cuenta para la selección final. Si tenemos en cuenta los estudios que ya habíamos encontrado en BITRA, obtenemos en total 2 estudios que podríamos considerar para la selección final tras realizar una búsqueda avanzada en Translation Studies Bibliography con nuestra segunda ecuación.

Por lo tanto, finalmente hemos obtenido **3 estudios nuevos** que podríamos tener en cuenta para la selección final para nuestra revisión sistemática tras realizar las dos búsquedas con nuestras dos ecuaciones en la base de datos Translation Studies Bibliography. Si tenemos en cuenta los estudios que ya habíamos encontrado en BITRA, obtenemos de esta base de datos 8 estudios del total a tener en cuenta para la selección final.

3.3.1.3 Recopilación final

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos BITRA y Translation Studies Bibliography, utilizando las ecuaciones de búsqueda «mental AND health AND interpret*» y «psychiatr* AND interpret*», **hemos recopilado un total de 23 estudios** que podrían resultarnos útiles para nuestra revisión sistemática de literatura. De estos 23 estudios, 20 se han encontrado en la primera base de datos y 8 se han encontrado en Translation Studies Bibliography, ya que 5 de los primeros 20 también se encontraron en la segunda base de datos. Por lo tanto, del total de estudios recopilados, un 65 % se han encontrado únicamente en BITRA (n=17), un 13 % en Translation Studies Bibliography (n=3) y un 22 % (n=5) se han encontrado en ambas bases de datos (ver figura 1).

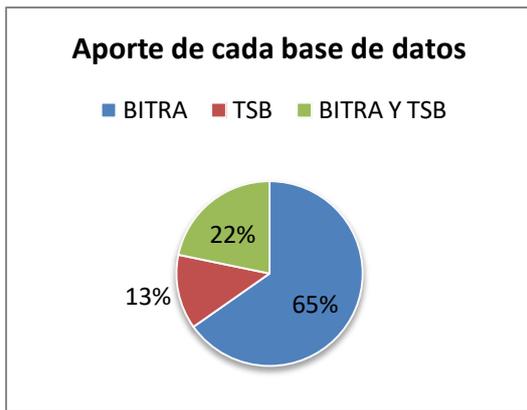


Figura 1 – Representación gráfica del porcentaje de aportación de estudios de cada base de datos

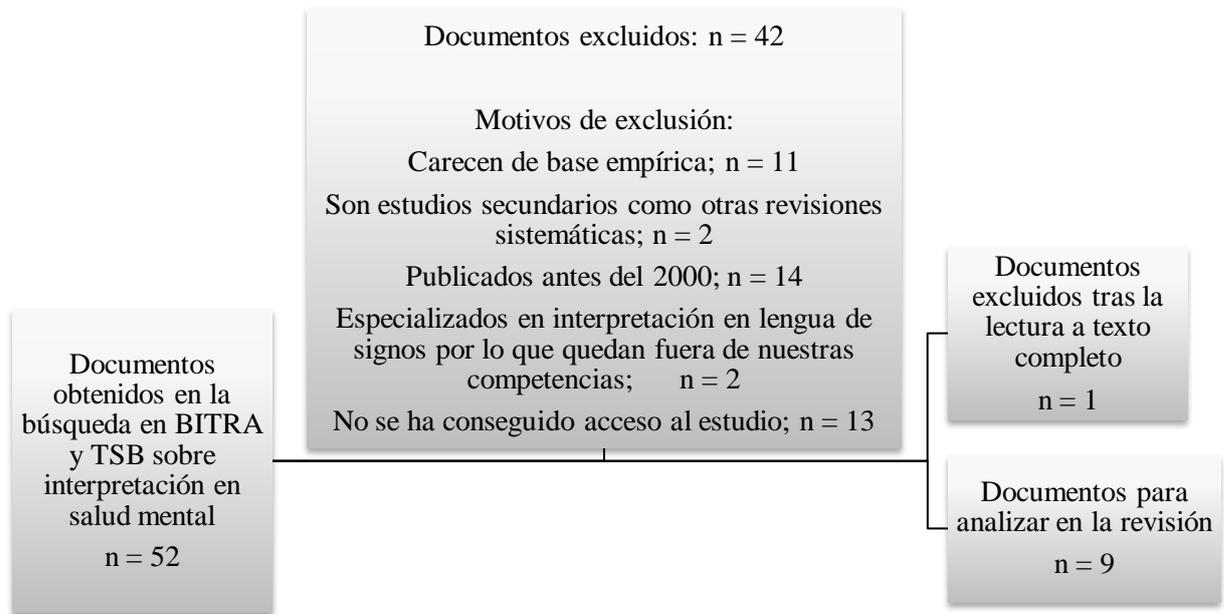
Tras realizar esta primera recopilación de estudios, el siguiente paso ha consistido en conseguir acceso a estos trabajos para poder leerlos, revisarlos y analizarlos en profundidad y así poder decidir qué estudios vamos a tener en cuenta para la selección final de nuestra revisión. Para poder acceder a estos documentos teniendo en cuenta los recursos que tenemos a nuestra disponibilidad, lo principal ha sido obtener la VPN (*Virtual Private Network*) de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá. Tras ponernos en contacto con el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, estos nos han indicado cómo podíamos obtener la VPN para que pudiésemos acceder con la autenticación de la Universidad de Alcalá a los diferentes sitios web en los que podríamos obtener acceso a los artículos deseados. Para ello, hemos descargado el programa FortiClient, a través del cual hemos obtenido acceso a la VPN de la UAH introduciendo el nombre de esta, que nos había proporcionado el personal de atención al usuario de la biblioteca, y accediendo a través de nuestro usuario y contraseña como alumnos de la Universidad de Alcalá (ver ilustraciones 4 y 5).



Ilustraciones 4 y 5 – Muestra del modo de acceso a la VPN de la UAH a través del programa FortiClient

De esta manera, hemos podido acceder a algunos artículos que no estuviesen disponibles para cualquier usuario y hemos podido tenerlos en cuenta. Sin embargo, hemos tenido que descartar un porcentaje alto de los estudios recopilados ya que no estaban disponibles ni para estudiantes universitarios con usuario autenticado por sus universidades ni para usuarios particulares. En algunos de los casos hemos intentado ponernos en contacto con los autores de los estudios a través de páginas web dedicadas a la colaboración entre investigadores como la plataforma ResearchGate para solicitar su permiso para acceder a sus publicaciones, explicando nuestro propósito. No obstante, no hemos obtenido respuesta a ninguna de estas solicitudes, lo que achacamos simplemente a que probablemente no hayan visto nuestra petición. Por lo tanto, hemos tenido que descartar 13 de los estudios inicialmente seleccionados ya que nos ha sido imposible conseguir acceso a ellos. Para tomar la decisión de no utilizar otros medios, como el uso de plataformas en las que puedes comprar estos estudios, hemos tenido en cuenta que esta revisión tenía que seguir un proceso que fuese repetible por otra persona dedicada a la tarea de la investigación, que puede ser en muchas ocasiones un estudiante como es nuestro caso, por lo que no debemos asumir que estos vayan a disponer de los recursos necesarios para poder acceder a estos estudios a través del pago. De la misma manera, pretendemos también revisar aquellos estudios que estén plenamente disponibles para estudiantes universitarios de grado o posgrado, o para investigadoras que estén trabajando en sus tesis doctorales o para catedráticos.

Por otro lado, después de la lectura exhaustiva de los 10 estudios a los que hemos podido acceder, hemos tenido que descartar uno de los artículos, ya que tras leerlo detalladamente hemos descubierto que no estaba centrado únicamente en la interpretación en el ámbito de la salud mental, sino que esta área ocupaba únicamente un apartado del total del trabajo. Por lo tanto, hemos conseguido recopilar un total de 9 estudios, entre ellos tanto artículos como tesis doctorales, a los que hemos conseguido acceso y que han coincidido con nuestros criterios de inclusión. De esta manera, tras el proceso de búsqueda, recopilación, acceso y lectura, hemos conseguido reunir 9 estudios para nuestra revisión sistemática de la literatura disponible sobre la labor del intérprete sanitario en el contexto de la atención a pacientes extranjeros en salud mental. En el diagrama presentado a continuación se muestra el proceso de selección y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión que nos ha llevado a haber recopilado finalmente 9 estudios para analizar en la revisión.



Cuadro 1: Diagrama creado por el autor del trabajo para ilustrar el proceso de recopilación de los estudios

3.3.2 Síntesis y presentación de los estudios recopilados

En este apartado se van a presentar los 9 artículos que hemos recopilado finalmente para nuestra revisión tras haber realizado las búsquedas en las bases de datos BITRA y Translation Studies Bibliography, utilizando las ecuaciones de búsqueda «mental AND health AND interpret*» y «psychiatr* AND interpret*», haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión que hemos seleccionado y tras haber realizado una lectura intensiva de todos los estudios. Se va a presentar un resumen exhaustivo de cada uno de los estudios seleccionados. Estos, se van a presentar en tablas dedicadas a cada uno de los estudios, ordenadas alfabéticamente por el apellido de los autores (las **tablas 8 y 9**, debido a su extensión, se han incluido como anexos). La información expuesta en cada tabla se dividirá en: a) autores y año del estudio, b) título del estudio; c) población participante en el estudio; d) metodología utilizada; e) procedimiento llevado a cabo en el estudio; f) variables a tener en cuenta; g) resultados del estudio; y h) conclusiones.

Tras haber expuesto la síntesis de los artículos recopilados para nuestra revisión, se procederá, en el apartado siguiente, a analizar la importancia y relevancia de estos estudios a través de la discusión sobre las temáticas principales encontradas en estos, contrastando la validez de los resultados de estos estudios con otra literatura existente sobre la labor del intérprete en salud mental encontrada en libros, artículos de revistas, estudios con base teórica o bibliográfica, u otros estudios secundarios como otras revisiones sistemáticas de literatura.

Tabla 1

Autor y año	Dekker, Ellen & Irena F. Ginsburg. (2009)
Título	<i>Working with interpreters in psychotherapy: A case report using the therapist-interpreter team approach.</i>
Población	1 paciente de psiquiatría con síndrome de estrés post-traumático, ansiedad y depresión 1 psiquiatra 1 interprete sanitario
Metodología	Metodología cualitativa
Procedimiento	Seguimiento de un caso de psiquiatría en consultas asistidas por un intérprete sanitario. Monitorización de las sesiones, análisis y observación del procedimiento, medidas a tomar en caso de dificultades y progreso de la condición de la paciente en cuanto a su salud mental.
Variabes	Mrs B, una mujer de 76 años, hispanohablante, que padece un síndrome de estrés post-traumático, un trastorno depresivo mayor y presenta síntomas de ansiedad. Habla bajo y presenta síntomas de la enfermedad de Parkinson, lo que hace que en ocasiones sea difícil de entender. Ha sufrido violencia de género y abusos por parte de su difunto marido, que padecía alcoholismo.
Resultados	Durante las primeras sesiones, el I pide aclaraciones muy frecuentemente a la paciente. Al pedirle además que hable más alto o más lento, toma control de la sesión. Muestra poca emoción en sus interpretaciones para cumplir con el principio de imparcialidad. Mrs B. apenas responde a las preguntas del PS y se siente intimidada por el entorno clínico. No se consigue establecer una relación terapéutica con el PS. El I desconoce las exigencias comunicativas del contexto de la SM y crea una barrera entre la paciente y el PS. Se procede a introducir un enfoque de equipo entre el I y el PS, se entrena al I para lo específico del entorno y se reducen los errores. Se fomenta el avance de la relación entre la paciente y el psiquiatra y esta comienza a mejorar.
Conclusiones	Se producen los siguientes errores: omisión, adición, simplificación, aclaraciones mal llevadas a cabo y desconocimiento del papel del I en el proceso. El I influencia demasiado las sesiones y no muestra empatía en sus interpretaciones. Tras subsanar estos errores y utilizar el enfoque de equipo entre el I y el PS mejora el desarrollo de las sesiones, se establece una relación terapéutica P-PS y mejoran los síntomas de la P. El entrenamiento específico en interpretación en SM es esencial para el buen funcionamiento de la sesión, para asegurar la relación PS-P y para priorizar la mejora de la condición del paciente. Las cuestiones relativas a la gestión de las emociones y su expresión en la interpretación, la manera en la que realizamos aclaraciones y el conocimiento del papel del I como facilitador de la comunicación PS-P es esencial en el entorno de la SM. ¹

¹ Abreviaturas: **I:** Intérprete; **P:** paciente; **PS:** profesional sanitario; **SM:** salud mental

Tabla 2

Autor y año	Drennan, Gerard; Leslie Swartz (2002)
Título	<i>The paradoxical use of interpreting in psychiatry</i>
Población	Miembros del hospital psiquiátrico e intérpretes
Metodología	Análisis cualitativo y enfoque etnográfico
Procedimiento	Análisis de los datos encontrados en informes sobre 88 pacientes con necesidad de apoyo lingüístico que fueron admitidos en el hospital durante el periodo de 9 semanas en el que se realizó el estudio. Entrevistas semiestructuradas al personal del hospital y a intérpretes.
Variables	El estudio tiene lugar en Sudáfrica, donde existen 11 idiomas oficiales reconocidos en su constitución, entre los que se encuentran el inglés y el afrikáans. Hay una parte importante de la población que tiene dificultades para comunicarse con los profesionales sanitarios que en general suelen hablar en inglés. El estudio se realizó en un hospital psiquiátrico.
Resultados	Según los datos encontrados en los informes, en muchas ocasiones el profesional sanitario no sabe en qué idioma habla el paciente antes de recibirlo en la consulta. Se encontraron pocas referencias a la importancia del idioma en el proceso de admisión y programación de una consulta con un paciente. No se menciona en la mayoría de los informes si se utilizó un intérprete profesional en estas consultas, pero se hace referencia a alguien que asiste lingüísticamente en la consulta (al principio de la consulta se especifica que el paciente no habla inglés, pero la transcripción de la consulta muestra las intervenciones en inglés). Se entiende que se ha recurrido a personal del hospital como enfermeras, celadores u otros profesionales y a familiares o incluso otros pacientes para que hicieran la labor del intérprete en estas consultas. Este vacío en los informes en cuanto a la importancia de la lengua en las consultas y en los procesos rutinarios del hospital apuntan a la falta de conocimiento sobre la importante labor del intérprete en el contexto de la salud, y aquí específicamente en el de la salud mental. El autor destaca los riesgos de utilizar a personas no cualificadas para asistir lingüísticamente en consultas con pacientes que pueden estar sufriendo psicopatías, destacando la imposibilidad del profesional sanitario de tener acceso a toda la información y significado que el paciente aporta en sus intervenciones, los posibles diagnósticos erróneos o la puesta en peligro de la integridad y vida del paciente por no poder acceder a una atención de calidad. El autor destaca un caso en el que el paciente es prácticamente incapaz de comunicarse con el profesional sanitario, quien atribuye esto a la capacidad intelectual del paciente o a un trastorno formal del pensamiento. De esta manera, el problema de comunicación que se debe a que el paciente no tiene la suficiente soltura en la lengua del profesional sanitario se termina achacando a un problema de salud mental. Esto es tremendamente denigrante en el contexto sanitario pero especialmente en el de la salud mental, donde la comunicación tiene un papel tan importante en el diagnóstico del paciente. El autor hace referencia a otros casos en los que el diagnóstico final del paciente puede no ser el correcto debido a los problemas de comunicación al utilizar a personas no especializadas en interpretación en salud mental que además no posean un nivel alto en el idioma del paciente ni comprendan el impacto de determinados factores culturales implícitos en las intervenciones del paciente que afectan al significado de estas. Las limitaciones de la institución en cuanto a recursos destinados al apoyo lingüístico reducen las posibilidades de contemplar todas las opciones y de realizar diagnósticos exactos En otro caso que destaca el autor, si que se hace referencia explícita a la participación de un intérprete en la consulta. Es un caso de psiquiatría forense en el que el diagnóstico que se realice en cuanto a la salud mental del paciente influenciará en la resolución de un proceso legal que puede

	<p>tener impacto mediático. En este caso, se le da más importancia al intérprete en todo el proceso y se le presenta como una parte activa cuya labor va a tener mucha importancia en el diagnóstico final. De manera irónica, da la sensación de que el profesional sanitario va a atribuir gran parte de la responsabilidad a las aportaciones del intérprete. Esto es una manera de proteger al profesional sanitario y a la institución de la posible respuesta negativa por parte de los medios y la sociedad según la resolución del caso, poniendo al intérprete en una situación de vulnerabilidad al atribuírsele a él la responsabilidad.</p> <p>Según algunos de los entrevistados, cuando se plantea si un paciente necesita o no un intérprete el profesional sanitario suele hacerse una pregunta: “does the clinician need one?” Esta necesidad por parte del profesional se juzga dependiendo de lo necesaria que sea la comunicación totalmente efectiva según el tipo de consulta que se vaya a llevar a cabo. Esta necesidad de encontrar el camino más fácil o rápido se debe a la falta de intérpretes en la institución y al tiempo limitado que el profesional sanitario puede dedicar a cada paciente. Cuando se decide que el intérprete es necesario, se suele buscar a alguien en el hospital que hable el idioma del paciente, como puede ser otro profesional sanitario, un celador, un familiar o incluso otro paciente. Así, el intérprete se convierte en una herramienta a la que solo se recurre cuando es estrictamente necesario y que por lo general no ha recibido formación en interpretación. En muchas ocasiones se recurre a otros profesionales sanitarios para que observen si el paciente puede o no necesitar un intérprete. Las enfermeras, por ejemplo, que hablan inglés o afrikáans suelen tener más dificultades a la hora de decidir si un paciente necesita asistencia lingüística, mientras que las enfermeras que hablen otras lenguas africanas suelen tener más facilidad para esta labor, ya que en ocasiones han tenido incluso que hacer ellas mismas de intérpretes. Por otro lado, se ha destacado que en muchos casos es el propio paciente el que niega la necesidad del intérprete. En ocasiones, esto se debe a que los pacientes no quieren que se ponga en duda su capacidad para hablar inglés. También se debe a que muchos pacientes no quieren que haya una tercera persona que pueda interponerse entre ellos y el profesional sanitario. Otro grupo de pacientes no quieren la ayuda del intérprete para que el psiquiatra no pueda acceder a su mente. Además, en ocasiones el uso del intérprete puede estar contraindicado si el paciente sufre un trastorno paranoico, pudiendo este llegar a pensar que el intérprete está ahí para espiarle o hacerle daño.</p>
Conclusiones	<p>El hecho de que se haya escondido la falta de recursos de interpretación en los informes revisados perpetúa la creencia por parte de los profesionales sanitarios de que los intérpretes no son necesarios en estos sistemas.</p> <p>Se ha argumentado que la falta de perspicacia por parte de los psiquiatras y profesionales sanitarios, las notas que toman o los diagnósticos que se realizan en la atención a pacientes africanos supone que en ocasiones el PS construye la identidad de estos pacientes reproduciendo discursos raciales reduccionistas o incluso deshumanizantes para los pacientes. El análisis podría mostrar la persistencia del discurso colonial en algunos de los psiquiatras blancos en cuanto al entendimiento de la identidad de los pacientes africanos. El desconocimiento por parte de la mayoría de los profesionales de algún idioma africano y la invisibilidad institucional de las necesidades lingüísticas de los pacientes contribuyen a la falta de entendimiento por parte de los profesionales sanitarios en cuanto a sus pacientes africanos. Se destaca la importancia de que los profesionales sanitarios aprendan lenguas africanas para proporcionar una mejor atención en un contexto multicultural y multilingüístico como es el sudafricano. Ante la dificultad por parte de los profesionales de aprender estos idiomas especialmente debido al tiempo que requiere hacerlo, se anima a reconocer institucionalmente los derechos y necesidades lingüísticas de las personas que hablen otros idiomas a parte del inglés y el afrikáans y, por lo tanto, se reconozca la labor imprescindible del intérprete.</p>

Tabla 3

Autores y año	Echauri Galván, Bruno (2014)
Título	<i>Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of pragmalinguistics in mental health interpreting.</i>
Población	N: 75 40 intérpretes y 35 miembros del personal sanitario trabajando en salud mental
Metodología	Metodología cualitativa
Procedimiento	1 cuestionario dirigido a 40 intérpretes novatos y expertos y otro a 35 miembros del personal sanitario del entorno de la salud mental
Variables	Estudio realizado en España donde los proyectos de interpretación en ámbitos específicos como la salud mental son prácticamente inexistentes. El estudio analiza la importancia de la pragmática en la interpretación en SM
Resultados	<p>En cuanto a la velocidad de las intervenciones: el I deberá ser capaz de reproducir intervenciones largas pero también expresiones monosilábicas. En cuanto a los turnos: para el I debería ser fácil saber cuándo comenzar a interpretar las intervenciones del PS. Con los P, el I deberá acostumbrarse a pausas cortas o largas o a identificar momentos en los que parecerá que la intervención ha finalizado pero en realidad va a continuar.</p> <p>En cuanto al ritmo, el 54,5 % coincide en que el ritmo suele ser intermedio. El 42,5 % opina que varía según el caso. Según esto, el I debería seguir el hilo de la conversación fácilmente debido a los limitados cambios en la velocidad, por lo que tendrá tiempo para procesar y transmitir el mensaje. El I no necesitará parar la conversación para hacer aclaraciones. En cuanto a la información, PS e I coinciden en que el I interpretará toda la información, sea relevante o no, dejando que sea el PS el que decida si es o no relevante.</p> <p>En cuanto a la forma de dirigirse al otro, se mantendrá el uso de usted/tú que elija cada participante.</p> <p>Modo de interpretar: interpretación adaptativa vs automática. La mayoría de los problemas de entendimiento vendrán del paciente que desconozca los términos médicos. PS defienden que se deben mantener la incoherencia del discurso, ambigüedad y la indecisión o vacilación en las intervenciones del P ya que pueden ser síntomas de trastornos como la esquizofrenia.</p> <p>El 90 % de los I y 93,7 % de los PS coinciden en que el I debe tener un papel activo en la conversación y aportar su experiencia en el proceso. El I será capaz de manejar la conversación de manera que se eviten las aclaraciones y repeticiones que podrían hacer pensar al PS y al P que la comunicación es imposible. El I deberá ayudar al PS a entender gestos y actitudes propias de la cultura de P, para derribar las barreras culturales entre el PS y el P. El I deberá aclarar de antemano que intervendrá cuando sea necesario para facilitar la comunicación y que esto no pille por sorpresa a las dos partes.</p>
Conclusiones	El estudio podría tener sus limitaciones ya que se podría considerar que solo representa la opinión de los sujetos de estudio, pero esto no se considera suficiente como para debilitar los resultados del estudio. Hay una serie de objetivos que el PS y el P deberán superar para facilitar la comunicación: 1. Promover una relación de confianza y una alianza positiva. 2. Intercambiar información de manera precisa y entendible. 3. Llegar a un entendimiento compartido y al interés mutuo. Las decisiones del intérprete en cuanto al enfoque de su interpretación determinará el nivel de entendimiento, fluidez de la conversación, la exactitud de los diagnósticos, etc. Al permitir que el I sea una parte activa en el proceso comunicativo les permitimos realizar interpretaciones adecuadas lingüística y culturalmente, trasmitiendo los mensajes que cada parte pretende trasmitir con su contenido intacto.

Tabla 4

Autor y año	Gallagher, Colm (2015)
Título	<i>Exploring the experience of Polish interpreters who interpret for mental health professionals: an interpretative phenomenological analysis</i>
Población	6 intérpretes sanitarios polacos expertos en salud mental
Metodología	Uso del análisis fenomenológico interpretativo. Enfoque cualitativo para entender las experiencias personales de los sujetos de estudio y explorar la perspectiva individual de las experiencias vividas por los participantes como intérpretes en el contexto de la salud mental. De esta manera, se pretende ver como cada participante entiende su papel como intérprete en SM.
Procedimiento	Entrevistas semiestructuradas a 6 intérpretes sanitarios polacos trabajando en salud mental para clientes polacos.
Variables	Los participantes del estudio deben haber trabajado como intérpretes para pacientes polacos en el área de salud mental y haber interpretado en al menos dos sesiones para el mismo paciente. 4 de los participantes son mujeres y 2 hombres; de edades entre los 25 y los 62 años; con experiencia como intérpretes en el NHS (servicio nacional de salud del Reino Unido) de 6 meses a 10 años.
Resultados	<p>Algunos de los participantes entienden su papel como puramente lingüístico y quieren ceñirse a transmitir la información de cada parte. Sin embargo, la mayoría de los participantes terminan reconociendo que en el contexto de la SM su papel supera lo estrictamente lingüístico. Algunos admiten que la información que reciben del P puede verse influenciada por su propia percepción y entendimiento de esta, y que en ocasiones hacen sugerencias sobre el posible significado de lo dicho por el paciente. Esto se ve influenciado por aspectos culturales o lingüísticos como la jerga o las expresiones propias de una determinada zona de la que provenga el P. Los participantes dan mucha importancia a la influencia del contexto en el significado de las intervenciones del P.</p> <p>La mayoría de los participantes destaca la importancia de establecer una relación de confianza tanto con el P como con el PS para que las sesiones funcionen mejor. Sin embargo, resaltan que es muy importante establecer unos límites para no faltar al principio de imparcialidad. El intérprete nunca deberá discutir cualquier información relativa a la salud del cliente fuera de la consulta con el paciente ya que esto puede poner en riesgo la relación profesional con el profesional sanitario. La mayoría de los participantes creen que su labor es facilitar el trabajo del profesional sanitario y que es este el que tiene toda la responsabilidad clínica durante las sesiones. Algunos de los participantes admiten que es de gran ayuda tener reuniones previas con los profesionales para conocer cualquier dato relevante que les pueda servir para prepararse para la sesión. Algunos perciben que en ocasiones esto puede ser una molestia para los profesionales sanitarios, que disponen de tiempo limitado para dedicar a cada paciente.</p> <p>Los participantes coinciden en el reto emocional que en muchas ocasiones supone para ellos realizar su función en el contexto de la salud mental, debido a la incertidumbre que sienten en ocasiones al no saber exactamente a lo que se van a tener que enfrentar durante la sesión y a que muchos de los pacientes para los que han tenido que interpretar han sufrido abusos, violencia y otros hechos traumáticos que pueden dejar huella en el intérprete, que en ocasiones siente que debe distanciarse emocionalmente de las experiencias vividas por los pacientes para poder realizar su función sin que esto afecte negativamente a su estado psicológico. Sin embargo, algunos de los participantes admiten que gracias a la experiencia en esta área han aprendido a lidiar con las dificultades emocionales a las que se enfrentan en su trabajo.</p>
Conclusiones	El estudio muestra que los PS de la SM y los I que trabajen en este contexto deben tener en cuenta el impacto emocional que puede producirse en estos profesionales. El estudio muestra que la visión de la labor de cada I es única en cada caso. El estudio proporciona un entendimiento más profundo del proceso interpretativo y de la percepción del I sobre la relación entre I, P y PS.

Tabla 5

Autor y año	Molle, Eleanor (2012)
Título	<i>The Experiences of interpreters working in a medium secure forensic mental health unit: an interpretative phenomenological analysis</i>
Población	6 intérpretes que hayan trabajado en una MSU (medium secure unit) en psiquiatría forense en el Reino Unido.
Metodología	Análisis fenomenológico interpretativo, que se basa en entender el significado psicológico de las experiencias de los participantes del estudio. Se pretende explorar las experiencias subjetivas de los intérpretes tras haber trabajado en una MSU. Método cualitativo para explorar los significados y percepciones desde la perspectiva de los participantes.
Procedimiento	Entrevistas semiestructuradas a 6 intérpretes que hayan trabajado en psiquiatría forense en Reino Unido.
VARIABLES	Se tuvo en cuenta la edad, género y etnia de los participantes; el número de años trabajados; su entrenamiento; y el nº de interpretaciones que hubiesen realizado en una MSU. Los detenidos en una MSU suelen ser personas que han cometido actos de violencia contra otras personas y que normalmente han experimentado el trauma en el pasado (abandono, abusos en la infancia, etc.) y suelen presentar trastornos duraderos. En las MSU se pretende proporcionar un entorno terapéutico que prioriza la rehabilitación antes que el castigo.
Resultados	Los participantes del estudio suelen sentirse desorientados cuando trabajan en la MSU. La institución no les proporciona la suficiente información y medios para estar preparados para el entorno en el que van a realizar su función. Los sujetos perciben cierto menosprecio profesional y personal por parte del resto de los profesionales de la MSU. Se sienten poco valorados y algo deshumanizados al percibir que se les ve como máquinas, en vez de cómo profesionales que tienen un papel esencial en el proceso de rehabilitación de los pacientes de estos centros. Los participantes consideran que sin ellos el trabajo de los psiquiatras no es posible, ya que no pueden comunicarse con el paciente. Consideran además que su trabajo es mucho más complejo de lo que los profesionales de la MSU piensan. No solo consiste en conocer ambos idiomas, sino en conocer las técnicas necesarias para realizar su función de la mejor manera posible. El intérprete intenta separarse de cualquier emoción o estrés que puedan experimentar durante las sesiones para poder realizar su función sin interferencias. El intérprete se esfuerza en no mostrar cualquier emoción que pueda sentir durante la sesión, ya que se consideraría poco profesional, pero es prácticamente imposible bloquear dichas emociones. Debido al estrés que pueden experimentar durante las sesiones, los intérpretes desarrollan mecanismos para lidiar con los sentimientos derivados de las sesiones (deporte, meditación, etc). Además, algunos terminan haciéndose a la idea de que son “máquinas” para así cumplir con el principio de imparcialidad. Los participantes han tenido que enfrentarse al hecho de que los pacientes para los que interpretan se encuentran aislados y en ocasiones quieren establecer una relación de complicidad con el interprete ya que este habla su idioma, por lo que asumen que va a estar de su lado. El I debe evitar que se forme este vínculo y aclarar su función neutral en el proceso desde el principio.
Conclusiones	Se ha utilizado el análisis fenomenológico interpretativo para explorar a fondo y de manera ideográfica las experiencias de los participantes. Los resultados coinciden con la teoría y literatura existente, pero la discusión se ha realizado teniendo en cuenta la literatura publicada sobre el trabajo de otros profesionales en la MSU y el del I en otros contextos. El objetivo del estudio era representar la situación del I que trabaje en una MSU. Teniendo en cuenta la falta de literatura al respecto se espera que el estudio haya contribuido con algo nuevo a la literatura e investigación existente.

Tabla 6

Autores y año	Shakespeare, Clare Louise (2012)
Título	<i>Community interpreters speaking for themselves: the psychological impact of working in mental health settings.</i>
Población	8 intérpretes sanitarios trabajando en el área de la salud mental para en el NHS (servicio nacional de salud del Reino Unido)
Metodología	Análisis fenomenológico interpretativo. Se pretende recopilar e interpretar datos cualitativos para explorar las experiencias personales de los participantes.
Procedimiento	Entrevistas semiestructuradas a 8 intérpretes expertos en salud mental
Variables	Los participantes del estudio debían trabajar o haber trabajado como intérpretes en los SSPP; contar con experiencia en el área de la salud mental o en psicología terapéutica; y tener buen nivel de inglés. Los participantes pertenecen a entornos étnicos, culturales y sociales diversos. Las lenguas de trabajo de los participantes no se tuvieron en cuenta (aparte del inglés). Los participantes trabajan en el área este de Londres, donde es característica la diversidad étnica de los residentes de esta zona. Se reclutó a 4 hombres y a 4 mujeres; de edades entre los 26 y los 45 años; con experiencia laboral de 6 meses a 13 años.
Resultados	<p>Todos los participantes expresaron que han tenido mucha empatía con los pacientes para los que han tenido que interpretar y que en muchas ocasiones se han sentido identificados con sus vivencias, ya que además también compartían el lugar de procedencia con los P. Muchos han experimentado como consecuencia estrés, al sentirse demasiado representados por las vivencias de los P (revivir la experiencia de la migración, el sentimiento de aislamiento y las dificultades con el idioma al llegar al Reino Unido). Además, el intentar ponerse en el lugar del P para ser más fieles a sus intervenciones ha tenido consecuencias negativas para la salud mental del I. Algunos de los participantes presentaban síntomas del trauma vicario, al ser incapaces de superar las vivencias traumáticas de algunos de los Ps para los que tuvieron que interpretar. Otros participantes sentían que al interpretar debían “convertirse” en el paciente, provocando esto fuertes sentimientos de ansiedad al “perderse a sí mismos” durante el proceso. Otros destacaban lo importante que es desvincularse emocionalmente de las vivencias de los pacientes para poder realizar su trabajo sin interferencias.</p> <p>La mayoría de los participantes expresaron que al llegar al entorno de la SM se sentían desorientados al no saber qué esperar. Muchos destacaban que esto se debía a la falta de información que recibían previamente, por lo que no sabían qué tipo de paciente iban a encontrarse, con qué emociones iban a tener que lidiar durante la sesión o si los Ps podían representar alguna amenaza para su integridad. Algunos de los participantes parecían presentar prejuicios o cierta estigmatización hacia el entorno de la salud mental. Otros destacaron la dificultad de interpretar intervenciones poco coherentes o irracionales.</p> <p>La mayoría de los participantes expresaron que han sentido cierto menosprecio por parte de los PS del entorno de la salud mental y que en ocasiones sienten que son un estorbo, cuando en realidad son imprescindibles para la rehabilitación de los pacientes que no hablen inglés. Otros destacaron la falta de conciencia multicultural por parte de los PS y el trato poco igualitario hacia el tipo de pacientes para los que interpretaban. Muchos de los participantes consideran que muchas veces los PS no piensan en el impacto emocional que puede suponer para ellos interpretar en este entorno y que muchas veces les deshumanizan, viéndoles como una herramienta más que como un profesional.</p> <p>Algunos de los participantes expresaron lo difícil que resulta para ellos transmitir cierto tipo de mensajes (expresiones agresivas, malas noticias o malas formas de hablarle al P), ya que cada parte recibe el mensaje a través ellos y no desde el P o el PS.</p>

	<p>Los participantes del estudio han sentido la necesidad de intervenir en las sesiones para opinar sobre algo que tuviese lugar en la sesión o informar al PS sobre un aspecto que quizás no esté percibiendo, pero ninguno ha llegado en ningún momento a sobrepasar los límites de profesionalidad o a faltar al principio de imparcialidad.</p> <p>Los participantes sienten que deben a toda costa esconder sus emociones durante las sesiones para que estas fluyan naturalmente. Esto puede ser muy complicado y suele suponer una gran fuente de estrés para los I.</p> <p>Los participantes presentan dilemas en lo que concierne a su “yo personal” y su “yo como intérprete”. Al verse obligados a ser imparciales y a actuar como transmisores de la información, y al no poder sobre pasar ciertos límites, esto supone a veces un conflicto con su identidad como personas, que probablemente sobrepasarían los límites para favorecer al paciente.</p> <p>Los participantes reconocen la necesidad de no establecer vínculos más allá de lo estrictamente profesional con el P y el PS para así no involucrarse demasiado en cada caso y poder lidiar con el estrés emocional que les pueda provocar la sesión. Muchos intentan percibirse a sí mismos como observadores más que como participantes para no involucrarse emocionalmente.</p> <p>Los participantes utilizan enfoques cognitivos, espirituales o de comportamiento para regular sus emociones. Una de las técnicas más utilizada por los participantes es intentar ser positivos y repetirse a sí mismos lo beneficioso de la labor que realizan.</p>
Conclusiones	<p>El estudio ha contribuido al conocimiento sobre interpretación en el entorno de la salud mental. El uso del análisis fenomenológico interpretativo ha aportado resultados contundentes sobre el impacto emocional del trabajo del intérprete en salud mental y sobre las estrategias que utilizan los intérpretes para lidiar con las consecuencias psicológicas de su trabajo. Los resultados coinciden con las evidencias existentes en la literatura sobre el tema y añaden la perspectiva del intérprete.</p> <p>Se espera que el estudio sea útil para la literatura emergente dedicada a guiar y orientar a los intérpretes para que estén más preparados para los retos que van a tener que enfrentar a la hora de realizar su labor en el entorno de la salud mental.</p>

Tabla 7

Autor y año	Zimany, Krisztina (2010)
Título	<i>Training for interpreting in mental health-care in Ireland</i>
Población	11 profesionales sanitarios especializados en salud mental que hayan trabajado con intérpretes 12 intérpretes sanitarios que hayan trabajado en el ámbito de la salud mental
Metodología	Análisis cualitativo utilizando entrevistas semiestructuradas
Procedimiento	Entrevistas semiestructuradas a 11 profesionales sanitarios especializados en salud mental que hayan trabajado con intérpretes y a 12 intérpretes sanitarios que hayan trabajado en el ámbito de la salud mental.
VARIABLES	11 profesionales sanitarios especializados en salud mental: 4 enfermeras, 1 terapeuta, 2 psicólogos, 4 psiquiatras. La mayoría trabajan para el estado o en servicios especializados dirigidos a la atención a pacientes inmigrantes, refugiados o solicitantes de asilo. 12 intérpretes sanitarios expertos en salud mental procedentes de: Bosnia (1), China (1), República Checa (1), Irlanda (1), Italia (1), Polonia (2), Rumania (2), España (2) y Sudán (1). El estudio se realizó en el área de Dublín en Irlanda.
Resultados	Sobre la falta de formación, algunos de los participantes intérpretes destacaron la importancia de la formación continua que debe alargarse durante toda la trayectoria profesional. El intérprete siempre debe seguir formándose. Esta formación es importante en el ámbito de la salud mental para adquirir conocimientos sobre el vocabulario, terminología específica, normas de etiqueta, códigos éticos o técnicas de interpretación específicas de esta área de trabajo. La falta de formación puede además llevar al profesional sanitario a realizar un diagnóstico erróneo sobre el paciente. Sobre las limitaciones del intérprete provocadas por la falta de formación, los intérpretes con menos preparación en interpretación destacaban sus dificultades a la hora de realizar determinadas técnicas de interpretación (simultánea, susurrada, etc.) con las que aun no estaban completamente familiarizados. Los intérpretes más preparados destacaban la importancia de realizar interpretaciones exactas, imparciales, confidenciales y profesionales como dictan los códigos profesionales de conducta. Sobre la formación sobre interpretación de los profesionales de la salud mental, la mayoría de los intérpretes destacan que trabajan mejor con los PS que han recibido formación que con los que desconocen cómo debe desarrollarse una sesión asistida por un intérprete. Destacan, además, que es necesario que los PS se formen en cuanto a la cultura y país de origen del paciente al que van a atender. Sobre la formación de los intérpretes, los profesionales de la salud mental participantes destacaron que cuando trabajan con un intérprete pueden notar si este ha recibido más o menos formación. Señalan que la falta de formación por parte del intérprete puede repercutir negativamente en su trabajo. Muchos apuntan, además, que es importante que los intérpretes reciban formación específica sobre el ámbito de la salud mental y que se conciencien sobre los efectos psicológicos que puede tener este trabajo en el profesional. Sobre la formación en interpretación para los profesionales sanitarios de la salud mental, estos destacan la falta de oportunidades de formación disponible para ellos en Irlanda y los más preparados destacan que han aprendido con la experiencia o en otros países donde si han podido recibir formación. Otros destacan que la formación en este ámbito se está empezando a incorporar en la educación superior.
Conclusiones	El estudio coincide con la literatura existente en cuanto a la necesidad de formación en interpretación para las personas que vayan a realizar esta labor. Además, el estudio demuestra que los profesionales de la salud mental trabajando en el servicio de salud irlandés necesitan más formación en cuanto a la atención a pacientes no angloparlantes asistida por intérpretes.

4. Discusión: análisis de las temáticas recopiladas en los estudios

Este apartado del trabajo se va a dedicar al análisis de las temáticas que hemos recopilado a partir de los estudios que hemos incluido en nuestra revisión sistemática de literatura. Estas temáticas, algunas presentes en todos los estudios y otras en más de uno, se han extraído tras la lectura a texto completo de todos los estudios y gracias al resumen exhaustivo que hemos realizado y presentado en el último punto del apartado anterior.

Este análisis tiene el propósito de comprobar la validez de los resultados de los estudios recopilados, comparándolos con la literatura existente en cuanto a la interpretación en salud mental y la atención a pacientes extranjeros en este ámbito, utilizando otras fuentes bibliográficas como libros, estudios con base teórica o estudios secundarios como otras revisiones sistemáticas de literatura.

Este análisis nos va a servir también para resolver las diferentes preguntas que nos hemos planteado en los objetivos del trabajo. Estas preguntas están relacionadas con factores específicos de la interpretación en salud mental, como el impacto psicológico en el profesional, las características de la interpretación en este ámbito a pacientes refugiados o solicitantes de asilo, la importancia de la narrativa y la pragmática en cuanto a la transmisión de significado o el impacto de la interpretación en los diagnósticos y tratamientos, entre otros.

4.1 Impacto emocional del trabajo del intérprete sanitario en salud mental

Una de las temáticas que hemos recopilado tras la lectura a texto completo de los estudios seleccionados y su síntesis tiene que ver con el impacto emocional y psicológico del trabajo del intérprete sanitario en el ámbito de la salud mental. Esto es, la manera en que la realización de su función puede tener consecuencias en su salud mental, pudiendo afectar a tanto su entorno profesional como a su día a día. Esta temática ha aparecido en cuatro de los estudios seleccionados, cobrando gran importancia en la tesis doctoral de Claire Louise Shakespeare (2012), centrada en el estudio de las consecuencias psicológicas de la labor del intérprete en el área de la salud mental. En los resultados de este y del resto de los estudios en los que aparecía esta temática, los participantes mostraron preocupación por las diferentes consecuencias que su trabajo tiene en su estado emocional, vida personal y entorno profesional.

El impacto psicológico del trabajo del intérprete ya se ha estudiado en otros contextos de la interpretación en los servicios públicos, dado que en muchas ocasiones estos trabajadores, por la naturaleza de su labor, se ven obligados a ser testigos de situaciones difíciles de afrontar al trabajar con personas que han pasado por experiencias muy difíciles, como pueden ser los inmigrantes, refugiados o solicitantes de asilo. Como apunta Valero-Carcés, “los traductores e intérpretes en los servicios públicos deben enfrentarse con frecuencia a situaciones que pueden provocarles un fuerte impacto emocional y psicológico, el cual puede derivar en graves consecuencias” (Valero-Garcés, 2006: 153). Por lo tanto, la naturaleza del trabajo en los servicios públicos implica que los trabajadores que realicen su labor en estos contextos, en este caso los intérpretes sanitarios, corren el riesgo de experimentar el trauma o de quedar expuestos a este al ser testigos de las vivencias traumáticas que los usuarios del servicio pueden relatar (Roberts, 2015).

No obstante, esta temática cobra gran importancia dentro del ámbito de la atención a pacientes extranjeros en salud mental. En este contexto, los relatos de los pacientes usuarios del servicio del intérprete van, en muchas ocasiones, a llevar una carga emocional importante dado que muy frecuentemente estos pacientes van a haber sufrido experiencias realmente traumáticas previas y posteriores a su llegada al país en el que ahora residen. Por ejemplo, en la tesis de Kirsty Williams (2004), que hemos sintetizado en el punto anterior y que centraba su estudio en las experiencias de intérpretes refugiados trabajando como intérpretes para pacientes refugiados en salud mental, se mostraba que muchos de los pacientes y los mismos intérpretes, debido a su condición como refugiados, habían experimentado la pérdida de seres queridos a causa de la guerra o habían tenido que dejarlos atrás, teniendo esto consecuencias devastadoras en su salud mental. Por otro lado, también habían tenido que enfrentarse a situaciones complicadas al llegar al país de acogida, teniendo que enfrentarse a costumbres e idioma desconocidos y, en algunas ocasiones, a los prejuicios con base racista de parte de la sociedad. Estas experiencias relatadas por los pacientes deben ser transmitidas a través de los intérpretes que, como apunta Williams, “were often objects of transfer for their client’s emotions” (Williams, 2004: 97). Según Vezzozi, la función del intérprete no consiste únicamente en ser testigo del trauma o escuchar el relato del paciente sobre este. El intérprete debe además canalizarlo, por lo que lo revive en su propia piel y le da voz. En cierta manera, el intérprete se convierte en el paciente al transmitir su historia

(Vezzozi, 2017). Esto ocurría en algunos casos según los resultados del estudio de Clare Louise Shakespeare, en los que algunos participantes sentían que habían revivido sus experiencias pasadas al interpretar las historias de los pacientes en los que se veían reflejados, ya que provenían de contextos parecidos. Como indica Shakespeare, “for some interpreters the dangers of too much empathy were apparent. At times, they described becoming overwhelmed with distress due to a process of identification: feeling too acutely what the client feels” (Shakespeare, 2012: 116).

Por otro lado, debido a que en muchas ocasiones el intérprete va a interpretar para personas que hayan sufrido abusos y situaciones de violencia, dependiendo de la condición del paciente y el contexto del que proceda, y a que va a tener que canalizar los relatos de estas experiencias, el profesional va a sentir la necesidad de desvincularse emocionalmente de las experiencias relatadas por el paciente para poder realizar su función sin interferencias. Como se ha apreciado en los resultados del estudio de Colm Gallagher (2015) que hemos utilizado para nuestra revisión, para los intérpretes entrevistados, “having emotional reactions, for them, can equate to not doing the job properly” (Gallagher, 2015: 81). Esta tendencia a separarse emocionalmente de las sesiones también se daba el estudio de Eleanor Molle (2012), cuyo objetivo era analizar las experiencias de los intérpretes trabajando en el ámbito de la psiquiatría forense en el Reino Unido. Gran parte de los participantes del estudio utilizaron estrategias para desvincularse emocionalmente, que se manifestaban al expresar que los problemas o dificultades del paciente no tenían nada que ver con ellos (Molle, 2012). Por lo tanto, podemos afirmar que el estrés emocional que los intérpretes suelen experimentar durante las sesiones en el ámbito de la salud mental es tan alto que deben encontrar la manera de lidiar con estas consecuencias en su salud mental, en estos dos casos a través de la desvinculación emocional. Sin embargo, a pesar de su esfuerzo, en muchas ocasiones es muy difícil para el intérprete desvincularse totalmente. Como indica Aguilar, “interpreters are often told to think of themselves as invisible, almost mechanical vehicles for speech. However, it would be naïve to think that a person could listen to a heart-wrenching personal story, observe the speaker’s emotions, tears, facial expressions, then have to interpret, conveying the message while retaining the emotions expressed, without internalizing or being affected on a personal level” (Aguilar, 2019: 89).

Otro factor importante a tener en cuenta al hablar del impacto emocional es el entorno en el que el intérprete realiza su labor, que pueden ser hospitales, hospitales psiquiátricos, consultas, entornos vinculados a la psiquiatría forense, etc. Un dato bastante revelador que hemos observado es que los cuatro estudios que hemos recopilado en los que el impacto emocional era relevante han coincidido en el hecho de que los intérpretes suelen sentir desorientación y sentimientos de incertidumbre al llegar al entorno de la salud mental. Algunos participantes de estos estudios no sabían a qué situaciones iban a tener que enfrentarse o, en el caso de la atención en psiquiatría forense, si el usuario para el que tenían que interpretar iba a suponer alguna amenaza para su integridad. Esto puede deberse a que los intérpretes sean nuevos en el entorno, y por tanto no estén acostumbrados a este, o a que no reciban suficiente apoyo por parte de las instituciones en cuanto a los conocimientos con los que deben contar antes de asistir lingüísticamente en una consulta. En el caso del estudio de Molle, por ejemplo, gran parte de los intérpretes describieron “the disorientating experience of not knowing to where they are being sent or why. The lack of information provided to them prior to being sent on the job resulted, when presented with the job’s reality, in feelings of fear, unease and apprehension” (Molle, 2012: 52). De cualquier manera, entendemos que estos sentimientos de incertidumbre pueden provocar sentimientos de estrés en el intérprete, que en muchas ocasiones sentirá que no va a ser capaz de realizar su labor adecuadamente debido a esta desorientación, lo que se podría evitar si el intérprete tiene acceso a suficiente información sobre el entorno y situación en la que va a realizar su labor. Como indica Aguilar, “interpreters will feel more comfortable with interpreting in a mental health setting if they understand in what kind of setting they may be called to interpret in” (Aguilar, 2009).

Por lo tanto, existen varios factores dentro de la labor del intérprete en el ámbito de la salud mental que pueden repercutir emocional y psicológicamente en el profesional, como puede ser el hecho de tener que canalizar vivencias traumáticas, como experiencias de violencia y abusos; tener que interpretar hechos dolorosos relacionados con el abandono del país de origen del paciente, o el entorno en el que realizan su labor. En los siguientes puntos se van a presentar una serie de subtemáticas relacionadas con el impacto emocional en el intérprete, que hemos recopilado a partir de nuestra revisión y que consideramos necesario poner de manifiesto.

4.1.1 El trauma vicario y otras consecuencias psicológicas en el intérprete

El trabajo del intérprete en salud mental con pacientes extranjeros que hayan sufrido el trauma o padezcan trastornos, muchas veces derivados de sus experiencias como personas migrantes, refugiadas o solicitantes de asilo, puede repercutir en el estado mental del profesional y causar trastornos como la ansiedad, la depresión o trastornos adaptativos. En este apartado, vamos a destacar el riesgo del intérprete de padecer el trauma vicario, ya que varios de los participantes de los estudios que hemos revisado presentaban síntomas de este padecimiento. Por ejemplo, en el estudio de Kirsty Williams se descubrió que las descripciones que habían hecho los intérpretes participantes en relación a las sesiones en las que les había resultado más difícil realizar su labor “had resonance with the literature on vicarious trauma and compassion fatigue. They suggest that there were aspects of their work that were emotionally deleterious” (Williams, 2004: 93).

El trauma vicario se presenta como un cambio negativo en la salud mental del profesional que haya trabajado con personas que hayan experimentado el trauma y, por lo tanto, haya quedado expuesto a este. Pearlman & Saakvitne definen el trauma vicario como “the transformation in the therapist’s (or other trauma worker’s) inner experience resulting from empathic engagement with clients’ trauma material” (Pearlman & Saakvitne, 1995: 151). Este tipo de trauma aparece como resultado de las actitudes empáticas por parte de los profesionales hacia las personas que hayan vivido experiencias traumáticas. Por lo tanto, el intérprete también está en riesgo de sufrirlo, especialmente en el contexto de la salud mental, donde el intérprete debe escuchar y transmitir las intervenciones de los pacientes sobre experiencias traumáticas y dolorosas.

El intérprete, al querer mostrar empatía hacia el paciente, puede verse muy afectado por las vivencias de este y revivirlas como si fueran las suyas propias. Según Blair y Ramonses, escuchar relatos cargados de violencia, crueldad, explotación y atrocidad; experimentar el miedo, dolor y angustia de otras personas; y la continua exposición a los aspectos más oscuros de la condición humana pueden producir síntomas muy similares a los del estrés postraumático de los pacientes (Blair y Ramonses, en Aguilar, 2019). Esta situación, consecuencia de la empatía, aparecía en varios casos entre los intérpretes participantes de los estudios que hemos recopilado, particularmente en

aquellos que tenían menos experiencia en el ámbito de la salud mental o que aún no habían desarrollado mecanismos de defensa para lidiar con las consecuencias de su labor. Podemos encontrar indicios de este trauma específicamente en algunos de los participantes del estudio de Williams, quien afirmaba que:

The emotional impact of their work permeated their personal lives, to the extent that difficult thoughts and feelings often remained with them after they had finished with clients. This was indicative of the transformation in inner experience that comes about because of empathic engagement with others' traumatic material [...] A recurrent theme was that they found it difficult to get back to being themselves following stressful and emotional sessions with clients. This suggests that encountering traumatic situations had a potentially pervasive and insidious affect on the interpreters' lives.

(Williams, 2004: 96)

Además del trauma vicario, existen otras consecuencias psicológicas del trabajo del intérprete en salud mental presentes en los estudios que hemos analizado, entre ellas el estrés emocional y la ansiedad. Para comprender mejor hasta qué punto el profesional puede verse afectado por su labor en este ámbito de la interpretación sanitaria, debemos destacar las aportaciones de Valero-Garcés, que destaca tres niveles en los que la interpretación en los servicios públicos puede afectar al profesional. Estos son el nivel fisiológico, el cognitivo y el afectivo. En el primero, los signos más apreciables son la fatiga, tensión, opresión en el pecho, cefaleas, etc. Estos pueden ocurrir también junto a problemas del comportamiento como conductas antisociales, consumo de alcohol, insomnio, etc. A nivel cognitivo, los signos más perceptibles son desconcierto, pensamientos intrusivos o recurrentes, falta de concentración, etc. Finalmente, a nivel afectivo las consecuencias más comunes son la irritabilidad, miedo, ansiedad, tristeza, etc. (Valero-Garcés, 2006).

En contraste con el impacto negativo de la labor del intérprete en su salud mental, debemos poner de manifiesto las experiencias positivas de intérpretes que utilizan las situaciones límite a las que deben enfrentarse, que suponen un reto emocional, para crecer como profesionales y que ven el lado beneficioso de la labor que realizan, pese a que en ocasiones esta pueda afectarles negativamente. En algunos de los cuatro estudios revisados que resaltaban la importancia del impacto emocional, como por ejemplo el de Ghallager (2015), se destacaba este uso por parte de los participantes de la experiencia ante situaciones de estrés para seguir desarrollándose como intérpretes. Si con el trauma

vicario hablábamos de un cambio negativo en la salud mental del profesional, podemos pasar a hablar ahora del crecimiento postraumático, que reflejaría un cambio positivo en el profesional, que ha crecido personal y profesionalmente tras lidiar con experiencias dolorosas en su labor. Calhoun y Tedeschi hablaban de *vicarious posttraumatic growth* para referirse a los cambios psicológicos que puede experimentar el individuo tras haberse enfrentado a situaciones traumáticas que han hecho que se cuestione sus esquemas y modos de entender el mundo (Calhoun & Tedeschi, en Roberts, 2015). Por lo tanto, el intérprete puede tener la oportunidad de beneficiarse del reto emocional que supone la realización de su labor y progresar profesionalmente.

Para evitar que los intérpretes que trabajen en salud mental desarrollen el trauma vicario, debemos por último destacar la responsabilidad por parte de las instituciones que requieran los servicios del intérprete de proporcionar, en la medida de lo posible, un espacio seguro en el que este pueda realizar su labor sin que esto tenga consecuencias negativas en su salud mental. Como explican Tribe & Morrisey:

Interpreters may be communicating extremely traumatic material, working in areas of immense deprivation, as well as being involved in decisions that may have life-changing implications. They will require support and supervision of their work, and are as vulnerable to vicarious dramatization and burnout as anyone else. In addition, they may not have received the same training in this regard as many mental health workers. Any organization using interpreters needs to consider seriously their responsibilities towards these staff members.

(Tribe & Morrisey, 2004: 138)

Por lo tanto, según los resultados de los estudios revisados en los que se daba importancia al impacto emocional y teniendo en cuenta otra literatura existente al respecto, podemos afirmar que el trabajo del intérprete sanitario en el ámbito de la salud mental puede afectar al profesional tanto positiva como negativamente. Por un lado, el intérprete podría sufrir el trauma vicario, presentándose este como consecuencia del factor insidioso de las experiencias traumáticas de los pacientes, que pueden impactar emocionalmente al intérprete hasta el punto de sufrir síntomas de estrés post traumático provocados por la exposición del profesional a los relatos dolorosos de los pacientes. Por otro lado, el intérprete podría experimentar el crecimiento postraumático, creciendo como profesional tras superar las situaciones límite que debe en muchas ocasiones enfrentar en las sesiones y apreciando el factor beneficioso de su labor en la mejora de la vida de las personas que padecen problemas de salud mental.

4.1.2 Consecuencias de la labor del intérprete en su día a día

El impacto emocional que puede sufrir el intérprete como consecuencia de su labor en salud mental puede acarrear problemas en el día a día del intérprete. En los cuatro estudios que hemos revisado en los que se daba importancia a los efectos psicológicos en el intérprete, los participantes en muchas ocasiones destacaban que el estrés emocional que padecían les afectaba en su día a día, repercutiendo tanto en su vida personal como profesional. En el estudio de Williams, por ejemplo, la mayoría de los participantes, en este caso intérpretes refugiados, destacaron que en muchas ocasiones sentían que su trabajo no les permitía pasar página, ya que al interpretar para pacientes refugiados revivían sus propias experiencias similares a las de los pacientes a los que asistían lingüísticamente. Esto repercute en el día a día del intérprete, afectándole a nivel personal ya que no es capaz de vivir su vida nueva plenamente y dejar atrás sus vivencias previas a su exilio. Según Williams “it was as though as interpreters they became prisoners of their work, not permitted to move on, by clients or the system whilst they occupied the role” (Williams, 2004: 101). Esta incapacidad para seguir adelante está relacionada con el trauma vicario, explicado en el punto anterior, y coincide con las aportaciones de Blair and Ramoneses (en Aguilar, 2015) expuestas sobre este. Mailee Lor (2012) llevó a cabo un estudio sobre los efectos de la exposición al trauma en los intérpretes en los servicios públicos, en el que la mayoría de los participantes “found that hearing stories that remind them of personal experiences made them not only think of their own experiences, but also “feel more sucked in because it had some personal reference...and was close to home”” (Lor, 2012). Este sentimiento por parte de los intérpretes de sentirse absorbidos o atrapados por las historias de los usuarios de sus servicios les impide llevar una vida normal debido al estrés emocional que esto les provoca. Debemos recordar los tres niveles a los que podía afectar el trabajo del intérprete, expuestos en el punto anterior: el cognitivo, fisiológico y afectivo (Valero-Garces, 2006). Los efectos a estos niveles pueden traducirse en la incapacidad para conciliar el sueño, sentimientos de ansiedad o tristeza, padecimientos físicos como dolores de cabeza, etc., recurrentes en los estudios revisados en los que muchos participantes tenían dificultades para dormir tras una sesión que les había marcado. Estas consecuencias de su labor afectarán al intérprete en el desarrollo de su vida normal. En las transcripciones de las entrevistas del estudio de Kirsty Williams, una de las participantes explicaba. “I couldn't be, umm I couldn't be steady umm let's say, I

want to do that at my home I want to clean but I couldn't finish my job or if I had to write a letter I couldn't concentrate” (Williams, 2004: 96)

A nivel profesional, en los cuatro artículos que hemos recopilado que daban importancia al impacto psicológico los participantes destacaban que el reto emocional al que debían enfrentarse y el estrés producido por los relatos de los pacientes para los que interpretaban en ocasiones repercutían negativamente en la realización de su trabajo. Uno de los relatos de un participante del estudio de Williams que más ejemplificaba este efecto negativo en el entorno profesional era el siguiente:

When he started to talk (...) he started crying and it's a bit difficult for me, even I am crying as well with him because it remind me of the evils that happened to me. He said I was detained and tortured because of this thing. He stopped talking and started crying and immediately, I couldn't do it any more ... and I'm crying as well with him... when he start crying (..) immediately I am as well.

(Williams, 2004: 95)

Este extracto, que relata como el participante comenzó a llorar en medio de una sesión debido a que se sentía identificado con las experiencias traumáticas del paciente, muestra como el impacto emocional puede interponerse en la labor del intérprete, impidiéndole realizar su trabajo y repercutiendo en el desarrollo de la sesión y dificultando por lo tanto la atención al paciente usuario del servicio de salud mental. Además, muchos de los participantes sintieron dificultades para seguir adelante con su trabajo y desarrollaron miedo a interpretar en otras sesiones en salud mental, lo que les devaluaba como profesionales. Como apunta Valero-Garcés, en el entorno profesional del intérprete en los servicios públicos “emotional alterations can produce the psychotherapeutic transference-counter transference phenomenon, anxiety and stress, mistaken perceptions, heart problems as well as the burn-out syndrome (which includes symptoms such as disillusion, lack of motivation, apathy, physical and mental health exhaustion, loss of energy and frustration.) In the workplace, the consequences are: increased absenteeism, a tendency to leave the position and/or organization, a smaller role at work, and a rise in interpersonal conflicts.” (Valero-Garcés, 2005)

Por lo tanto, el trabajo del intérprete sanitario en este ámbito puedes tener efectos muy negativos en su vida personal y profesional, hasta el punto de que este no podrá vivir su día a día con normalidad y encontrará dificultades para realizar su trabajo e incluso

llegará a desear alejarse de su entorno profesional para deshacerse de aquellos factores característicos del contexto de la salud mental que afectan negativamente a su estado psicológico y emocional.

4.1.3 Dificultad de los intérpretes para mantenerse neutrales

Dentro de la interpretación en los servicios públicos médica, una de las bases para la buena praxis de la labor del intérprete se basa en el principio de imparcialidad que, según indican Baouchi, González Morillas y Raga Gimeno, “aparece contemplado prácticamente en todos los códigos deontológicos de ISP” (Baouchi, González Morillas, Raga Gimeno, 2014). Por lo tanto, el intérprete que realice su labor en salud mental debe mantenerse imparcial y no posicionarse a favor de ninguna de las partes (paciente o profesional sanitario). Este deber de mantenerse neutrales ha provocado situaciones de estrés emocional en muchos de los participantes de los estudios revisados, quienes en muchas ocasiones sentían el impulso de ponerse de parte del paciente o sobrepasar los límites profesionales ya que se sentían identificados por sus vivencias. Otros presentaban dilemas entre su “yo personal” y su “yo profesional”, ya que en ocasiones personalmente actuarían de una manera, sobrepasarían los límites, pero profesionalmente no deben hacerlo. Como indica una de las participantes en el estudio de Shakespeare:

There are some clients that I'm seeing on a regular basis, and I mean sometimes I do get worried about them, because I know that, for example, if I were their friend, I could help them, but because I am only working with them as a professional interpreter, I not even give them...I'm not even allowed to give them my telephone number [...] I'm not allowed, I'm not allowed to see them outside work. I'm not allowed to do anything with them. There are still people that I keep in mind, and I think about, yes, but unfortunately there is nothing I can do, or I may lose my job, if you know what I mean.

(Shakespeare, 2012: 144)

El extracto ejemplifica el deseo que puede sentir el intérprete de sobrepasar los límites profesionales, lo que afecta negativamente a su estado emocional ya que provoca una lucha interna en el profesional. Como se indica en Baouchi y otros, Qureshi y otros autores destacaron que las mediadoras interlingüísticas, al no contar con la misma preparación de los profesionales de la salud mental podrían responder al impacto emocional de las sesiones “de una manera poco adecuada, por ejemplo, ofreciendo al

paciente palabras de apoyo o de ánimo que pueden afectar al proceso terapéutico e interferir en la relación entre el paciente y el psiquiatra” (Qureshi et al., en Baouchi et al, 2014). Por lo tanto, el intérprete en el ámbito de la salud mental en muchas ocasiones va a sentirse tentado a ayudar al paciente sobrepasando los límites profesionales debido a las emociones y sentimientos de identificación que puede sentir hacia el paciente.

Para cerrar este punto, debemos poner de manifiesto una de las intervenciones de una de las participantes del estudio de Williams (2004), que muestra la crudeza de algunas situaciones a las que el interprete se debe enfrentar, la fortaleza con la que debe contar para no intervenir en estas situaciones y el desgaste y estrés emocional que esto puede provocar en él:

About three o'clock in the morning they (the nurses) were trying just to umm give him an injection and restrain him. But he was shouting so much and he was kind of, I was nearly well, (..), I was nearly crying because he was just saying, why are you doing this to me, I'm not doing anything to anybody, I'm not hurting anyone and this it was all In Albanian, pleading with me to stop them (.). I felt so bad like I was his persecutor, like I should stop them, umm it was about four o'clock in the morning when we were finished and the nurses obviously were used to that because they were like dealing with every day clients, (.), but for me it was my first time and I kind of just couldn't sleep that night. Umm ... the only person that he could speak to me was me and I was actually listening to him talking when six or seven nurses were trying to hold him down to give him the injection. He was telling me that this was what had happened back home when he was tortured. I felt terrible. Yeah, I guess I felt responsible for just being there and not helping him more, he must have thought me like the devil.

(Williams, 2004: 99)

4.1.4 Mecanismos de defensa: el intérprete debe protegerse

Debido al estrés emocional que el intérprete puede sufrir como resultado de su labor en el ámbito de la salud mental, este debe desarrollar mecanismos de defensa y herramientas que le ayuden a lidiar con este estrés para que este no interfiera ni en su vida personal ni en su vida profesional. Entre los participantes de los estudios recopilados que daban importancia al impacto psicológico en el profesional, muchos trataban de separarse emocionalmente de las sesiones y de las vivencias de los pacientes para protegerse. Sin embargo, esta tarea resultaba muy complicada en la mayoría de los casos, ya que como explicábamos anteriormente, resulta muy difícil contemplar los

relatos traumáticos y dolorosos de personas que están sufriendo y pretender que esto no nos va a afectar emocionalmente. Por lo tanto, el intérprete debe desarrollar herramientas más efectivas para lidiar con el estrés. Algunos de los participantes de los estudios revisados manifestaban que las actividades más efectivas para lidiar con el estrés eran el deporte, la meditación, el desarrollo espiritual, etc. Además, indicaban que era también efectivo intentar prepararse para las sesiones y poder identificar los retos emocionales a los que tendrían que enfrentarse. Esto coincide con las recomendaciones de Aguilar, que apunta que el intérprete debe mantenerse alerta para detectar sentimientos de frustración, miedo, impotencia o depresión que puedan sentir durante su labor y añadía que “they also should practice good mental health habits such as eating a balanced diet, getting enough sleep and exercise, reducing stress via breathing techniques, journaling, and taking up hobbies.” (Aguilar, 2019: 91)

Por otro lado, debemos destacar la importancia de la atención psicológica como herramienta para lidiar con el estrés emocional. Si el intérprete no es capaz de gestionar la situación por sí mismo, es imprescindible que recurra a la ayuda de una profesional de la salud mental para que le ayude a combatir las consecuencias emocionales de su trabajo. Algunos de los participantes de los estudios revisados recurrían a la ayuda de psicólogos o psiquiatras, coincidiendo con los participantes del estudio de Vezzosi sobre impacto emocional en el ISP, quienes recurrían no solo a actividades disfrutables, como ver una película o meditar, sino también a la ayuda de profesionales (psicólogos, terapeutas, psiquiatras, etc.) que puedan guiarles para superar el estrés derivado de su labor (Vezzosi, 2012).

Además, debemos destacar otro mecanismo que utilizaban algunos de los participantes de los estudios recopilados, que consistía en recordarse a sí mismos que la labor que realizaban era muy beneficiosa para otras personas. En el estudio de Williams, por ejemplo, se destacaba “the interpreters' sense of being able to utilize their own pain and experiences in a constructive way to help others” (Williams, 2004: 115). Este reconocimiento de su propia labor provoca en el intérprete sentimientos de satisfacción personal y profesional, lo que palia los efectos negativos de su labor. Esto concuerda con el aspecto positivo de los efectos en la salud mental del intérprete explicados anteriormente, recordando al crecimiento postraumático que hacía que el interprete creciese profesional y personalmente que definían Calhoun & Tedeschi (en Roberts, 2015).

Por consiguiente, resulta evidente que el intérprete que quiera realizar su labor en el ámbito de la salud mental debe ser consciente de las situaciones límite a las que puede que tenga que enfrentarse y del impacto que estas pueden tener en su salud mental. Es imprescindible que estos intérpretes se informen sobre los diferentes mecanismos que pueden utilizar para protegerse de este impacto emocional o para recuperarse en caso de que desarrollen estrés o padecimientos como el trauma vicario a causa de su trabajo, priorizando la búsqueda de ayuda psicológica como principal solución en caso de no poder gestionar la situación. Dadas las situaciones que pueden darse en una consulta de psiquiatría o en otros contextos dentro de la atención en salud mental, parece imposible que el intérprete pueda protegerse plenamente de este impacto, por lo que desarrollar herramientas para lidiar con su labor es esencial. También debemos destacar la importancia de la formación específica en interpretación en salud mental para protegerse de este impacto psicológico del trabajo del intérprete y la responsabilidad de las instituciones de proporcionar espacios seguros en los que el intérprete pueda realizar su labor.

4.2 Factores culturales en la interpretación en salud mental

Otra de las temáticas que hemos recopilado tras leer a texto completo los estudios que hemos seleccionado y sintetizado está relacionada con el impacto de los factores culturales en la labor del intérprete sanitario en el ámbito de la salud mental. Esta temática tenía cierto protagonismo en cinco de los nueve estudios recopilados en nuestra revisión, cobrando quizás más importancia en la tesis de Kirsty Williams (2004) en la que se estudiaban las experiencias de intérpretes refugiados trabajando para pacientes refugiados y en la de Krisztina Zimányi (2009) que se centraba en el estudio de la importancia de las narrativas en la interpretación en salud mental. En cualquier caso, en todos estos estudios se destacaba el papel de la cultura dentro del entorno de la salud mental y la manera en que afectaba a la realización de la función del intérprete.

La cultura tiene una gran influencia en nuestro entendimiento de la salud mental. Así, dependiendo de la cultura o país de origen de la persona, se van a tener unas u otras ideas y percepciones sobre el concepto de salud mental. Como indican Beiruti y Huizing, “la idea de salud/enfermedad mental es culturalmente delimitada, y refleja a la sociedad y su idea de lo normal/anormal, idea que está en estrecha relación con el contexto sociocultural y que cambia de una cultura a otra, aunque también en la misma

cultura, según el momento histórico de su evolución” (Beirut y Huzing, 2019: 297). Por lo tanto, el concepto de salud mental y el grado de estigmatización de esta por parte de la sociedad varía según el contexto, cultura y lugar de procedencia. Los problemas relacionados con la salud mental son universales, pero estos se manifiestan de manera diferente dependiendo de la persona y de la cultura (Aguilar, 2009). Así, entendemos que la función principal del intérprete sanitario en lo que respecta a la cultura consiste en derribar las barreras culturales entre profesional y paciente y establecer vías de entendimiento en este sentido entre ambos para que la comunicación sea eficiente y puedan realizarse diagnósticos adecuados. Como indican Baouchi y otros, el intérprete sanitario “contribuye de forma positiva a una mayor comprensión mutua de la concepción de la enfermedad mental en las culturas implicadas” (Baouchi et al., 2014: 232).

A continuación, dada la relevancia del factor cultural en los artículos recopilados, se va a dividir este apartado en dos puntos dedicados a dos subtemáticas encontradas en los estudios recopilados y que consideramos imprescindible destacar. En el primero, se va a analizar la relación entre cultura y concepto de salud mental por parte del paciente y del profesional sanitario. En el segundo, se va a analizar el impacto de la cultura en la realización de diagnósticos y la función del intérprete en este proceso.

4.2.1 Cultura, entendimiento y salud mental

Uno de los retos a los que se han tenido que enfrentar muchos de los participantes intérpretes de los estudios recopilados se basa en el hecho de que los usuarios para los que interpretaban en muchas ocasiones no poseían conocimientos sobre salud mental occidental. Por ejemplo, algunos de los participantes del estudio de Williams relataban que en muchas ocasiones debían explicar conceptos occidentales relacionados con la salud mental inexistentes en los países de origen de algunos de los pacientes para los que interpretaban. Como indica Williams, “words or concepts relating to mental health often did not have the same meaning or resonance in their own language, whereas some did not even exist. [...] The absence of cultural synonyms meant that the interpreters needed to find explanations that would have meaning for their clients” (Williams, 2004: 83). Además, algunos de los participantes de este estudio relataron que los pacientes para los que interpretaban atribuían sus padecimientos a problemas de salud fisiológicos, no mentales. Estos no conocían la visión occidental de que el cuerpo y la

mente están conectados y de que los dolores físicos pueden ser consecuencia de un trastorno o enfermedad mental. Esto se debe a que “los factores sociales y culturales afectan de manera determinante a la concepción de la salud mental, de las relaciones entre mente, cuerpo y entorno físico, social y espiritual” (Baouchi et al., 2014: 234). Por lo tanto, el intérprete debe desarrollar estrategias para explicar al paciente los conceptos e ideas que representen la visión del país en el que ahora reside para que pueda acceder al sistema y recibir una atención de calidad. Por lo general, la opción que resulta más eficiente en estos casos consiste en adoptar un rol activo (siempre dentro de los límites establecidos por el principio de imparcialidad) en las sesiones, para poder intervenir en aquellos momentos que sea necesario y hacer aclaraciones sobre estas cuestiones culturales. Esto, según Tribe & Morrissey, implicaría que el profesional adopte el modelo interpretativo al que nos referimos como *cultural broker/bicultural worker*, que se basaría en interpretar no solo lo que se exprese oralmente en la sesión sino también aquellas variables culturales y contextuales relevantes (Tribe & Morrissey, 2004).

De la misma manera que el intérprete debe acercar al paciente a la cultura y lenguaje de la institución a la que debe acceder, este debe también acercar al profesional sanitario a la cultura del paciente. En muchas ocasiones el profesional sanitario no va a conocer las particularidades de la cultura y contexto del paciente que puedan afectar al desarrollo de la sesión, como las expuestas por algunos de los participantes del estudio de Krisztina Zimányi, entre las que se encontraban diferencias en la manera de los pacientes de contar sus historias según su lugar de procedencia, los temas que las personas procedentes de algunas culturas procuraban evitar ya que los consideraban tabú o la reticencia por parte de otras culturas a mostrar sus emociones (Zimányi, 2009). Todos estos factores, particularmente el relacionado con la expresión de las emociones por parte del paciente, son muy importantes en el contexto de la salud mental en el que resulta esencial que los pacientes compartan sus vivencias para que el profesional pueda tratarlos. Por esta razón es tan importante que el intérprete tenga un papel activo en las sesiones para derribar las barreras culturales. En el estudio realizado por Echaury Galván, la mayoría de los intérpretes y profesionales sanitarios coincidían en la necesidad del papel activo del intérprete y el autor afirmaba que la labor del intérprete resulta “essential to enable an appropriate information exchange and create a cooperative conversational environment for which awareness on cultural matters is crucial (Eley et al. 2006). [...] By letting interpreters be an active part of the

conversation, we allow them to perform a linguistically and culturally adequate interpretation, using the most appropriate form and words to convey the message (Mudarikiri 2003), improving information exchange and, consequently, adjusting the interaction to quality and relation maxims by rendering the content interactants really intend to transmit.” (Echauri Galván, 2014: 480) Esto coincide con las aportaciones de Aguilar, quien afirma que el objetivo principal del intérprete debería consistir en educar a los profesionales sanitarios en la medida de la posible en relación a “frequently encountered cultural symptoms and descriptions, so as to foster trust building between the client and professional” (Aguilar, 2019: 36). Por otro lado, en los estudios recopilados se animaba también al profesional sanitario a formarse culturalmente en cuanto al contexto de los pacientes a los que iba a atender. Sin embargo, parte de la literatura al respecto no termina de coincidir con esto. Así, Baouchi y otros afirmaban que muchos autores:

Insisten en que no es necesario que los psiquiatras tengan un conocimiento exhaustivo de las características culturales de los pacientes con los que van a tratar, sino más bien una cierta competencia cultural que les permita estar alerta acerca de los aspectos culturales más significativos que pueden afectar en general a la concepción de la salud mental y que les permita establecer las preguntas pertinentes (o establecer un proceso de escucha activa) para evaluar el peso de estos aspectos culturales, sin obviarlos pero sin caer en estereotipos.

(Baouchi et al., 2014: 236)

Por lo tanto, según los resultados de los estudios recopilados en los que se remarcaba la importancia de la cultura en la atención a pacientes extranjeros en salud mental y otra literatura existente al respecto, una de las funciones que debe realizar el intérprete en el ámbito de la salud mental es la de establecer vías de entendimiento cultural entre el profesional sanitario y el paciente, para facilitar la comunicación entre ambos y que los factores extralingüísticos, en este caso los culturales, no afecten al desarrollo de las sesiones ni repercutan negativamente en la calidad de la atención al paciente.

4.2.2 Impacto del factor cultural en los diagnósticos

La concepción y expresión de la salud mental cambian según la cultura, costumbres, contexto y lugar de origen del sujeto. De esta manera, como explicábamos anteriormente, el lenguaje sobre salud mental está muy influenciado por estos factores ya que los trastornos mentales surgen, o más bien, se comprenden de manera diferente

dependiendo del lugar del que provenga el individuo. Como explican Beiruti y Huizing, “en todas las culturas aparecen enfermedades y trastornos mentales, pero su formato y expresión varían por la influencia de las creencias culturales, en el sentido de que todos los trastornos mentales se forman, de alguna medida, por los factores culturales” (Beiruti y Huizing, 2019: 296). En los estudios que hemos recopilado en los que se daba importancia al factor cultural en cuanto a su influencia en la salud mental, se destacaba que estos factores pueden ser determinantes en la realización del diagnóstico del paciente y el plan de tratamiento que determine el profesional sanitario. En el estudio de Colm Galagher, algunas participantes destacaban que conocer el lugar de donde proviene el paciente ayudaba a entender sus experiencias, dando mucha importancia a las referencias culturales o formas de expresarse que influían en el significado de sus intervenciones (Galagher, 2015). Por lo tanto, el intérprete es esencial para transmitir el significado de estas peculiaridades culturales para que el diagnóstico por parte del profesional no se vea sesgado por un mal entendimiento de un factor cultural. Para entender mejor la importancia de la manera en que el sujeto expresa su estado emocional dependiendo de su contexto cultural, debemos destacar las contribuciones de Aguilar, que se refería a estas diferencias en el lenguaje en salud mental a través de los “idioms of distress” que, en sus palabras se definen como “the ways in which members of socio-cultural groups convey affliction” (Aguilar, 2019: 35). Por consiguiente, el intérprete que se forma en cuanto a las manifestaciones culturales y descripciones de las enfermedades mentales se va a convertir en un recurso esencial para el profesional sanitario para ayudarlo a identificar y entender estas expresiones culturales y determinar si los síntomas del paciente se ven influenciados por su contexto cultural y normas de comportamiento aceptable (Aguilar, 2019). Este entendimiento de los factores culturales en cuanto a la expresión de las emociones va a repercutir positivamente en la realización de diagnósticos exactos.

Para lograr un mayor entendimiento sobre la importancia del papel del intérprete en cuanto a la identificación de factores culturales relacionados con la expresión de sufrimiento emocional que puedan repercutir en el diagnóstico elaborado por el profesional, consideramos esencial destacar un caso relatado en uno de los estudios que hemos revisado llevado a cabo por Gerard Drennan y Leslie Swartz, que centraban su estudio en un hospital psiquiátrico en Sudáfrica. En el caso se atendía a un paciente africano de 25 años que hablaba Xhosa (una de las once lenguas oficiales en Sudáfrica),

que fumaba cannabis y había afirmado que la televisión le hablaba. El intérprete participante en la sesión no hablaba esta lengua al nivel necesario, por lo que el paciente intentaba expresarse en inglés y en afrikaans. El paciente se expresaba de manera poco coherente y se destacaba que en muchas ocasiones se había referido al profesional sanitario como “mother amongst women” y había utilizado expresiones típicas en Afrikaans referidas a la masculinidad normativa en Sudáfrica. También afirmaba que personas de su entorno pensaban que estaba embrujado. Finalmente, se diagnosticó que el paciente sufría esquizofrenia y se elaboró un plan de tratamiento para este trastorno. El autor del estudio apunta a que cabe la posibilidad de que no se hayan tenido todos los factores culturales en cuenta y que se haya realizado un diagnóstico erróneo. Que el paciente se dirigiese al profesional sanitario como “madre”, podría entenderse como una manera por parte del paciente de resaltar el papel femenino culturalmente asociado a los cuidados que este encuentra en el profesional. Las expresiones referidas a la masculinidad normativa también podrían tener significados culturales más profundos. El autor sospecha que es posible que el paciente hubiese sufrido un episodio maniaco provocado por una posible depresión atribuida a problemas de identidad relacionados con el género y la masculinidad, el desempleo y la falta de habilidades sociales del paciente. El autor no pretende negar que el paciente padeciese esquizofrenia, pero destaca que no se han tenido en cuenta todos los factores y que se han reducido las posibilidades de diagnóstico y tratamientos alternativos (Drennan & Swartz, 2002: 1859). En el caso mostrado, los factores principales que pueden afectar al diagnóstico del paciente son la falta de nivel suficiente por parte del intérprete en el idioma del paciente y la falta de atención a los factores socio-culturales por parte tanto del profesional sanitario como del intérprete. Esto evidencia la importancia del intérprete culturalmente y lingüísticamente formado en la atención a pacientes en salud mental.

Teniendo en cuenta las maneras de expresar estrés emocional dependiendo de la cultura, que han quedado ejemplificadas en el caso relatado en el párrafo anterior, debemos también destacar la existencia de trastornos mentales o maneras de entender el estrés psicológico que solo se dan en determinadas culturas o países. Algunos de los participantes de los estudios recopilados en los que se daba importancia a los factores culturales en salud mental destacaban que en muchas ocasiones los pacientes para los que interpretaban afirmaban que estaban embrujados o que su sufrimiento se debía una entidad espiritual que quería dañarles. La base de estas afirmaciones está relacionada

con el *culture-bound syndrome* o síndrome cultural, que Belsiyal y Sesirekha definen como una “combination of psychiatric and somatic symptoms which are prevalent only within a specific society or culture” (Belsiyal & Sesirekha, 2017: 256). Además, estos síndromes culturales, según Aina y Morakinyo “are informed by native cultural assumptions, sorcery, break of taboo, intrusion of a disease object, intrusion of a disease-causing spirit” (Aina y Morakinyo, 2011: 279). Los mismos autores destacaban la existencia de trastornos como el Koro, que solo presenta casos en China, que consiste en la percepción de que un órgano como el pene, la vulva o la lengua se están retrayendo y que terminaran creciendo hacia dentro del cuerpo del sujeto, pudiendo provocarle la muerte. De la misma manera, destacan la existencia del Ode Ori, procedente de Nigeria, que consiste en el estrés emocional provocado por la sensación del paciente de que un organismo, normalmente un insecto, está arrastrándose bajo su piel, sumado a dolores de cabeza y palpitaciones (Aina & Morakinyo, 2017). Estos trastornos existentes únicamente en algunas culturas y la atribución de los padecimientos mentales a supersticiones o creencias en entes espirituales, que aparecían en algunos de los estudios que hemos revisado, pueden atribuirse por parte del profesional sanitario a trastornos del pensamiento o trastornos psicóticos como la esquizofrenia si este no tiene en cuenta el peso cultural del contexto del paciente en su padecimiento. Esto pone en gran riesgo al paciente, que podría estar siguiendo tratamientos que no sean aptos para su padecimiento y que puedan desembocar en el agravamiento de su condición mental. De hecho, Baouchi y otros destacan que:

Autores como Collazos, Qureshi y Casas (2007:212) señalan que los pacientes procedentes de culturas no occidentales presentan el doble de diagnósticos de esquizofrenia [...] que los pacientes occidentales, reciben más fármacos antipsicóticos, y son hospitalizados más habitualmente de forma involuntaria. Estas mismas fuentes apuntan que en muchos casos puede tratarse de diagnósticos erróneos, motivados por una mala interpretación cultural de determinados síntomas.

(Baouchi et al., 2014)

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados de los estudios revisados en cuanto a la importancia de la cultura y las evidencias aportadas en otra literatura existente, podemos afirmar que la labor del intérprete es imprescindible en el ámbito de la atención en salud mental para la buena realización de diagnósticos por parte del profesional sanitario, quien no será consciente en muchas ocasiones de la influencia de factores culturales como las creencias, costumbres, supersticiones o síndromes culturales.

4.3 Interpretación con pacientes refugiados y solicitantes de asilo en salud mental

Otra de las temáticas que hemos extraído tras la lectura y síntesis de los artículos recopilados en nuestra revisión está relacionada con la interpretación para pacientes refugiados y solicitantes de asilo en el ámbito de la salud mental. Esta se mencionaba en algunos de los estudios seleccionados, pero solo cobraba especial importancia en uno de ellos. Este es la tesis de Kirsty Williams, que centraba su estudio en las vivencias de intérpretes refugiados que contaban con experiencia en interpretación para pacientes refugiados. Aunque esta temática solo ha tenido protagonismo en este estudio, consideramos que es imprescindible dedicarle espacio en nuestro análisis, debido a la situación actual en la que vivimos en la que muchísimas personas se ven obligadas a abandonar sus lugares de origen para escapar de la guerra o del conflicto. Como se indica en la página web de la ONU, 70,8 millones de personas han tenido que abandonar sus hogares, de las cuales casi 30 millones eran personas refugiadas o solicitantes de asilo. Por esta razón, hemos decidido dar importancia al estudio de Kirsty Williams, dada la necesidad por parte de muchas de estas personas de utilizar los servicios del intérprete para poder acceder a las diferentes instituciones en sus países de acogida, en este caso en las instituciones dedicadas a la salud mental.

Las personas refugiadas, al verse forzadas a abandonar sus países a causa de los conflictos y a escapar a otros países con cultura, lengua y costumbres diferentes, están en riesgo de sufrir problemas de salud mental. Según la web oficial de la Comisión Española de Ayuda al refugiado, los problemas de adaptación en el país de acogida relacionados con las dificultades sociales, jurídicas y de acceso a las instituciones, suponen un factor agravante para la situación psicológica afectada por las situaciones traumáticas que han vivido en sus países de origen y durante su desplazamiento hacia los países de asilo. Entre los padecimientos más comunes entre las personas refugiadas se encuentran la angustia, la ansiedad, la aparición de pesadillas recurrentes, sentimientos de desesperanza y apatía o síntomas somáticos como dolores de cabeza, y en los casos más graves pueden darse trastornos como la esquizofrenia. En su tesis, Williams (2004) destacaba que los participantes de su estudio, que eran intérpretes refugiados, afirmaban que las personas refugiadas tienen un riesgo mayor de padecer estrés emocional o trastornos mentales que otros migrantes debido a que habían dejado sus países de manera forzosa, no planeada. También destacaban el hecho de que muchos

de los pacientes habían dejado atrás a sus familias y amigos, o incluso los habían perdido para siempre ya que habían fallecido. Estas afirmaciones coinciden con las aportaciones de Díaz López, quien afirmaba que:

Hay una pérdida, generalmente brusca, de todo lo que definía la vida de la persona. Mientras que el inmigrante renuncia a parte de su historia personal buscando nuevos horizontes – y por tanto, puede tener más factores atenuantes de las pérdidas – ser refugiado, es ante todo, asumir una serie de pérdidas bruscas no deseadas. [...]En el caso de los refugiados, la fuente de estrés es mucho más intensa al poder verse puesta en peligro la vida de la propia persona o de sus allegados. Suele existir una historia personal de ansiedad, rumores, amenazas o situaciones traumáticas directas, que son las que provocan el desplazamiento. Estamos por tanto ante personas que pueden ser más vulnerables a nuevos estresores.

(Díaz López, 2003: 145)

Las personas refugiadas, debido a su condición, tienen pleno derecho a acceder a una atención en salud mental de calidad, por lo que se hace imprescindible la labor del intérprete para ayudarlas a derribar las barreras como la lengua, la cultura, o los sistemas del país de asilo, que puedan interponerse en el camino de la persona refugiada hacia la mejora de su estado psicológico. Por esta razón, a continuación se va a dividir esta apartado en dos puntos dedicados a dos subtemáticas recopiladas a partir de los resultados del estudio de Williams. El primer punto se dedicará al análisis de las funciones principales del intérprete en su trabajo con pacientes refugiados en salud mental. En segundo se dedicará a analizar las experiencias relatadas por los participantes sobre su condición de refugiados y como esta les ha afectado en la realización de su labor. Al igual que en los apartados anteriores, se utilizará otra literatura existente en relación a la atención a pacientes refugiados en salud mental para comprobar la validez de los resultados del estudio.

4.3.1 La labor del intérprete en atención a pacientes refugiados en salud mental

En este punto se van a analizar las funciones principales del intérprete sanitario características de la atención a pacientes refugiados, a partir del estudio que hemos recopilado en nuestra revisión en el que se daba importancia a este ámbito y otra literatura existente sobre interpretación en salud mental y apoyo psicosocial a personas refugiadas y solicitantes de asilo.

Según los resultados del estudio de Kirsty Williams, una de las funciones más importantes del profesional como intérprete en el contexto de la atención a pacientes refugiados, más allá de la función lingüística, consiste en establecer puentes entre la persona refugiada, que ha tenido que exiliarse a un país con costumbres e instituciones extrañas para ella, y el profesional sanitario y el sistema del que el paciente requiere los servicios de salud mental. Los participantes del estudio coincidían en que “their job required them to ‘bridge the gap’ between culturally diverse refugee clients and Western mental health professionals by facilitating effective communication within the confines of a system where the dominant model was ‘one size fits all’” (Williams, 2004: 76). Para facilitar el entendimiento entre las dos partes, el intérprete debe realizar una labor de mediación “en tanto en cuanto hace de puente entre culturas y lenguas distintas y, al mismo tiempo, contribuye a crear un entorno de respeto mutuo y de cercanía humana” (Gualda et al., 2019: XXIII). El factor más importante para la mayoría de los participantes del estudio era, en principio, establecer una relación de confianza con el paciente, quien al llegar a un sistema que desconoce desconfía de los profesionales que lo integran y también, en muchos casos, del propio intérprete. Para conseguir esta confianza necesaria para que el intérprete pueda acceder a la atención que requiere, los participantes, que además eran refugiados y habían pasado por situaciones parecidas, “chose to share their personal histories with clients. This was affirming for clients because as a fellow refugee the interpreter was someone whom clients felt could empathize with their experiences” (Williams, 2004: 77). A través de sus propias historias, los intérpretes entrevistados además ayudaban a los pacientes a normalizar su situación y entender que el estrés emocional que estaban sufriendo era normal y que podían confiar en los profesionales sanitarios. Esto concuerda con lo establecido en la guía para Salud Mental y Apoyo Psicosocial para Refugiados, Solicitantes de asilo e Inmigrantes desplazándose en Europa, creada en colaboración de ACNUR (Agencia de la ONU para los Refugiados) con otras ONG, en la que se afirma que los profesionales que trabajen en el contexto de la salud mental con personas refugiadas deberían ayudarles a “comprender sentimientos a veces abrumadores que surgen naturalmente de los diversos factores de estrés que enfrentan. Por ejemplo, algunos pueden experimentar cambios en el sueño y en hábitos alimentarios, entrar rápidamente en llanto o irritarse fácilmente. Puede ser útil ayudar tranquilizar a las personas acerca de la normalidad de muchas de estas reacciones y proporcionarles formas sencillas de enfrentar la angustia y los sentimientos negativos” (ACNUR et al, 2015: 5). No obstante, otros de los

participantes del estudio de Williams afirmaban que acercarse de esta manera al paciente y compartir experiencias personales con él podría suponer sobrepasar los límites profesionales y faltar al principio de imparcialidad, por lo que habría que tener precaución para mantenerse dentro de los márgenes permitidos por su labor como mediadoras.

Uno de los posibles problemas que las personas refugiadas se ven obligadas a enfrentar es la exclusión social. Según Hassan Handi, intérprete y traductor en el contexto del apoyo a refugiados y solicitantes de asilo, “la ignorancia, el desinterés y el miedo juegan un papel determinante como componentes principales en la formación del sustrato y del andamiaje sobre el cual se edifican y levantan las distintas barreras y obstáculos que dificultan la integración y la inclusión” (Handi, 2010). Los intérpretes entrevistados en el estudio destacaron que muchos de los pacientes sufrían riesgo de exclusión social, lo que podría empeorar su estado psicológico, ya que era complicado para ellos acceder a un sistema nuevo que desconocían y en el cual desconfiaban debido también a los abusos que habían podido sufrir por parte de los sistemas de sus lugares de origen. En estos momentos, los participantes intentaban acercar al paciente al profesional sanitario, indicándole que podían confiar en él y dejarse ayudar, dado que su papel principal en el proceso es asegurar que el profesional sanitario pueda paliar su sufrimiento emocional. Una de las participantes afirmaba:

I learn to really let the client benefit of the professional [] Sometime I'd say some more positive things about the G. P toward the patient to feel they are not alone, they are not just left by themselves that somebody wants to take care of them [] try to build a therapeutic relationship between my clients and the professional.

(Williams, 2004: 79)

Otro factor importante en el riesgo de exclusión social es el desconocimiento de otras de las instituciones más allá de las sanitarias. Por ejemplo, uno de los participantes relataba que uno de los pacientes había expresado que estaba sufriendo violencia por parte de algún miembro de la comunidad en la que ahora vivía y no sabía a quién podía acudir. Ante esta situación, el intérprete daba información al paciente sobre las instituciones pertinentes a las que podía acceder y le proporcionaba información sobre grupos de apoyo. Esto vuelve a coincidir con una de las pautas proporcionadas en la guía diseñada

por ACNUR y otras organizaciones, en la que se afirmaba que “una fuente importante de estrés para las personas en situación migratoria es la falta de información. Proveer información actualizada y objetiva acerca de dónde y cómo se puede obtener ayuda, puede reducir en gran medida el estrés en un contexto de cambio constante” (ACNUR et al., 2015: 5).

Otros de los factores que conforman la labor del intérprete en este ámbito son el acercamiento cultural del paciente y del profesional sanitario, y el factor lingüístico. Sin embargo, estos no son específicos de la atención a pacientes refugiados y por lo tanto ya se han expuesto o se expondrán en otros apartados del trabajo. No obstante, una función que consideramos que debemos poner de manifiesto es la labor humanitaria que realiza el intérprete sanitario en la atención a pacientes refugiados. Muchos de los participantes se sentían realizados con esta tarea, pero otros sentían la obligación de realizar su labor ya que de no hacerlo, sospechaban que nadie más lo haría. Si no fuera por su creencia en que los usuarios para los que interpretan quedarían indefensos, quizás preferirían dedicarse a otras labores. Los intérpretes refugiados actúan al igual que muchos intérpretes voluntarios, quienes según Blake “do not want to interpret in mental health situations but feel that they have no option” (Blake, 2003: 22). Este sentimiento lo ejemplifica una de las intervenciones de una de las participantes:

I mean if, if the world wasn't like that yeah, if people didn't need help then I wouldn't have done it yeah, I would have done something else (...) but I don't think that there are enough people to do such a work

(Williams, 2004: 105)

4.3.2 El intérprete refugiado

Una de las particularidades del estudio de Williams y una de las razones por las que hemos decidido darle importancia dentro del análisis es que su población eran intérpretes refugiados que interpretaban para pacientes refugiados. Para la autora, su estudio supone el primer relato empírico sobre las experiencias de intérpretes refugiados (Williams, 2004), y actualmente sigue siendo uno de los pocos estudios al alcance del investigador que dejen testimonio empírico sobre las vivencias de intérpretes refugiados. Por esta razón, resulta complicado encontrar otros estudios similares al

respecto con los que poder comparar sus resultados. No obstante, incluso aunque el análisis fenomenológico interpretativo pudiese suponer que los resultados únicamente representan a los intérpretes entrevistados, consideramos que el estudio aporta descubrimientos importantes en cuanto a los intérpretes refugiados.

Los participantes del estudio han destacado que debido a su condición como refugiados han tenido que enfrentarse a diversos retos. El reto emocional es probablemente al que más importancia han dado los participantes, ya que estos en muchas ocasiones se veían reflejados en los pacientes ya que compartían la experiencia común del exilio. En muchas ocasiones, los intérpretes debían esforzarse en recordarse a sí mismos que ya estaban a salvo en el país que les había acogido (Williams, 2004), viéndose demasiado afectados por las sesiones. Esto concuerda con las cuestiones discutidas en el apartado 4.1 sobre impacto emocional, en concreto sobre el concepto del trauma vicario definido por Pearlman y Saakvitne (1995). Estos además debían enfrentarse a dilemas con respecto a su pasado y a su vida nueva, a veces sintiéndose en un limbo entre ambas culturas, sin terminar de sentirse a salvo en ninguna de las dos o sintiendo que no pertenecen a una de las dos. Como indica Baixauli Olmos, en muchas ocasiones los intérpretes “suelen haber pasado por un proceso migratorio y de enculturación en la sociedad de acogida que suele provocar que se identifiquen como culturalmente híbridas, con las afinidades que esto puede generar, y la tendencia natural a la “alineación” con una de las partes que de ello se puede derivar” (Baixauli Olmos, 2015: 15). Por lo tanto, destacamos el reto emocional al que el intérprete refugiado debe enfrentarse a la hora de realizar su labor en el apoyo a refugiados en salud mental.

Por otro lado, sus experiencias previas como refugiados les ayudaron a desarrollar un mejor entendimiento con el paciente, ya que estos habían tenido que afrontar los mismos retos al llegar al país de asilo y habían tenido que enfrentarse al mismo sistema desconocido para ellos. Esto además ha tenido efectos positivos en el intérprete, que había encontrado una manera de utilizar su propio sufrimiento para ayudar a otros que estaban pasando por lo mismo. Esto de nuevo concuerda con lo explicado en el apartado 4.1 sobre crecimiento postraumático. Así, entendemos que el intérprete refugiado va en muchas ocasiones a utilizar su propia experiencia para contribuir de alguna manera en la sociedad en la que ahora reside y así sentirse realizado. Además, el interprete puede establecer contacto con su comunidad a través de los pacientes para los que interprete,

lo que puede ser satisfactorio ya que en el nuevo país en el que reside anhela a aquellos que dejó atrás en su país de origen.

Por lo tanto, debemos destacar el gran reto que supone para el refugiado realizar la labor de intérprete, tanto a nivel emocional como profesional, pudiendo tener tanto un impacto negativo como positivo en su día a día. Debemos así también poner en valor la gran labor que realizan estos intérpretes para lograr la integración y evitar la exclusión social de aquellos pacientes que, como ellos, tienen la condición de refugiados.

4.4 Importancia de la formación del intérprete

Otra de las temáticas que hemos extraído tras la lectura y síntesis de los estudios seleccionados para nuestra revisión tiene que ver con la importancia de la formación del intérprete en el ámbito de la salud mental. Esta temática aparecía en cinco de los estudios recopilados, pero cobraba particular importancia en el artículo de Krisztina Zimányi (2009) cuyo objeto de estudio era el análisis de la formación recibida por intérpretes que trabajasen en salud mental en Irlanda. No obstante, la importancia de la formación se destacaba en mayor o menor medida en los cinco artículos.

La formación en cuanto a técnicas de interpretación, códigos deontológicos y otros conocimientos necesarios para la buena praxis por parte del profesional es imprescindible en todos los ámbitos de la ISP médica. En algunos de los estudios recopilados parte de los participantes mostraban no haber recibido formación básica en interpretación sanitaria, ya que carecían de algunos de los requisitos esenciales para realizar su labor eficientemente. En el estudio de Dekker y Ginsburg (2009), por ejemplo, el intérprete había cometido errores entre los que se encontraban la omisión, adición, simplificación o aclaraciones llevadas a cabo de manera poco eficiente (Dekker & Ginsburg, 2009). Esto hace sospechar sobre la formación previa del intérprete, cuyos errores afectaron al desarrollo de la sesión, por lo que debemos destacar que “un servicio multilingüe y multicultural en el ámbito sanitario necesita de intérpretes profesionales, que hayan seguido una formación específica en salud mental” (Burdeus Domingo, 2010: 18). Otro error se daba en algunos de los intérpretes del estudio de Kristztina Zimányi, que carecían de conocimientos sobre técnicas básicas de

interpretación como, por ejemplo, la toma de notas o la interpretación simultánea (Zimányi, 2009).

Por otro lado, uno de los problemas que presentaban algunos de los participantes de los estudios con menos formación previa estaba relacionado con los códigos deontológicos. Algunos de los participantes del estudio de Williams en muchas ocasiones se acercaban al paciente para ofrecerle ayuda en cuestiones personales, lo que otros participantes “construed this as overstepping `professional' boundaries” (Williams, 2004: 77). Esto se achacaba a la falta de formación previa a su trabajo como intérpretes en salud mental, que podía además afectar al desarrollo de las sesiones con el profesional sanitario. Según Tribe y Morrisey, “interpreters who have not undergone training or have no contract might believe that they are being helpful by meeting the client outside the session, while mental health workers may view this prejudicial to the therapeutic process” (Tribe & Morrisey, 2004: 132). Por lo tanto, debemos destacar que es imprescindible que el intérprete que quiera realizar su labor en el ámbito de la salud mental cuente con conocimientos que son básicos dentro del área de la ISP médica relacionados con las técnicas de interpretación o los códigos éticos y deontológicos entre los que se encuentran reglas básicas como “protection of confidentiality, not accepting any assignment for which the interpreter is not competent, not giving advice nor opinions, accuracy with no additions or deletions, impartiality, integrity respect, profesional development” (Aguilar, 2019: 47).

Uno de los puntos positivos que hemos encontrado en algunos de los estudios en cuanto a la formación básica del profesional está relacionado con el conocimiento por parte de algunos de los participantes sobre la necesidad de formación continua a lo largo de la carrera profesional del intérprete. En el estudio de Zimányi, uno de los participantes destacaba este factor en la siguiente intervención:

Ehm... I really think that training should be ongoing. In every job. And just because you had training before, even if it was a thorough one, it doesn't meant that you... that you're not gonna be training again. Because you should really update it. And methods change. And you might forget something. Policies change. So I really believe that training should be ongoing. And that it should be paid for. By your employer, or by the service provider.

(Zimányi, 2009: 6)

Esto coincide con las aportaciones de Navarra, quien afirma que “la interpretación sanitaria es una actividad compleja, para la que se requieren conocimientos especializados y formación continua” (Navarra, 2014: 14) y con las de Andolfi y Cavalieri, que afirmaban con respecto a la mediación interlingüística en psicoterapia que “el trabajo requiere una formación que se desarrolla con el tiempo, la experiencia y el conocimiento por parte del mediador cultural de algunos elementos básicos de la psicoterapia” (Andolfi y Cavalieri, 2019: 391). Así, evidenciamos que la tarea del intérprete tanto en el ámbito de la salud mental como en otras áreas de la ISP médica consiste también en continuar formándose durante todo el tiempo que esté en activo realizando su labor.

Tras haber analizado algunos de los requisitos básicos del intérprete recopilados a partir de los estudios revisados, se va a dividir este apartado en dos puntos dedicados a dos subtemáticas. El primero se va a dedicar a la formación específica para la atención en salud mental; el siguiente se va a dedicar al impacto del uso de personal no cualificado en los diagnósticos realizados por el profesional sanitario de la salud mental.

4.4.1 Formación específica en interpretación en salud mental

Uno de los factores más importantes para la buena realización de la labor del intérprete en el ámbito de la salud mental es que este tenga acceso a preparación específica para este ámbito. Esta área de la ISP médica exige que el intérprete cuente con una serie de requisitos para que su trabajo tenga buenos resultados, tanto en lo que se refiere al desarrollo de las sesiones como a los diagnósticos de los pacientes. En los estudios que hemos revisado en los que se daba importancia a la formación del profesional se destacaban una serie de retos que el intérprete debía superar, para lo cual debía recibir formación específica en interpretación en salud mental.

Uno de estos retos consiste en adquirir conocimientos sobre vocabulario específico en el área de la salud mental. El intérprete debe saber el tipo de terminología con la que va a tener que trabajar para poder realizar su labor satisfactoriamente y que el paciente pueda acceder a una atención de calidad. Una de las participantes del estudio de Zimányi destacaba la importancia de la formación en cuanto a vocabulario y terminología sobre

salud mental en la lengua origen y en la lengua meta. Sobre esto la participante afirmaba:

And then training. So first of all... vocabulary. So you'd have to learn a lot about... emotions, different shades of... expressing emotions. For example... what is... rage... as opposed to... as opposed to fear. What is being upset as opposed to be anxious or nervous. All the different shades. Otherwise you just translate very general [sic]. Like, I felt bad, or something. Kind of generalistic. And that's not good. 'Cause you have to be precise. Ehm... So you have to... know... You have to have this vocabulary in both languages. In the source and target language. Then, second... you have to know some medical vocabulary. Some specialist vocabulary. Like you have to know what is... 'ju', just different things, like what is... PTSD is posttraumatic stress disorder. Say, things like that. So ehm... I'm not going to have to have the background in medicine or psychology, but you should have, let's say... a few hours or few weeks training... so that you know the basic... sometimes the basic diseases you might be dealing with.

(Zimányi, 2010: 6)

Esto coincide con las aportaciones de Tribe & Morrisey, quienes indican que el papel del intérprete es tanto difícil como sofisticado y que en el contexto de la salud mental esto requerirá una serie de habilidades entre las que se incluyen el conocimiento de terminología especializada en este ámbito. Además, añaden que recurrir a intérpretes que hayan recibido formación específica sobre este ámbito y su terminología enriquecerá el entendimiento del profesional sanitario con respecto al paciente y el repertorio clínico (Tribe & Morrisey, 2004).

Los intérpretes que realicen esta labor deberán además formarse en cuanto a la necesidad de actuar contra la estigmatización de la salud mental, que aún supone un tabú en muchas culturas. Algunos de los participantes del estudio de Williams habían tenido que enfrentarse a sus propios prejuicios sobre este ámbito para poder cumplir con su función en el desarrollo de las sesiones con los pacientes. Como afirma la autora del estudio, “for many of the interpreters, experience of psychiatric settings was new to them and for some this evoked fear, uncertainty, and cultural prejudice appertaining to madness” (Williams, 2004: 97). Esto evidencia la necesidad por parte de estos intérpretes, que eran nuevos en el entorno, de recibir formación para derribar estos prejuicios y miedos que podían lastrar el desarrollo de su función. Como indica Aguilar, comprender y superar los estigmas sobre salud mental es muy importante para tener

éxito como intérprete en salud mental. El interprete debe ser consciente de los problemas relacionados con el estigma para elegir con cautela el lenguaje que va a utilizar para describir síntomas o trastornos mentales (Aguilar, 2019). Este lenguaje y terminología de la que hablábamos en el párrafo anterior es también importante para enfrentar la estigmatización de los problemas de salud mental, un lenguaje que se renueva continuamente y en el cual cada vez es más frecuente el uso de eufemismos, que Echaury Galván define como “expresiones que buscan suavizar el impacto negativo de una idea o concepto en lectores u oyentes” (Echaury Galván, 2013: 260). Aguilar, por ejemplo, prioriza el uso de la expresión “persona con esquizofrenia” para referirse a la persona que sufre este trastorno ante el uso del término “esquizofrénico” que podría perpetuar el estigma social sobre esta afección (Aguilar, 2009). Además, H. Minas, M. Stankovska y S. Ziguras, profesionales de la salud mental, apuntan que “it is desirable that interpreters working in the mental health field are familiar with basic psychiatric terms and concepts, have some understanding of mental illness, and have considered their own attitudes to and assumptions about people with a mental illness (Minas, Stankovska & Ziguras, 2001). Por lo tanto, como se evidenciaba en los resultados de los estudios de Williams y Zimányi, resulta imprescindible que el intérprete se forme tanto en cuanto al lenguaje utilizado en este ámbito en continua evolución como en cuanto a la necesidad de combatir la estigmatización de la salud mental.

El último factor que vamos a destacar está relacionado con la expresión de las emociones por parte de la intérprete durante las consultas en salud mental y el cuidado que este debe mostrar al pedir aclaraciones o repeticiones por parte del paciente. En el estudio de Dekker y Ginsburg se realizaba un estudio de caso en los que participaban un intérprete, un psiquiatra y una paciente que presentaba síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad, que además utilizaba un tono de voz muy bajo. En la primera sesión se daba la siguiente situación:

During her initial assessment, Mrs. B was withdrawn and soft-spoken. She appeared distressed and uncomfortable, her facial expressions sullen and body language tense. A professional interpreter who focused on making factual translations was used during the interview. Mrs. B, with her parkinsonism symptoms and her difficulty hearing, was very hard to understand. Following the best practice guidelines of his profession, the interpreter focused on accuracy, seeking frequent clarification from Mrs. B when he failed to understand her. By asking her to speak up or to slow down, the interpreter inadvertently took control of the pace of the session. Furthermore, he tried to

maintain his professional standard of impartiality by showing little emotion.⁸ Mrs. B responded to questions minimally, became increasingly withdrawn, and appeared intimidated by the clinical setting.

(Dekker & Ginsburg, 2009)

En esta situación, el intérprete pretendía hacer uso de sus conocimientos como intérprete de manera profesional, intentando respetar los códigos de conducta a los que estaba acostumbrado y el principio de imparcialidad. Sin embargo, el intérprete no había recibido formación específica en salud mental, por lo que no era consciente de que la falta de cuidado en la realización de aclaraciones o la falta de expresión emocional podía provocar que la paciente se sintiese insegura e intimidada por el entorno clínico, por lo que no sentía libertad para cooperar con el profesional sanitario.

Muchos intérpretes que no hayan recibido formación en salud mental podrían, como en el caso del estudio de Dekker y Ginsburg, mostrar poca empatía o emociones para respetar los códigos éticos y profesionales, sin embargo, como explica Hlavac, “impartiality does not mean aloofness or a prohibition to show empathy towards a patient. Where this is apparent in the discourse and tone of the mental health professional, this should be rendered by the interpreter. Similarly, the emotional and affective tone of the patient’s speech/signing is rendered in the same way to the mental health professional” (Hlavac, 2017: 16).

Por lo tanto, consideramos que es esencial que los intérpretes que vayan a realizar su labor en salud mental reciban formación sobre las particularidades de este ámbito, en particular en relación a la terminología utilizada, la concienciación sobre el estigma social de la salud mental y el modo de intervenir en las sesiones, respetando el tono utilizado por el paciente, para que su labor sea beneficiosa para el desarrollo de las sesiones.

4.4.2 Impacto del uso de personas no cualificadas en los diagnósticos

En parte de los estudios que hemos recopilado para nuestra revisión se destacaba que algunos de los participantes no habían recibido suficiente preparación en interpretación. Esto se evidenciaba en el estudio de Zimányi en el que un porcentaje considerable de los participantes no habían recibido suficiente formación antes de comenzar a realizar su

labor como intérpretes. Parte de los profesionales sanitarios participantes del mismo estudio mostraron preocupación en relación al uso de intérpretes no suficientemente cualificados en cuanto a cómo esta falta de preparación podía afectar a su trabajo con los usuarios de sus servicios. Uno de los intérpretes que presentaban más preparación del estudio destacaba los peligros de la falta de entrenamiento en cuanto a la realización de diagnósticos, que podrían resultar erróneos debido a errores cometidos por el interprete por falta de formación específica en salud mental (Zimányi, 2009).

De manera más dramática, en el estudio de Drennan y Swartz se evidenció que en muchas ocasiones los diagnósticos podían no ser los adecuados debido al uso de personal no cualificado. En el apartado 4.2.2 presentábamos un ejemplo de uno de los casos de este estudio, sobre el cual el autor sospechaba que se había producido un diagnóstico erróneo en parte debido a la falta de formación por parte de la persona que actuó como intérprete en la lengua del paciente, cultura y ámbito de la salud mental. En esta y en otras ocasiones, “an array of people acted as interpreters at different times. This array included nursingstaff, ward cleaners, relatives of patients and even other patients” (Drennan & Swartz, 2002: 1856). Este uso de personal no cualificado o de familiares o amigos de los pacientes pone en riesgo la comunicación entre el profesional sanitario y el usuario, y pone en peligro la integridad profesional del primero y la salud del segundo, pudiendo empeorar a causa de un diagnóstico errado y un tratamiento inadecuado para su condición, ya que como indica Blake, “without clear communication, professionals cannot confidently apply their diagnostic expertise” (Blake, 2003: 22). Además, según el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, “the error rate of untrained “interpreters” (including family and friends) is sufficiently high as to make their use more dangerous in some circumstances than no interpreter at all” (U.S. DHSS, 2001). La utilización de personal no cualificado es común en muchas áreas de la salud, y suele deberse a una falta de reconocimiento por parte de las instituciones de la labor del intérprete. Caminee Blake lo deja muy claro en el siguiente extracto:

The most common current response to language barriers in the health-care system is the use of untrained and often unpaid volunteers, who are usually family members, bilingual hospital staff, or community language-bank volunteers. These services represent only a makeshift solution to the problem and ignore the serious ethical problems associated with this practice. [...] Family

members, or untrained interpreters, may misinterpret key concepts, may distort or omit messages or may intervene directly in the assessment or treatment process.

(Blake, 2003: 22)

Por lo tanto, como se ha evidenciado en los estudios que hemos revisado y coincidiendo con otra literatura existente, resulta imprescindible que los intérpretes reciban formación específica en salud mental y que las instituciones sanitarias eviten recurrir a personas no cualificadas en interpretación para asegurar una atención de calidad a los usuarios que no hablen la lengua del sistema y que puedan obtener diagnósticos y tratamientos adecuados para su afección en el ámbito de la salud mental.

4.5 Relación del profesional sanitario con el intérprete en SM

Otra temática que hemos recopilado tras la lectura y síntesis de los estudios que hemos seleccionado para nuestra revisión está relacionada con la relación entre el profesional sanitario en salud mental y el intérprete sanitario en este ámbito. Esta temática cobraba gran importancia en todos los estudios que hemos revisado, ya que en todos se hacía referencia a la importancia de que se establezca una relación de confianza entre ambos profesionales. En los resultados de los documentos recopilados se han encontrado diversos puntos de vista sobre la relación PS-I y sobre la visión de cada una de las partes sobre la otra. Así, vamos a comenzar analizando los resultados que hemos considerado más positivos y que contribuyen al refuerzo de la relación PS-I. Después, vamos a analizar los resultados que nos han resultado más negativos, que suponen un impedimento para el establecimiento de una buena relación profesional entre cada parte y ponen en riesgo el funcionamiento de las sesiones, consultas y salud e integridad del usuario del servicio de salud mental.

En primer lugar, debemos destacar el estudio de Dekker y Ginsburg, en el que se producía una falta de entendimiento inicial entre el psiquiatra y el intérprete. Esta se producía en parte debido a que el intérprete “tried to maintain his professional standard of impartiality by showing little emotion” (Dekker & Ginsburg, 2009). Esta falta de emoción en la transmisión de las intervenciones de la paciente provocaba que el psiquiatra no obtuviese toda la carga emocional de los mensajes de esta y además se dificultaba el establecimiento de la confianza entre la paciente y el psiquiatra. Esto es

algo que ocurre en ocasiones en este ámbito de la salud, ya que según Baouchi y otros “algunos profesionales se quejan de que hay una pérdida de efecto emocional cuando trabajan con intérpretes, ya que estos son los que reciben el impacto emocional, y de que en muchos momentos llegan a sentirse excluidos de la interacción” (Baouchi et al., 2014: 238). No obstante, en el caso estudiado el profesional sanitario fue capaz de solucionar el problema comunicando al intérprete los errores que estaban pudiendo cometer y diseñando en colaboración con este un enfoque de equipo que desembocaría en la mejora de los síntomas de la paciente (Dekker & Ginsburg, 2009). Por lo tanto, este ejemplo evidencia la necesidad de establecer una relación comunicativa de confianza entre ambos profesionales para poder solucionar los posibles problemas que puedan surgir durante la sesión.

Otro de los estudios que queremos destacar es el de Echaury Galván, en el que tanto los intérpretes como los profesionales sanitarios participantes (93,7 y 90 % de los entrevistados) coincidían en que el intérprete “should be an active part of the conversation and contribute their experience to it. This scenario may help to solve certain problems that may affect communication from different angles” (Echaury Galván, 2014). Esta actitud por parte de ambas partes resulta realmente positiva para el desarrollo de una sesión para que se puedan derribar las barreras lingüísticas y extralingüísticas y esto beneficie al paciente. Esto coincide con las aportaciones de Blake, quien indica que algunos profesionales sanitarios “rely on interpreters to act as culture brokers who provide their own observations and contextualizing information about the client’s culture and experiences” (Blake, 2003: 22). Por lo tanto, destacamos que para que la relación PS-I sea efectiva es importante que el profesional sanitario de la salud mental confíe en el intérprete para establecer puentes entre su cultura y la del paciente, y que el proceso pueda tener resultados positivos para el usuario del servicio.

En el estudio de Krisztina Zimányi, que se centraba en la formación en interpretación en salud mental, cuya población de estudio eran tanto intérpretes como profesionales sanitarios, se destacaba la necesidad de que los profesionales sanitarios recibiesen formación para trabajar con intérpretes para que la relación profesional y comunicación entre las dos partes funcionase. Los profesionales sanitarios participantes, en cambio, coincidían en que es positivo formarse en cuanto a la colaboración con intérpretes, pero que raramente se ofrecían cursos de formación de estas características (Zimányi, 2010).

Esto coincide con las aportaciones de Blake, quien afirma que “part of the communication difficulty between the mental health provider and the interpreter stems from the mental health provider’s lack of training in this area. Most training programs in psychiatry and psychology do not formally teach, nor do they promote working with interpreters as an essential clinical skill” (Blake, 2003: 22). Por lo tanto, destacamos que los participantes PS del estudio de Zimányi estén dispuestos a recibir formación, aunque no hayan podido en su mayoría tener acceso a ella. Por consiguiente, debemos remarcar que para que la relación PS-I en el ámbito de la salud mental sea efectiva en términos profesionales y comunicativos no solo deben recibir formación específica los intérpretes (como mostrábamos en el apartado 4.4) sino también los profesionales sanitarios que vayan a colaborar con ellos en la atención a pacientes extranjeros.

Por otro lado, el resto de los estudios revisados no han obtenido resultados tan positivos en cuanto a la relación PS-I. Estos sí que ofrecen algunos puntos positivos, como el hecho de que algunos de los participantes hayan conseguido sentirse valorados por los profesionales sanitarios, pero consideramos que debemos poner de manifiesto algunos aspectos negativos de los resultados que no podemos dejar pasar. En el estudio de Molle, por ejemplo, los intérpretes en general no se sentían valorados por parte del equipo de profesionales sanitarios con los que realizaban su labor, en este caso en psiquiatría forense. Estos sentían que se les deshumanizaba y que se les trataba como si fueran máquinas, meras herramientas para usar en el momento de necesidad, y que no les reconocían profesionalmente. Una de las participantes lo mostraba bastante explícitamente en una de sus intervenciones durante su entrevista, afirmando que “...they talk about ‘ordering’ an interpreter. Like you order a pizza” (Molle, 2012: 62). Esta falta de reconocimiento que siente el intérprete por parte del profesional hace imposible que se establezca una relación PS-I positiva, pudiendo afectar esto al desarrollo de las sesiones por el estrés sufrido por los intérpretes debido a esta deshumanización. Es imprescindible que el intérprete sanitario se sienta valorado por el resto de los profesionales del entorno en que trabaja. Harry Minas y otros profesionales de la salud mental afirman que “we need to acknowledge that interpreters are human beings and professionals whose task is to facilitate an exchange of information and therefore require our respect [...] interpreters prefer to be ‘worked with’ rather than ‘used’” (Minas et al. 2001: 10). Esto evidencia que el intérprete en el ámbito de la salud mental necesita sentirse como un profesional más dentro de este entorno en el que

colabora y no sentirse utilizado por los demás profesionales. Algo similar ocurría en el estudio de Shakespeare, en el que algunos de los participantes intérpretes también sentían menosprecio por parte de los profesionales sanitarios (Shakespeare, 2012), por lo que consideramos imprescindible que se ponga en valor la labor que realizan los intérpretes en este ámbito, una labor que es imposible si el profesional sanitario no colabora.

Por otro lado, en el estudio de Gallagher algunos de los participantes intérpretes destacaban lo necesario que resultaba para el funcionamiento de las sesiones que estos pudiesen reunirse con los profesionales sanitarios previamente a las consultas para discutir algunos conceptos que pudieran resultar relevantes para realizar mejor su función. Estos, sentían en muchas ocasiones que esto suponía un inconveniente para el profesional sanitario debido al tiempo limitado del que dispone para atender a cada paciente, suponiendo el reunirse con el intérprete un impedimento para su trabajo (Gallagher, 2015). Como afirma Blake, “many mental health providers are reluctant to use interpreters, because they are perceived to be too costly in terms of time and effort” (Blake, 2003: 21). Debemos destacar que en muchas ocasiones el profesional sanitario en cualquier ámbito puede sentir mucha presión por la falta de recursos de las instituciones y, en consecuencia, por el alto número de pacientes a los que deben atender, convirtiéndose el tiempo en un factor imprescindible para su labor. Sin embargo, dado que todos los usuarios, independientemente del idioma que hablen, tienen derecho a recibir una atención de calidad en salud mental, consideramos importante que el profesional sanitario se conciencie sobre la imprescindible necesidad de establecer una relación de confianza profesional con el intérprete, una relación que es imposible si este se siente un estorbo o un contratiempo.

En el estudio de Kirsty Williams, centrado en el estudio de la interpretación para pacientes refugiados, se daban algunos problemas dentro de la relación PS-I. En primer lugar, dado que los intérpretes eran refugiados al igual que los pacientes, estos percibían que los profesionales sanitarios desconfiaban de ellos. Al compartir la condición de refugiados con el paciente, los profesionales sanitarios sentían que corrían el riesgo de ser excluidos del proceso terapéutico y perder el control de las sesiones ya que el intérprete podría poseer más conocimientos sobre la experiencia del paciente (Williams, 2009). Esto coincide con las aportaciones de Baouchi y otros sobre la visión de algunos

PS sobre los intérpretes, que destacan que “una de las principales quejas de los psiquiatras, de los médicos en general, respecto a la presencia de una MILICS [Mediadora Interlingüística e Intercultural] en la consulta, es que esta les hace perder de alguna manera el control sobre el desarrollo de la entrevista” (Baouchi et al., 2014: 247). En estas situaciones, los intérpretes entrevistados intentaban explicar al PS cuál iba a ser su función y les daban información sobre el contexto del paciente para fomentar la relación de confianza profesional entre ambas partes. Otro de los problemas que se presentaba en el estudio era que en ocasiones los profesionales sanitarios no veían necesario que el intérprete interviniese para aclarar algún factor cultural que quizás para ellos no era tan relevante (Williams, 2009). Esto coincide con lo que apuntan Baouchi y otros sobre los conflictos que a veces pueden darse entre el PS y el I:

Puede perfectamente ocurrir que una discrepancia cultural que a la MILICS le parece lo suficientemente significativa como para tomar la iniciativa comunicativa de proceder a una contextualización cultural, al psiquiatra le parezca irrelevante desde el punto de vista de la salud mental en general y de la entrevista clínica en particular. Nos encontramos, pues, ante un conocimiento disociado, el psiquiatra es el que sabe de salud mental, la MILICS es la que sabe de comportamientos normales o anormales en la cultura origen.

(Baouchi et al., 2014: 239)

Estos conflictos deben solucionarse a través de la comunicación entre los dos profesionales para que mejore el entendimiento y no se ponga en riesgo el desarrollo de la consulta y, en el peor de los casos, la integridad del paciente.

El último documento al que vamos a prestar atención y quizás el que más nos ha contrariado por algunos de sus resultados es el estudio de Drennan y Swartz, que se centraba en la revisión de informes de consultas y entrevistas a PS e I en una institución de salud mental de Sudáfrica. En este estudio se mostraba en muchas ocasiones la falta de reconocimiento de la labor del intérprete por parte de los profesionales sanitarios de la salud mental en el hospital. En los casos en los que el paciente no hablaba Inglés o Afrikaans (las lenguas más habladas por los PS del hospital, en muchas ocasiones blancos) se planteaba una pregunta cuando se dudaba si recurrir o no a un intérprete: “Does the clinician need one?” (Drennan & Swartz, 2002: 1864). Esto evidencia que muchos de los PS no consideraban el trabajo del intérprete imprescindible y lo veían más bien como una inconveniencia. Además, en muchas ocasiones las personas que

actuaban como intérpretes no estaban cualificadas para ello ya que resultaba más sencillo y rápido acceder a ellas. Como afirma Navaza, “ciertos profesionales sanitarios prefieran trabajar con intérpretes ad hoc porque los consideran más rápidos” (Navaza, 2014: 13). Esto, como hemos discutido anteriormente en el trabajo, podría faltar a los códigos éticos de la profesión. Como apunta Blake, “mental health professionals’ underutilization of professional interpreters to overcome language barriers with their clients represents a failure to meet basic professional ethical standards of care” (Blake, 2013: 21). Por lo tanto, este menosprecio hacia la labor del intérprete profesional hace imposible que exista una buena relación profesional entre ambas partes. Por otro lado, debemos destacar que en las ocasiones en las que más se recurría a un intérprete profesional era cuando surgían casos de psiquiatría forense cuya resolución podía volverse mediática. Con esto, se pretendía responsabilizar al intérprete si este resultado no tenía buena recepción. Por lo tanto, este otro factor, que ejemplifica el poco valor que se daba en esta institución al intérprete, hace imposible que se establezca una relación positiva profesional entre las partes. Queremos, por último, destacar que algunos intérpretes entrevistados afirmaron haber presenciado actitudes racistas o discriminatorias por parte de los profesionales sanitarios (Drennan & Swartz, 2002). Esto puede imposibilitar la relación PS-I ya que el intérprete va, evidentemente, a mostrar rechazo ante esta situación. En cualquier caso, debemos tener en cuenta que estos testimonios están sujetos a cierta subjetividad, pero también destacar que “una actitud discriminatoria, racista o xenófoba puede evidenciarse de forma muy explícita (de manera verbal o no verbal, mediante gestos) o de formas más sutiles” (Baouchi, 2014: 224).

Para finalizar este apartado, debemos destacar las actitudes más positivas entre profesionales sanitarios e intérpretes, como la comunicación, intercambio cultural, el fomento del entendimiento y la resolución de conflictos, que son las que van a contribuir a la formación de una alianza profesional para asegurar el acceso por parte de los usuarios que no hablen el idioma de las instituciones a un servicio de calidad en salud mental.

4.6 Exactitud y precisión: importancia de la narrativa del paciente y la pragmática en la transmisión de significado

Este apartado se va a dedicar a los aspectos en relación a la pragmática y a la narrativa del paciente, que son factores importantes a la hora de entender y transmitir el significado exacto de las intervenciones del usuario y, por lo tanto, pueden afectar a los diagnósticos. Estos aspectos cobraban particular importancia en dos de los estudios que hemos revisado, que se van a analizar en dos puntos dedicados a dos subtemáticas. El primer punto va a estar relacionado con la pragmática; el segundo, con la narrativa del paciente.

4.6.1 Aspectos pragmáticos en la interpretación en SM

En este punto vamos a prestar especial atención al estudio de Echaury Galván (2014), que centra su estudio en la importancia de la pragmalingüística en la interpretación en el ámbito de la salud mental, cuya población consistía en intérpretes sanitarios y profesionales sanitarios trabajando en este entorno. Vamos a proceder a analizar los resultados del estudio, comparándolo especialmente con las aportaciones de Ortí Teruel, Sánchez López, Raga Gimeno González Morillas y Baouchi, miembros del grupo CRIT, recopiladas en la misma publicación (2014), y con otra literatura existente. Partimos de la base de que la pragmática estudia los principios que rigen el uso del lenguaje en la comunicación y que tiene en cuenta los factores extralingüísticos que determinan este uso del lenguaje y su impacto en el significado (Escandell, 1996). Los elementos extralingüísticos que tienen más importancia en las consultas de salud mental asistidas por un intérprete pueden ser, por ejemplo, la velocidad de las intervenciones, el ritmo, la información compartida, los aspectos culturales, o también la toma de turnos y la comunicación no verbal (Teruel & López, 2014), todos ellos analizados en el estudio de Echaury Galván y abordados a continuación.

El primer aspecto al que vamos a prestar atención es al de la duración de las intervenciones. Según el estudio revisado, el intérprete debe estar preparado para transmitir tanto intervenciones muy largas como otras prácticamente monosilábicas (Echaury Galván, 2014). Muchas veces estas expresiones monosilábicas o demasiado largas pueden no tener sentido para el intérprete, debido a que “when a person’s mental functions are sufficiently impaired, a client’s language may no longer make sense”

(Aguilar, 2019: 78), por lo que el intérprete también debe estar preparado para este aspecto.

En cuanto a la gestión de los turnos, muchos participantes coincidían en que al intérprete le resultará sencillo saber cuándo el profesional sanitario ha terminado de hablar, pero tendrá más dificultades para decidir cuándo empezar a interpretar tras la intervención del paciente. El intérprete debe estar preparado para identificar pausas en medio del discurso del paciente que podrían hacerle pensar que la intervención a finalizado, ya que de no identificarlas se podría interrumpir su intervención (Echauri Galván, 2014). El mismo autor en una publicación diferente, concretamente en su tesis doctoral, afirmaba que el hecho de que el intérprete sea consciente de que “el discurso del personal médico tiende a ser más homogéneo que el de los pacientes, más impredecible, es una información valiosa para el intérprete, ya que le permite anticipar, hasta cierto punto, el momento en el que deberá o no intervenir” (Echauri Galván, 2016: 85). Debemos destacar por lo tanto el riesgo que puede suponer interrumpir al paciente ya que, según Teruel y López, “los problemas derivados de solaparse o interrumpirse son también universales y afectan a la fluidez de la interacción” (Teruel y López, 2014: 189). Además, Bot indica que para que la toma de turnos en salud mental pueda funcionar de manera efectiva es muy importante identificar los “lugares de transición pertinente”, o dicho de otra manera, los momentos en las intervenciones del paciente y el profesional sanitario en los que debemos realizar nuestra intervención, sin que esto se pueda interpretar como una forma de interrupción (Bot, en Baouchi y otros, 2014: 247). Además, estos momentos en los que se produce una pausa o un silencio deben gestionarse con cautela por parte del intérprete, ya que pueden aportar información con relación al diagnóstico del paciente. Como indica Baouchi y otros:

Las entrevistas en el ámbito de la salud mental se caracterizan por el hecho de que los aspectos puramente referenciales o temáticos, y los aspectos interpersonales tienden de alguna manera a enlazarse, de manera que, por ejemplo, un determinado silencio, o solapamiento, o una elevación de volumen por parte del paciente pueden ser interpretados por el psiquiatra como indicios relevantes para el diagnóstico.

(Baouchi et al., 2014: 248)

Por otro lado, debemos destacar lo difícil que puede resultar para el intérprete gestionar estas pausas, ya que, según Teruel y López, podrían darse dos situaciones como consecuencia de la transmisión de estas, debido a que ambas partes van a comprender esta pausa, correctamente o no, de diferentes maneras. La primera consecuencia es que el profesional sanitario y el paciente podrían entender que el intérprete está teniendo dificultades para traducir el mensaje de los interlocutores. La segunda, consistiría en que el intérprete podría dar la imagen de ser cuidadoso en su trabajo, preocupándose por transmitir los mensajes con su significado intacto. Teniendo en cuenta que no podemos generalizar al respecto, dada la visión subjetiva de cada parte, “lo que está claro es que una falta de control en las pausas de la MILICS altera la fluidez y alarga la interacción, a diferencia de las pausas involuntarias de los otros interlocutores que en ocasiones incluso pueden facilitar la traducción de la MILICS” (Teruel y López, 2014: 190)

Por otro lado, vamos a prestar atención a otro aspecto muy importante en la comunicación que es la transmisión de la información. La información en las consultas es esencial ya que “buena parte del diagnóstico depende, por un lado, de la información que proporciona el paciente” y “el profesional sanitario debe comprender este mensaje, evaluarlo y diagnosticar los síntomas” (Teruel y López, 2014: 180). En el estudio de Echaury Galván, los profesionales sanitarios y los intérpretes participantes coincidían en que el intérprete debía transmitir toda la información dentro del mensaje del paciente, sin aplicar un criterio propio sobre la relevancia o irrelevancia de determinados elementos del mensaje, y en que era competencia única del profesional sanitario valorar si estos elementos eran o no relevantes para el diagnóstico (Echaury Galván, 2014). Esto coincide con las aportaciones de Teruel y López sobre el control de los contenidos de las intervenciones en salud mental, quienes apuntan que “el terapeuta debe controlar los contenidos de la interacción, que a menudo son las bases del diagnóstico y del tratamiento” (Teruel y López, 2014: 185). El mismo autor, de nuevo en su tesis doctoral, destaca que “cuando el hablante es el paciente, la fidelidad al discurso original es más importante y, pese a que el personal médico podría tolerar pequeños cambios destinados a mejorar la comunicación, el intérprete debe tratar de reducir a lo indispensable las modificaciones y respetar incluso la ambigüedad, el desorden en el discurso o las vacilaciones, en tanto en cuanto pueden contener información valiosa para el profesional sanitario” (Echaury Galván, 2016: 86).

Otro factor importante a tener en cuenta para el buen funcionamiento de las sesiones es el modo de interpretar. En el estudio que estamos analizando la mayoría de los participantes preferían un método “adaptativo” que no se limitase a transmitir el mensaje de manera literal, ya que esto suele ser más beneficioso para la transmisión de significado. Además, muchos consideraban que parte del vocabulario técnico médico iba a ser difícil de entender por parte de los pacientes, por lo que habría que tratar de adaptarlo para que el paciente pudiese comprenderlo. No obstante, los profesionales sanitarios y también algunos de los intérpretes destacaban que era imprescindible que se mantuviesen los trastornos del discurso, la ambigüedad, indecisión y vacilación, ya que estos podían ser síntomas de trastornos como, por ejemplo, la esquizofrenia (Echauri Galván, 2014). Esto coincide con las aportaciones de Aguilar, quien indica que:

Extremely disorganized thinking that occurs during psychosis (loss of contact with reality) is immediately apparent because the speech is often nonsensical or illogical [...] Interpreters should never edit or try to logically reconstruct nonsensical speech (or explicit or offensive speech, for that matter), since that could hamper the clinician’s assessment of true mental health status.

(Aguilar, 2019: 79)

Por otra parte, debemos destacar el factor cultural. Como ya hemos expuesto en el apartado 4.2, es imprescindible derribar las barreras culturales que puedan surgir entre el profesional sanitario y el paciente para que pueda darse una comunicación efectiva y que el usuario reciba una atención de calidad. Los participantes de este estudio coincidían en este aspecto, y afirmaban que era positivo que el intérprete interviniese para hacer aclaraciones sobre factores culturales que pudiesen afectar al significado de las intervenciones. No obstante, los participantes matizaban que era necesario que el intérprete informase tanto al profesional sanitario como al paciente antes de la sesión, para que estos supiesen de antemano que estas aclaraciones podrían tener lugar y que, por lo tanto, no lo tomaran como una interrupción del desarrollo de la sesión (Echauri Galván, 2014). Esto coincide con las aportaciones de Teruel y López sobre la necesidad de reunirse previamente “dando la máxima información sobre las reglas de la interacción, aclarando la función de la MILICS, si es preciso colaborando con el personal sanitario en la planificación de los contenidos de la misma” (Teruel y López, 2014: 186). Los participantes en este sentido también destacan que es importante aclarar elementos relacionados con la comunicación no verbal que tengan relevancia cultural en

el significado. No se hace referencia, sin embargo, a la interpretación de este lenguaje no verbal. Esto se debe probablemente a que normalmente “la comunicación no verbal no se traduce, suele ser percibida directamente por las partes” y, por otro lado, “si se intenta traducir, se puede caer en la parodia involuntaria” (Teruel y López, 2014: 192).

Por lo tanto, corroboramos el valor de los resultados del estudio de Echaury Galván sobre la importancia de la pragmalingüística, que hemos comparado con otra literatura existente al respecto. Confirmamos, en definitiva, que el intérprete debe ser consciente de los requisitos a nivel pragmalingüístico que debe cumplir para realizar su labor de manera efectiva en la atención a pacientes extranjeros en atención a la salud mental.

4.6.2 La narrativa del paciente en la interpretación en salud mental

En este punto vamos a prestar especial atención a la tesis doctoral de Krisztina Zimányi (2009) que se centraba en la importancia de la narrativa o, dicho de otro modo, la manera en que se cuentan las historias, en la interpretación en el ámbito de la salud mental. Vamos a centrarnos en analizar algunos de los aspectos de los resultados del estudio y utilizaremos parte de la literatura existente sobre narrativas en el ámbito de la salud mental. En cuanto a otros estudios centrados en la narrativa en interpretación en este ámbito, nos ha resultado muy complicado encontrar algún ejemplo, por lo que destacamos la originalidad del estudio que vamos a analizar. Para comenzar, debemos aclarar la importancia de la narrativa y como se entiende esta dentro del contexto de la atención a la salud mental. Para esto, debemos prestar atención al siguiente extracto, en el que Clara Valverde define el concepto de narrativa y explica su relevancia dentro de la expresión de significado por parte del paciente:

La narrativa es la forma fenomenológica en la cual el ser humano vive una crisis o enfermedad, por eso es necesario que los profesionales comprendan cómo el paciente se construye a través de la narrativa. Narrar es interpretar y las experiencias del ser humano sólo pueden ser modificadas en la auto-interpretación. Una crisis emocional o enfermedad exige una reorganización de los significados para poder poner un poco de orden en la interpretación y en el desorden, articulando la interrupción, reconfigurando la identidad social de uno para construir un orden simbólico necesario para la auto-definición y el contacto con los demás. El narrar ayuda al paciente a encontrar sentido a lo que le está surgiendo, a restaurar su sentido de ser persona y de conexión, a renombrar, a hacer suya esa experiencia.

(Valverde, 2009: 78)

El primer factor que vamos a destacar de los resultados del estudio de Zimányi es el del entendimiento por parte de los profesionales sanitarios e intérpretes entrevistados sobre la influencia cultural en el modo de narrar una historia. Los intérpretes daban especial importancia a las costumbres, maneras de expresarse o de aportar más o menos detalles, y predisposición a mostrar los sentimientos, propios de una cultura u otra. Los profesionales sanitarios, por otro lado, se centraban más en los síntomas a los que el paciente daba más importancia (en algunas culturas se presta más atención, por ejemplo, a los síntomas somáticos) y a los tabúes propios de la cultura que pueden influir en la información que el usuario está dispuesto a revelar. La autora valora que los participantes tengan en cuenta estos factores, pero destaca que la mayoría de los entrevistados no entienden la narrativa como una entidad organizacional, lo que puede afectar a la transmisión efectiva de los significados implícitos en la estructuración de la narrativa del paciente (Zimányi, 2009). Para comprender la narrativa como entidad organizacional que saca a la luz Zimányi y su importancia en la transmisión de significado, debemos destacar las aportaciones de Álvarez Ramírez, que entiende la narrativa como la “entidad psicológica mediante la cual los seres humanos organizan y construyen su conocimiento sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo en función de relatos, haciendo uso de juegos del lenguaje para conformarla” (Ramirez, 2011: 103). Por lo tanto, el intérprete que trabaje en el ámbito de la salud mental debe prestar atención a estos aspectos organizacionales en la manera en que el paciente narra su experiencia, en la cual se aportan una serie de significados implícitos que deben llegar al profesional sanitario. Resulta imprescindible que estos factores lleguen al profesional, ya que en estos se pueden encontrar indicios del posible trastorno o afección que podría estar sufriendo el usuario. Para terminar de comprender el valor que el profesional sanitario puede otorgar al factor organizacional en la narrativa para la realización del diagnóstico y, por consiguiente, la importancia de que el intérprete sepa transmitirla, debemos considerar la siguiente aportación de Álvarez Ramírez en la que se refiere al “enfoque narrativo”:

El enfoque narrativo en psicopatología propone que esta se construya con base en narrativas prototípicas (de la depresión, ansiedad, obsesivo-compulsión, entre otras) dado que en ellas, el individuo crea con el lenguaje relatos de una experiencia con restricciones de flexibilidad, multiplicidad, complejidad, variedad que se opone a construcciones saludables respecto de sí mismo, del mundo y de los otros. Lenguaje y narrativa se funden para constituirse en una unidad de significado organizadora, constituyente y construida acerca de la propia experiencia humana organizada tanto en formas saludables como en otras menos saludables.

Otro aspecto importante dentro de la narrativa tratado en el estudio de Zimányi es el situacional. Este es importante dado que las narrativas se construyen de forma diferente dependiendo del entorno o del contexto. Los profesionales sanitarios participantes del estudio se mostraron más conscientes de las diferencias en las narrativas dependiendo del contexto y de que estas son factores importantes, en el caso de los PS entrevistados, en la realización de diagnósticos en su ámbito de trabajo. Esto coincide con lo explicado en el apartado anterior sobre la importancia de la narrativa en la elaboración de diagnósticos en salud mental. Los intérpretes, por otro lado, mostraron ser menos conscientes sobre estas diferencias situacionales, debido quizás a que algunos habían recibido poca formación en interpretación en salud mental (Zimanyi, 2009).

En cuanto a la coherencia expresada en la narrativa del paciente, ambos intérpretes y profesionales sanitarios daban importancia a su influencia en los significados y por lo tanto, en los posibles diagnósticos realizados sobre los trastornos o afecciones de los usuarios. Esto se debe a que “la narrativa prototipo de cualquier trastorno mental como unidad discursiva psicopatológica está basada en la idea de “coherencia narrativa” y con ello fundamentada en el “orden” o en la congruencia interna” (Ramirez, 2011: 104). No obstante, los intérpretes entrevistados recalcaron que en ocasiones un aspecto propio del modo de expresarse en una cultura o de un registro concreto podía interpretarse como una incoherencia, por lo que el profesional debía ser consciente de estos factores (Zimányi, 2009). Sobre el registro, los intérpretes entrevistados expresaron que en ocasiones era conveniente elevar o disminuir el registro del paciente o del profesional sanitario, especialmente refiriéndose a los tecnicismos médicos, para facilitar el entendimiento. En un estudio realizado por Márquez Romero, cuya población de estudio eran pacientes ingresados en instituciones de salud mental, se observaba que “términos como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar toman significado en las narrativas de padecimientos de los sujetos, pero muchos de ellos no saben lo que realmente significa el padecer esta enfermedad” (Márquez, 2010: 10). Esto implica que en muchas ocasiones los pacientes de salud mental no son realmente conscientes de lo que supone padecer una enfermedad con un nombre concreto que pueden no llegar a comprender. Algunos intérpretes entrevistados, no obstante, consideraban que la acción de “disminuir el registro” del profesional debería ser responsabilidad de este y no del intérprete. La autora del estudio señalaba al respecto que podría resultar problemático

elevant o disminuir los registros de tanto profesional como paciente, ya que se podría entender como que el intérprete está menospreciando las capacidades tanto del profesional sanitario como del paciente para entenderse el uno con el otro (Zimányi, 2009). Por lo tanto, destacamos que resultaría más conveniente en estos casos conservar el registro y utilizar aclaraciones si hay indicios de que no se está produciendo una comunicación efectiva.

El último factor que vamos a destacar es el modo interpretativo utilizado para transmitir la narrativa del paciente. Los profesionales sanitarios del estudio destacaban que preferían una interpretación literal, ya que temían que se pudiese perder significado en caso de que el intérprete hiciese cambios significativos en la intervención del paciente. Los intérpretes, en cambio, preferían realizar una interpretación basada en factores pragmáticos, ya que para ellos muchos elementos construidos de una manera en la lengua origen pueden no tener sentido en la lengua meta (Zimanyi, 2009). Por lo tanto, debemos remarcar que el intérprete debe ser cauteloso a la hora de interpretar los aspectos relacionados con la narrativa en las intervenciones del paciente, prestando atención a aquellos aspectos que pueden indicar un discurso incoherente que pueda ser indicio de un trastorno mental.

Por último, debemos destacar la importancia de que el intérprete en el ámbito de la salud mental comprenda los diferentes elementos que construyen la narrativa del paciente (culturales, situacionales, organizacionales, etc.) y de que la entienda como una entidad organizacional imprescindible para la transmisión de significado, y de que este ponga atención y cuidado en sus interpretaciones para ser fiel a esta narrativa, que es la única manera que tiene el paciente de expresar su sufrimiento. Para terminar, nos gustaría destacar el siguiente extracto de Clara Valverde, en el que se muestra la importancia de la narrativa del paciente en el entorno de la salud mental:

La experiencia de una alteración psico-emocional o enfermedad, aleja a la persona de la experiencia conocida de la vida y del resto de la sociedad, pero a partir de que su narrativa es escuchada y su estatus emocional y existencial son reconocidos, puede encontrar significados a su situación. Este proceso funciona en las dos direcciones: la persona necesita que su narrativa sea escuchada por otros para ser incluido, para recuperar su cuerpo social, y también la comprensión de los otros le ayuda a comprenderse a sí mismo. [...] La perspectiva única de la experiencia que comunica el paciente y su manera de hacerlo, lo que dice y lo que deja fuera, están totalmente en manos del consciente y del subconsciente del paciente, y sólo por la narrativa puede aclarar, para

sí mismo y para el que lo escucha, los significados y los aspectos sobre su vida que no son reconocidos de otra manera.

(Valverde, 2009: 79)

5. Conclusiones

En el presente apartado, que pone punto final a nuestro trabajo, debemos regresar a las preguntas, objetivos y subobjetivos que nos planteamos al inicio de nuestro estudio y dejar constancia de si hemos conseguido resolverlas a lo largo de nuestra revisión. Por lo tanto, vamos a presentar las conclusiones a las que hemos llegado, analizando el trabajo realizado ofreciendo también un punto de vista crítico para poder considerar no solo los éxitos de nuestro estudio, sino también las posibles limitaciones a las que pueda estar sujeto, con el fin de destacar el rigor y validez del proceso de investigación.

En primer lugar, hemos realizado una revisión sistemática de la literatura existente en cuanto a la labor del intérprete sanitario en la atención a pacientes extranjeros en el ámbito de la salud mental. Hemos diseñado un proceso sistemático, repetible y explícito, que hemos documentado y del que hemos dejado constancia en el apartado dedicado a la metodología. Hemos seleccionado las bases de datos más adecuadas, especializadas en el ámbito de la traducción e interpretación, en las que hemos realizado búsquedas avanzadas utilizando unas ecuaciones de búsqueda que hemos diseñado teniendo en cuenta los términos más aptos, los operadores booleanos y de truncamiento, para poder acceder a la mayor cantidad de bibliografía disponible sobre el tema que nos concierne. Para esto, hemos aplicado unos criterios de inclusión y exclusión, que tienen el objetivo de aportar validez a nuestros resultados, a partir de los cuales hemos realizado un proceso de selección estricto y objetivo, que nos ha llevado a recopilar todos aquellos estudios existentes que estén al alcance del investigador. Por lo tanto, consideramos que hemos conseguido nuestro primer objetivo, que consistía en identificar la literatura disponible existente en relación a la labor del intérprete sanitario en el ámbito de la salud mental.

Por otro lado, una vez realizado el proceso de búsqueda y recopilación de los estudios que debíamos tener en cuenta para nuestra revisión, hemos leído estos estudios a texto completo y los hemos sintetizado en tablas, realizando un resumen exhaustivo de cada uno de ellos, exponiendo la metodología y procedimiento utilizados, mostrando las variables de cada uno de los estudios que sean relevantes para entender los resultados de estos, presentando un resumen intensivo de sus resultados y exponiendo sus conclusiones. A través de este proceso hemos alcanzado el segundo objetivo que planteamos en nuestra introducción, basado en proporcionar un resumen exhaustivo de

la evidencia disponible pertinente a la interpretación sanitaria en la atención a pacientes extranjeros en este entorno.

En cuanto a los diferentes subobjetivos que nos planteamos al inicio del trabajo, cuyo fin consistía en responder a las preguntas sobre las funciones y labor del intérprete, retos a los que debía enfrentarse y las habilidades con las que debía contar este para realizar su actividad en el ámbito de la salud mental; hemos tratado de resolverlos en el apartado de nuestro trabajo dedicado al análisis de los resultados de nuestro estudio, utilizando una serie de temáticas que hemos extraído de los estudios recopilados. Antes de pasar a comprobar si hemos alcanzado estos subobjetivos, debemos tener en cuenta un factor importante en cuanto a los estudios recopilados. En la mayoría de los trabajos que hemos seleccionado se utilizaban metodologías cualitativas, entrevistas semiestructuradas o enfoques como el análisis fenomenológico interpretativo. Con esto se pretende entender las experiencias personales de los sujetos de estudio y explorar la perspectiva individual de las experiencias vividas por los participantes como intérpretes en el contexto de la salud mental. Esto implica que los resultados de los estudios podrían estar sujetos a cierta subjetividad y que no se debe asumir que estos representan una generalidad. No obstante, al analizar estos resultados de los estudios, compararlos unos con otros y utilizar otra literatura existente para corroborarlos, aportamos validez a nuestro análisis en cuanto a las temáticas recopiladas.

La primera temática que hemos extraído se ha discutido en el primer punto del apartado dedicado al análisis del trabajo, en el que hemos discutido el impacto emocional del trabajo del intérprete sanitario en salud mental, probablemente el punto más extenso, ya que esta temática cobraba importancia en gran parte de los estudios recopilados. Tras realizar un análisis de estos resultados y compararlos con otra literatura existente al respecto, hemos conseguido aportar suficientes evidencias en cuanto al hecho de que, debido a las situaciones límite a las que se debe enfrentar el intérprete y a las historias de violencia, trauma, rechazo, horrores presenciados en la guerra, etcétera, presentes en los relatos de muchas personas migrantes y refugiadas en este ámbito, el intérprete puede sufrir graves consecuencias psicológicas que se van a interponer en el desarrollo de su vida personal y profesional. Por otro lado, el intérprete también va a utilizar estas situaciones difíciles que debe enfrentar para desarrollar sus habilidades profesionales en este ámbito y para valorar su labor, ya que este puede considerar que está ayudando a otras personas a través de esta. Por lo tanto, consideramos que hemos conseguido

nuestro primer subobjetivo, que consistía en analizar el impacto psicológico del trabajo del intérprete en este ámbito. Además, hemos evidenciado que forma parte de la labor del intérprete en el entorno de la salud mental tomar conciencia sobre las situaciones a las que va a tener que enfrentarse e intentar desarrollar mecanismos que le ayuden a lidiar con los efectos de su actividad y que estos no repercutan en la calidad de la atención a los usuarios del servicio en este ámbito. De esta manera, corroboramos también los resultados de los estudios en los que se daba importancia a esta temática.

Por otro lado, utilizando el mismo método que con la primera temática, hemos discutido el impacto de los factores culturales en la interpretación en salud mental. Por un lado, se ha mostrado que, debido a las diferencias culturales en cuanto al entendimiento de la salud mental, el intérprete debe desarrollar estrategias para facilitar el entendimiento por parte del paciente de los conceptos e ideas que representen la visión del país en el que reside para que su acceso al sistema sea posible y pueda recibir una atención de calidad, de la misma manera que debe acercar al profesional sanitario a la cultura del paciente, aportándole cualquier información con respecto a los elementos culturales implícitos en las intervenciones del paciente que puedan afectar al desarrollo de la sesión. Además, hemos proporcionado suficientes evidencias, a partir de los resultados de los estudios recopilados y otras fuentes, de que la labor del intérprete es imprescindible para la realización de diagnósticos por parte del profesional sanitario, quien en muchas ocasiones obviará la influencia de factores culturales como las creencias, costumbres, supersticiones o síndromes culturales que puedan presentarse en los mensajes del paciente y que el intérprete debe identificar. Por consiguiente, podemos afirmar que hemos conseguido nuestro segundo subobjetivo, que consistía en dejar constancia de la importancia de los factores culturales en la atención sanitaria en el ámbito de la salud mental.

Nuestro tercer subobjetivo consistía en evidenciar la importancia de la buena praxis en la interpretación sanitaria en salud mental para la elaboración de diagnósticos y planes de tratamientos. Esta importancia se ha hecho evidente en el análisis de la mayoría de las temáticas, ya que en todas se mostraba que la eficacia en la labor del intérprete era imprescindible para que el paciente pudiese recibir una atención de calidad, pero ha cobrado especial importancia en dos puntos. Estos son los dedicados a la influencia de la cultura en los diagnósticos y al uso de personal no cualificado en la realización de diagnósticos. En cuanto al primero, ya hemos expuesto en el párrafo anterior que los

conocimientos culturales y labor de puente entre culturas por parte del intérprete era imprescindible para la elaboración de diagnósticos exactos. En el segundo punto, se ha evidenciado que recurrir a personal no cualificado o familiares y amigos del paciente, que van a carecer de conocimientos sobre interpretación, pone en riesgo la salud mental del paciente, pudiéndose llegar a diagnósticos erróneos debido a que se omita información importante o a que, simplemente, se realicen interpretaciones erradas debido a la inexperiencia y falta de formación.

Esta falta de conocimientos sobre interpretación está relacionada con nuestro cuarto subobjetivo, que consistía en exponer la necesidad de formación en interpretación sanitaria y de especialización en este ámbito. Esta necesidad se ha analizado en el punto dedicado a la importancia de la formación del intérprete. En este punto, en primer lugar, se ha evidenciado que es imprescindible que los intérpretes que vayan a realizar su labor en este entorno reciban formación sobre las particularidades del ámbito relacionadas con la terminología específica utilizada, el estigma social de la salud mental que el intérprete debe también combatir o el modo de intervenir en las sesiones para que su labor sea beneficiosa para el desarrollo de estas. Por otro lado, se ha mostrado suficiente evidencia en nuestro análisis para afirmar que el uso de personal que no haya recibido formación puede poner en peligro la integridad del paciente, pudiendo llegar a diagnósticos erróneos, elaborando planes de tratamiento que no sean adecuados para su padecimiento y que puedan empeorar su estado.

Otra de las temáticas que hemos recopilado a partir de los estudios revisados está relacionada con la relación del intérprete con el profesional sanitario del ámbito de la salud mental. En el punto dedicado a esta temática, a la que se le daba importancia en la mayoría de los estudios recopilados, hemos analizado la importancia de esta relación, utilizando, como en el resto de los puntos, los resultados de los estudios recopilados y otra literatura existente al respecto. Así, hemos llegado a la conclusión de que es esencial que se establezca una relación positiva entre profesionales sanitarios e intérpretes, promoviendo la comunicación, intercambio cultural, fomentando el entendimiento y la resolución de conflictos, para poder asegurar el acceso de toda aquella persona que no hable el idioma de las instituciones a una atención de calidad en salud mental. Siempre que la relación entre los dos profesionales sea problemática va a afectar al desarrollo de las sesiones, lo que va a repercutir en la salud del usuario. Por lo tanto, hemos evidenciado que forma parte de la labor del intérprete hacer todo lo que

esté en su mano para establecer una buena relación con el profesional sanitario, y alcanzamos nuestro quinto subobjetivo, que consistía en mostrar la importancia de la buena relación I-PS para el buen funcionamiento de la atención a pacientes extranjeros.

Otra temática que hemos extraído de los estudios revisados estaba relacionada con la interpretación con pacientes refugiados y solicitantes de asilo. En el punto dedicado a esta temática, evidenciábamos, entre otros factores, la importancia de la labor del intérprete como puente cultural y de comunicación entre el sistema del país de acogida y la persona refugiada, que se ha visto forzada a abandonar su lugar de origen. La labor del intérprete en este sentido es importante ya que las personas refugiadas están en riesgo de sufrir exclusión social al no ser capaces de acceder a los servicios que necesitan, y además, porque muchas de estas personas han experimentado el trauma antes de dejar sus países, durante su viaje o después de haber llegado al país de acogida, por lo que presentan un alto riesgo de sufrir problemas de salud mental y deben ser capaces de acceder a los servicios que requieren en este sentido sin que su lengua sea un impedimento, para lo que resulta indispensable el intérprete.

La última temática que hemos abordado en el análisis estaba relacionada con la importancia de los factores pragmáticos y narrativos en la interpretación en salud mental. Con respecto al primero, hemos comprobado que el intérprete debe ser consciente de los requisitos a nivel pragmático que debe cumplir para realizar su labor correctamente en este ámbito. Entre estos requisitos destacamos, por ejemplo, que el intérprete sea capaz de respetar los turnos de intervención, esté preparado para intervenciones muy largas o demasiado breves y para enfrentarse a incoherencias en el discurso del paciente que debe saber gestionar; sea consciente de la importancia de la información transmitida en los mensajes y su manera de interpretarla, etcétera. Con respecto a la narrativa del paciente, hemos corroborado que es esencial que el intérprete comprenda la narrativa del paciente como una entidad organizacional, compuesta por factores culturales, situacionales, cronológicos, etcétera, y que este debe intentar ser fiel a esta narrativa al transmitirla al profesional sanitario en sus interpretaciones, ya que esta narrativa es la única manera que tiene el paciente de expresar su situación y su sufrimiento, y por lo tanto, la única manera de recuperar su salud mental. Por lo tanto, habiendo superado este último subobjetivo, podemos afirmar que hemos cumplido la mayor parte de nuestros propósitos, habiendo dado respuesta a las preguntas que nos formulamos al inicio del trabajo y habiendo alcanzado los objetivos planteados.

Para concluir definitivamente este trabajo, debemos considerar una de las posibles limitaciones a las que podría estar sujeto nuestro estudio, que es prácticamente inevitable y que afecta a cualquier revisión sistemática de literatura, que está relacionada con las bases de datos. Las bases de datos como BITRA y *Translation Studies Bibliography* están en continuo avance y crecimiento, por lo que los resultados que obtuvimos en febrero de 2020, podrían ser distintos si repitiésemos el procedimiento que hemos diseñado dentro de unos meses. No obstante, entendemos esto como un factor positivo, ya que el crecimiento de estas bases de datos en cuanto al tema que hemos tratado implicaría necesariamente que se han llevado a cabo más investigaciones sobre la labor del intérprete en la atención a pacientes extranjeros en salud mental. Si nos remontamos al inicio de nuestra revisión, uno de nuestros objetivos era proporcionar un marco de trabajo que sirviese como referencia para aquellas personas que desearan llevar a cabo nuevos estudios en este ámbito. Por lo tanto, consideramos esencial que se continúe investigando sobre interpretación en salud mental, para que se siga visibilizando la difícil labor del intérprete sanitario en este ámbito y para contribuir a la mejora de la calidad de la atención a pacientes extranjeros.

Bibliografía

- Abeijón Fernández, M. (1999). Ética y Salud Mental. *Cuadernos de bioética*, 10 (40), 632-643.
- Abril Martí, M. I. (2006) *La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- ACNUR, IFRC, MHPSS, OIM (2015) *Salud Mental y Apoyo Psicosocial para Refugiados, Solicitantes de asilo e Inmigrantes desplazándose en Europa: Una guía multi-agencia de orientación*. Recuperado de: <https://www.spcdocent.org/pdf/Guia-Salud-mental-apoyo-psicosocial-Refugiados.pdf>
- Aguilar, A. M. (2019). *Mental Health Interpreting: Unique Challenges, Practical Solutions*. Self-published by Arianna M. Aguilar: Amazon Self-Publication
- Aina, O. F., & Morakinyo, O. (2011). Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans. *African Journal of Psychiatry*, 14, 278-285
- Aleixandre-Benavent, R., Bolaños-Pizarro, M., González de Dios, J., y Navarro Molina, C. (2011). Fuentes de información bibliográfica (II). Bases de datos bibliográficas españolas en ciencias de la salud de interés en pediatría: IME, IBES y MEDES. *Acta Pediátrica Española*, 69(4), 177-182
- Álvarez Ramírez, L. Y. (2011). La narrativa psicopatológica desde el enfoque de la complejidad. *MedUNAB*, 14(2), 103-107
- Andolfi, M., y Cavalieri, L. (2019) La mediación cultural en la psicoterapia. En R. Mendoza, E. Gualda y M. Spinatsch (Ed.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas* (pp. 387-404). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos
- Andolfi, M., y Cavalieri, L. (2019) La mediación cultural en psicoterapia. En R. Mendoza, E. Gualda, M. Spinatsch (Ed.), *La mediación intercultural en la*

atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas (pp. 387-404). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos

Antonin Martin, M. (2013) *La mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Bellaterra, España: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona

Arumí, M., y García-Beyaert, S. (2019) ¿Puente o pasaje? Mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos como figuras complementarias para la atención en salud en un contexto de diversidad. En R. Mendoza, E. Gualda y M. Spinatsch (Ed.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas* (pp. 417-429). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos

Baigorri, J., Alonso, I., Canas, R., Martín, O., Palacio, E., Russo, M., y Otero, C. (2005) Presentación de una red temática interuniversitaria en el área de la mediación lingüística y cultural en los servicios públicos. En C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 213-222). Alcalá de Henares, España: Servicio de Publicaciones UAH

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

Baouchi, H., González Morillas, E., y Raga Gimeno, F. (2014) Mediación interlingüística e intercultural en salud mental. En Grupo CRIT (Ed.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* (pp. 1-12). Granada, España: Editorial Comares

Beirut, N. S., y Huizing, E. (2019) Mediación intercultural en la atención en salud mental: Programa de atención a población inmigrante en salud mental en Andalucía. En R. Mendoza, E. Gualda, M. Spinatsch (Ed.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas* (pp. 293-311). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos

- Belsiyal, C. X., & Sasirekha (2017). Culture Bound Syndrome – An Unprecedented Inclusion. *International Journal of Health Science & Research*, 7(10), 256-261
- Beltrán, G., y Óscar, A. (2005). Revisiones sistemáticas de literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20(1), 60-69
- Blake, C. (2003). Ethical Considerations in Working with Culturally Diverse Populations: The Essential Role of Professional Interpreters. *CPA Bulletin de l'APC*, 21-23
- Burdeus Domingo, N. (2015) *La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.
- California Healthcare Interpreters Association. (2012) *Estándares para Intérpretes Médicos en California: Principios Éticos, Protocolos y Lineamientos Sobre la Función y las Intervenciones del Intérprete*. Recuperado de: <http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/CHIA%20Standards%20Spanish.pdf>
- Comisión Oficial de Ayuda al Refugiado: sitio web oficial <https://www.cear.es/la-salud-mental-de-los-refugiados-como-superar-el-duelo-migratorio/>
- Cruz Roja Española y Prosalus. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. Recuperado de <http://bibliotecadigital.aecid.es/bibliodig/i18n/consulta/registro.cmd?id=2148>
- Dekker, E., & Ginsburg, I. F. (2009). Working with interpreters in psychotherapy: A case report using the therapist-interpreter team approach. *Consultant*, 17(9) Retrieved from: <https://www.consultant360.com/articles/working-interpreters-psychotherapy-case-report-using-therapist-interpreter-team-approach>
- Díaz López, M. (2003). *Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la inmigración*. Madrid, España: Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

- Drennan, G., & Swartz, L. (2002). The paradoxical use of interpreting in psychiatry. *Social Science & Medicine*, 54, 1853-1866
- Echauri Galván, B. (2013). El valor eufemístico de los términos técnicos: presencia e implicaciones en la traducción y la interpretación en el marco de la salud mental. *Onomázein: Revista semestral de lingüística, filología y traducción*, 27, 258-269
- Echauri Galván, B. (2014). Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of pragmalinguistics in mental health interpreting. *Babel*, 60(4), 464-486
- Echauri Galván, B. (2016) *Pautas para la mejora de la comunicación bilingüe y bicultural en salud mental: terminología especializada y elementos pragmáticos*. (Tesis Doctoral) Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España
- Escandell Vidal, M. V. (1996) *Introducción a la pragmática*. Barcelona, España: Editorial Ariel
- Franco Aizelá, J. (2010). Una revisión de la bibliografía sobre traducción e interpretación médica recogida en BITRA (Bibliografía de Traducción e Interpretación) *Panacea*, 11 (32), 151-160
- Gallagher, C. (2015) *Exploring the experience of Polish interpreters who interpret for mental health professionals: an interpretative phenomenological analysis* (Doctoral thesis) University of Leicester, Leicester, UK
- García Peñalvo, F. J. (2017) *Revisión sistemática de literatura en los Trabajos de Fin de Máster y en las Tesis Doctorales* [Diapositivas de Power Point] Recuperado de: <https://knowledgesociety.usal.es/sites/default/files/20170316%20-%20Seminario%20SLR.pdf>
- García Pérez, C., y Ribot Reyes, V. C. (2016). Códigos éticos y deontológicos en Psiquiatría. *Revista Humanidades Médicas*, 16 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000200012

- Giménez, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones*, (2), 125-159
- Gualda, E., Mendoza, R., Spiniatsch, M. (2011) Prefacio. En R. Mendoza, E. Gualda, M. Spinatsch (Ed.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas* (pp. XXIII- XXIV). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos
- Handi, H. (2010). Testimonio de Hassan Handi, T&I en la Oficina de Asilo y Refugio (Ministerio de Interior). En L. González y C. de las Heras (Ed.) *La traducción y la interpretación contra la exclusión social en el marco de la protección internacional*. Jornadas organizadas por la Comisión Europea y la Comisión de Ayuda al Refugiado. Recuperado de: <https://cvc.cervantes.es/lengua/tices/handi.htm>
- Hernández Martín, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social*, (52), 314-325
- Hlavac, J. (2017) *Mental Health Interpreting Guidelines for Interpreters: Guidelines on definitions, protocols, ethics, practices, self-care and content knowledge for interpreters working in mental health settings*. Funded by Language Loop – Powering VITS. Endorsed by ASLIA and AUSIT. Retrieved from: https://www.academia.edu/35406332/Mental_Health_Interpreting_Guidelines_for_Interpreter
- Kitchenham, B. A. (2004). *Procedures for performing systematic reviews*. Keele University, Reino Unido. Recuperado de: <http://www.inf.ufsc.br/~aldo.vw/kitchenham.pdf>
- Lara Navarra, P., y Martínez Usero, J. A. (2004). *Agentes inteligentes en la búsqueda y recuperación de información*. Barcelona, España: Planeta UOC
- Lázaro Gutiérrez, R., y Valero Garcés, C. (2005) Traducción como mediación entre lenguas y culturas. Introducción. En C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 7-15). Alcalá de Henares, España: Servicio de Publicaciones UAH

- Lor, Mailee. (2012). Effects of Client Trauma on Interpreters: An Exploratory Study of Vicarious Trauma. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/53
- Márquez Romero, M. I. (2010). De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Periféria*, 12, 1-25
- Martín Casado, M., y Sánchez-Reyes Peñamaría, M. S. (2005) Intérpretes profesionales e intérpretes ‘ad hoc’ en un entorno sanitario. En C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción como mediación entre lenguas y culturas* (pp. 139-146). Alcalá de Henares, España: Servicio de Publicaciones UAH
- Minas, H., Stankovska, M. & Ziguras, S. (2001). Working with interpreters: Guidelines for mental health professionals. *The Victorian Transcultural Psychiatry Unit*. Retrieved from: https://www.academia.edu/33131686/Working_with_interpreters_Guidelines_for_mental_health_professionals
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007) *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Molle, E. (2012) *The Experiences of interpreters working in a medium secure forensic mental health unit: an interpretative phenomenological analysis* (Doctoral thesis) University of East London, London, UK
- National Health Law Program. (2010) *What’s in a Word? A Guide to Understanding Interpreting and Translation in Health Care*. Recuperado de: https://www.ncihc.org/assets/documents/publications/Whats_in_a_Word_Guide.pdf
- Navaza, B. (2014). Interpretación sanitaria y mediación intercultural. En B. Gutierrez Rodilla y F. A. Navarro (Modoradores) *Medicina y lenguaje. La importancia del lenguaje en el entorno biosanitario*. Mesa redonda organizada por la

Fundación Dr. Antonio Esteve y la Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

NSW Government. (2014) *Interpreting in healthcare: Guidelines for interpreters*.

Recuperado de: <https://www.health.nsw.gov.au/multicultural/Pages/health-care-interpreting-and-translating-services.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (2004) *Invertir en Salud Mental*. Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud: sitio web oficial:

<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/refugees/index.html>

Ortí Teruel, R., y Sánchez López, E. (2014) El (des)control de la interacción. En Grupo CRIT (Ed.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* (pp. 175-216). Granada, España: Editorial Comares

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K.W. (1995) Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. En C. R. Figley, (Ed.) *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 150-177) New York, US: Routedge

Raga Gimeno, F. (2014) Introducción: La interacción comunicativa como realidad integral. En Grupo CRIT (Ed.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* (pp. 1-12). Granada, España: Editorial Comares

Roberts, G. (2015) *Public Service Interpreters: The Emotional and Psychological Impact of Interpreting within Public Service Settings* (Doctoral Thesis) Cardiff University, Cardiff, UK

Shakespeare, C. L. (2012) *Community Interpreters Speaking for Themselves: The Psychological Impact of Working in Mental Health Settings* (Doctoral thesis) University of Hertfordshire, Hertfordshire, UK

Tribe, M., & Morrissey, J. (2004). Good practice issues in working with interpreters in mental health. *Intervention*, 2(2), 129-142

- Trucco B., M. (2004). Ética y calidad en la atención médica y psiquiátrica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42 (2), 81-87.
- US Department of Health and Human Services. (2001) *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*.
<https://www.pcpcc.org/resource/national-standards-culturally-and-linguistically-appropriate-services-clas-health-and>
- Valero-Garcés, C. (2005). Emotional and Psychological Effects on Interpreters in Public Services: A Critical Factor to Bear in Mind. *Translation Journal*, 9(3), retrieved from: <https://translationjournal.net/journal/33ips.htm>
- 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: Revista de traducció*. 13, 141-154
- Valverde, C. (2009). Los pacientes sangran historias: Un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos. *Norte de Salud Mental*, 34, 75-84
- Vezzosi, V. (2017) *Channeling grief – The Impact of Vicarious Trauma on Public Service Interpreters* (Master's Thesis) University of Bologna, Bologna, Italy
- Williams, K. (2004) *A qualitative study of refugee interpreters' experiences of interpreting for refugees and asylum seekers in mental health contexts* (Doctoral Thesis) University of Leicester, Leicester, UK
- Zimányi, K. (2009) *What's the Story: A narrative overview of community interpreting in mental health care in Ireland* (Dissertation) Dublin City University, Dublin, Ireland
- Zimányi, K. (2010). Training for Interpreting in Mental Healthcare in Ireland. *International Journal of Interpreter Education*, 2, 3-13

ANEXOS

Tabla 8

Autores y año	Williams, Kirsty (2004)
Título	<i>A qualitative study of refugee interpreters' experiences of interpreting for refugees and asylum seekers in mental health contexts.</i>
Población	9 intérpretes refugiados trabajando con pacientes refugiados y solicitantes de asilo en el entorno de la salud mental en el Reino Unido.
Metodología	Metodología cualitativa - Análisis metodológico interpretativo para tratar de entender la perspectiva de los participantes sobre el tema tratado y contextualizar las experiencias individuales de los sujetos de estudio. Este tipo de enfoque supone una manera de recopilar datos y analizarlos de manera académicamente rigurosa pero también flexible. Se pretende explorar la experiencia de intérpretes refugiados que interpreten para pacientes refugiados o solicitantes de asilo.
Procedimiento	Entrevistas semiestructuradas a 9 intérpretes refugiados trabajando como intérpretes para pacientes refugiados o solicitantes de asilo.
Variables	Los participantes del estudio y los pacientes para los que interpretan son refugiados o están pendientes de que se les reconozca como tal en el Reino Unido (solicitantes de asilo). Este grupo de personas tiene un alto riesgo de sufrir problemas de salud mental debido a sus vivencias relacionadas con su estatus como refugiados (desempleo, bajo nivel económico, separación con familiares que han podido dejar en sus países de origen además de su estilo de vida, cultura y empleo; discriminación y sentimientos de aislamiento al llegar al Reino Unido/país de acogida, etc.). Se reclutó a 4 mujeres y 5 hombres; de edades entre los 25 y los 45 años; con experiencia como intérpretes de 9 meses a 6 años; 6 de los cuales no habían recibido formación en interpretación; con empleos diversos antes de su exilio; procedentes de Albania (4), Ruanda (1), Iraq (1), Irán (2) y Turquía (1); 6 de ellos con estatus de refugiados concedido por el Reino Unido y 2 con permiso excepcional de residencia (ELR).
Resultados	La autora de la tesis ha dividido los resultados en 3 temáticas: <i>Bridging the gap</i> (dividida en las 3 subtemáticas <i>Trust, Introducing difference</i> y <i>Communal mentors</i>), <i>Vocational Discord</i> (dividida en las 6 subtemáticas <i>Empathic Injury, Enmeshment, Indeterminate limbo, Impasse and dilemma, Plugging the gap</i> y <i>Disempowered</i>) y <i>Vocational catharsis</i> (dividida en las 6 subtemáticas <i>Validation, Reflection, Desensitisation & distance, Vocation, Reciprocal Gain</i> y <i>Empowerment</i>). Estos resultados se sintetizarán a continuación: Los participantes destacan su labor como puentes entre los sistemas occidentales y las personas refugiadas provenientes de otras culturas. Para los intérpretes, es esencial establecer una relación de confianza con el paciente. Algunos de los participantes admitieron que para ellos era útil hablar con los pacientes previamente y explicarles que ellos mismos como refugiados habían pasado por situaciones similares. Sin embargo, para otros esto sobrepasa los límites profesionales y puede poner en riesgo la imparcialidad del intérprete. Por otro lado, muchos destacan la falta de confianza por parte de los pacientes hacia el sistema, y por lo tanto también hacia el intérprete, debido probablemente a experiencias vividas relacionadas con la opresión por parte de los sistemas de sus lugares de origen. Los participantes también destacaron que en ocasiones los profesionales sanitarios sentían desconfianza al asistir a pacientes refugiados, normalmente por no ser capaces de mostrar empatía hacia vivencias totalmente ajenas o por prejuicios inculcados por la sociedad. Al mismo tiempo, algunos PS desarrollan desconfianza también hacia el intérprete, ya que al ser también refugiado sienten que este tiene ventaja sobre sus conocimientos y va a tomar el control de la situación. Los intérpretes destacan también cierto menosprecio por parte de algunos de los PS. Los participantes por lo general resuelven este tipo de situaciones explicando su propia experiencia a los profesionales, para que estos puedan desarrollar más sentimientos de empatía hacia sus pacientes.

La mayoría de los participantes destacan su esfuerzo por informar a sus pacientes sobre la normalización de la salud mental, que está muy estigmatizada en algunos de los países de origen de algunos pacientes, que relacionan la salud mental con el aislamiento o el rechazo por la sociedad. Además, los intérpretes deben en muchas ocasiones explicar términos relacionados con la salud mental que simplemente no existen en la lengua de los pacientes o explicar la función de profesionales que participan en los procesos en el Reino Unido que no existen en sus países de origen. Los participantes explican que su labor también consiste en formar interculturalmente tanto al profesional como al paciente. En muchas ocasiones es necesario que el intérprete intervenga durante las sesiones para hacer una aclaración al PS sobre cualquier factor cultural que pueda influenciar en el diagnóstico del paciente. Algunos de los participantes también han tenido que explicar a los pacientes que los dolores físicos que sufrían estaban relacionados con un problema de salud mental.

Los participantes observan que el aislamiento social y la pérdida de sus comunidades, su rol en la sociedad y de su actividad, y la falta de ingresos suficientes conforman los factores más estresantes para los pacientes. Los intérpretes informan a los pacientes sobre las instituciones a las que deben acudir y sobre la existencia de grupos de apoyo a los que pueden recurrir.

Los participantes destacan la importancia de su labor para derribar las barreras provocadas por los factores culturales y que así la comunicación entre el PS y el P sea posible. Su propia experiencia como refugiados les ha permitido conectar con los pacientes y transmitir mejor sus intervenciones a los profesionales con su significado intacto. Además, los participantes intentan mostrar una perspectiva positiva a sus clientes basada en su propia experiencia para que puedan tener esperanza de que su situación mejore en el país de acogida y para que puedan ver los aspectos beneficiosos del nuevo país, sistema o cultura en el que de momento se sienten extraños e inseguros.

Los participantes del estudio han desarrollado problemas de estrés emocional (cansancio emocional, despersonalización, etc.) debido a las experiencias vividas por los pacientes para los que han tenido que interpretar. Los intérpretes se ven reflejados en estas historias traumáticas ya que ellos han experimentado vivencias muy similares en el pasado como refugiados. Muchos de los participantes presentaban síntomas de haber sufrido el trauma vicario y han tenido que trabajar duro para desvincularse emocionalmente de las vivencias de sus pacientes. Muchos han tenido que recordarse a sí mismos en varias ocasiones que ellos ya estaban seguros en el país que les ha acogido, influenciados por las inseguridades y desconfianza de los pacientes hacia el nuevo sistema. Además, al tener que actuar como transmisores de la información y las emociones que expresan los pacientes, han sentido estas emociones del cliente al interpretar. Para muchos de los participantes, ha sido difícil volver a ser “ellos mismos” después de haber interpretado en una sesión, lo que muestra el potencial impacto intrusivo e insidioso de escuchar e interpretar relatos traumáticos. A esto se suma la falta de formación en cuanto a gestión emocional recibida antes de empezar a interpretar para pacientes refugiados. Los intérpretes se han sentido muy vulnerables en un sistema que no vela por su salud mental y aislados por parte de tanto sus comunidades como del sistema.

Los participantes mostraron que el hecho de que ellos mismos fuesen refugiados les hacía sentir que debían ayudar a sus clientes más allá de lo que exige su labor como intérpretes y ponerse de lado del paciente. Todos los participantes reprimieron estos deseos para no faltar al principio de imparcialidad, pero esto suponía una fuente de estrés emocional. En ocasiones los profesionales sanitarios tienen que llevar a cabo acciones que pueden ser difíciles de presenciar para proteger la salud del paciente. En estas ocasiones el paciente suele resistirse y pedir la ayuda del intérprete, que no puede hacer nada para socorrerle y termina sintiendo que el paciente le demoniza igual que al resto de los profesionales sanitarios.

Los participantes coinciden en que en ocasiones sienten que el trabajo que realizan no les permite pasar página, teniendo que revivir sus experiencias como refugiados a través de las vivencias de sus clientes y que no pueden acostumbrarse plenamente a su vida nueva en el Reino Unido y dejar atrás el sufrimiento provocado por su exilio.

Los participantes han tenido que enfrentarse a dilemas complicados a la hora de interpretar para algunos pacientes que, por ejemplo, pueden proceder de países que hayan estado en guerra con su país y por tanto pueden proyectar su resentimiento hacia dicho país en el paciente. Otro dilema al que se enfrentan es el de los conflictos con el profesional sanitario y con el paciente. Los pacientes pueden en ocasiones ver al intérprete como un profesional más dentro de un sistema en el que no confían, lo que hace que los intérpretes entren en conflicto con su comunidad. De la misma manera, los profesionales pueden en ocasiones reprochar al intérprete que tenga un rol demasiado activo en las sesiones o juzgarlo por su condición de refugiado, lo que hace que el intérprete entre en conflicto con el sistema de su país de acogida. Esto provoca un gran estrés a los intérpretes, que se ven en ocasiones en un “limbo” entre su comunidad y su país de acogida.

Muchos de los participantes hicieron referencia a la falta de recursos por parte de las instituciones en cuanto a servicios de asistencia lingüística a refugiados y por lo tanto son los voluntarios y los intérpretes contratados los que actúan como puentes entre el sistema y las personas refugiadas. Para muchos de los intérpretes entrevistados su labor es prácticamente humanitaria y estos la realizan porque si no lo hacen ellos no lo hará nadie. Sienten la necesidad de ayudar a las personas refugiadas que se encuentran indefensas ante el sistema, pero esto a veces pone en riesgo el principio de imparcialidad ya que los intérpretes podrían sobrepasar los límites profesionales para ofrecer más ayuda a sus clientes.

Los participantes dan mucha importancia a su autoestima como profesionales de la interpretación. Esta autoestima depende de lo valorados que se sientan por los sistemas en los que desarrollan su labor. Algunos de los profesionales hablan de cómo los profesionales sanitarios en ocasiones les ven como simples herramientas, como “maquinas”. Esto hace que se sientan deshumanizados por parte de los profesionales sanitarios y les recuerda a como se sintieron también deshumanizados en sus países de origen por la opresión que sufrieran. Para algunos la falta de reconocimiento por parte de los PS les hace recordar los empleos que tenían en sus países de origen, donde quizás si eran reconocidos profesionalmente. Esto provoca una devaluación de su percepción de sí mismos como intérpretes en el país de acogida.

Muchos de los participantes han encontrado en su labor una manera de ayudar a otras personas que han pasado por lo mismo que ellos, por lo que se valoraban más como profesionales pero también como personas. Trasmitir las historias de otros refugiados ha servido a algunos de los participantes para superar sus propios traumas, al ver que no estaban solos como refugiados, y esto les ha ayudado a superar sus experiencias traumáticas relacionadas con su exilio.

Para muchos de los participantes su labor ha supuesto una oportunidad para reflexionar sobre su propia identidad y les ha ayudado a superar cuestiones relacionadas con su exilio. También les ha ayudado a valorar más el lugar del que provienen y ver lo que han conseguido desde que dejaron su país. Su trabajo como intérpretes ha ayudado también a algunos a superar estereotipos y odios hacia determinadas culturas o nacionalidades hacia las cuales sentían resentimiento.

Los participantes destacan que cuanto más experiencia han ido adquiriendo, han desarrollado más técnicas para lidiar con el estrés emocional y muchos han aprendido a separarse emocionalmente de las experiencias de los pacientes para los que interpretan para mantenerse sanos mentalmente y que su labor no tome demasiado protagonismo en otros aspectos de su vida que no sean el profesional. Muchos admiten utilizar técnicas de meditación para proyectarse a sí mismos en lugares donde se sientan seguros que cuentan han adquirido durante su exilio.

Los participantes destacaron el factor vocacional de su labor. Para muchos resulta muy reconfortante utilizar su propia experiencia como refugiados para ayudar a otras personas que están pasando por lo mismo. Para ellos su obligación y responsabilidad en su vocación se basa en utilizar su propio dolor de manera constructiva para ayudar a otras personas. Que el dolor que han sentido sirva para beneficiar a alguien es muy reconfortante para los intérpretes entrevistados.

Algunos de los participantes admiten que gracias a su trabajo pueden estar en contacto con personas pertenecientes a su comunidad, ya que en su

	<p>día a día no se relacionan con estas personas. Otros desarrollan simpatía por sus clientes, que muchas veces les recuerdan a la familia y amigos que dejaron atrás o que perdieron. Gracias a su trabajo, los participantes admiten que se sienten útiles en contraste con la falta de motivación que sentían al principio de su exilio al no poder trabajar (los solicitantes de asilo no pueden trabajar en el Reino Unido hasta que no se les reconoce su condición como refugiados).</p> <p>Muchos de los participantes definitivamente se sienten empoderados gracias a su trabajo, que les permite tener un estatus, una función en la sociedad en la que viven, lo que beneficia la autoestima y motivación del intérprete. Al mismo tiempo, aunque en ocasiones se han sentido menospreciados por parte de los profesionales sanitarios, muchos han obtenido el reconocimiento profesional dentro del sistema en el que realizan su función y esto ha contribuido a que puedan construir una vida nueva en el país de acogida y dejar atrás el pasado. Por otro lado, el proceso de aculturación y su asentamiento como profesionales dentro del sistema de salud podría provocar que los intérpretes se alíen con el sistema y dejen de lado a sus propias comunidades.</p>
Conclusiones	<p>Para la autora, este estudio constituye el primer relato empírico sobre la experiencia de los intérpretes refugiados. El estudio sugiere que la mayoría de los intérpretes que hablen las lenguas de los refugiados van a ser refugiados. Por lo tanto, es esencial que adquiramos conocimientos sobre sus necesidades como personas y sobre su trabajo para que sus relaciones profesionales sean efectivas.</p> <p>Este estudio contribuye al corpus existente sobre el análisis metodológico interpretativo al entrevistar a participantes refugiados cuya lengua materna no sea el inglés.</p> <p>La autora espera que este estudio contribuya a que los intérpretes refugiados sean más valorados y se les reconozca como personas y profesionales por la labor que realizan en el trabajo con pacientes refugiados en salud mental.</p>

Tabla 9

Autores y año	Zimányi, Krisztina (2009)
Título	<i>What's the story: A narrative overview of community interpreting in mental health care in Ireland</i>
Población	11 profesionales sanitarios especializados en salud mental que hayan trabajado con intérpretes 12 intérpretes sanitarios que hayan trabajado en el ámbito de la salud mental
Metodología	Análisis temático, estructural y dialógico. Metodología cualitativa.
Procedimiento	Entrevistas narrativas a profesionales de la salud mental que hayan trabajado con intérpretes y a intérpretes que tengan experiencia profesional en el ámbito de la salud mental.
VARIABLES	11 profesionales sanitarios especializados en salud mental: 4 enfermeras, 1 terapeuta, 2 psicólogos, 4 psiquiatras. La mayoría trabajan para el estado o en servicios especializados dirigidos a la atención a pacientes inmigrantes, refugiados o solicitantes de asilo. 12 intérpretes sanitarios expertos en salud mental procedentes de: Bosnia (1), China (1), República Checa (1), Irlanda (1), Italia (1), Polonia (2), Rumania (2), España (2) y Sudán (1).
Resultados	<p>En cuanto a la importancia de los factores culturales que influyen en la narrativa, o la manera en que contamos nuestras historias o experiencias pasadas:</p> <p>Los intérpretes mostraron ser conscientes de las diferencias culturales en la manera en que entendemos y contamos historias, y en la importancia que le damos a estas narraciones. Algunos intérpretes destacaron las representaciones simbólicas que suelen utilizar en la cultura de África Subsahariana para hablar de la realidad. Otros hablaron de la falta de detalles en las narraciones de historias o eventos pasados de los pacientes árabes, atribuida por los intérpretes a una cultura más conservadora que hace más difícil conseguir que el paciente comparta sus experiencias de manera detallada con el profesional sanitario. Los intérpretes acostumbrados a trabajar con pacientes europeos apreciaron pocas diferencias en cuanto al modo de contar historias según la procedencia del paciente. La mayoría de los participantes intérpretes se centraron en destacar las diferencias culturales y lingüísticas, como por ejemplo el hecho de que una palabra que pueda parecer equivalente a otra en otro idioma puede tener un significado diferente o utilizarse de una manera diferente en la otra lengua o cultura. Otros destacaron las diferencias culturales en la manera de reaccionar emocionalmente ante determinadas situaciones o en la manera de entender el cometido de cada miembro de la familia en cuanto a la crianza. Estos ejemplos confirman que los intérpretes entrevistados no terminan de entender la narrativa como una unidad organizacional de comunicación, lo que resulta necesario si el objetivo de la interpretación es conseguir la equivalencia pragmática entre el mensaje transmitido y el original. Solo un intérprete destacó diferencias organizacionales en la manera en la que se cuentan las cosas, destacando una cultura en la que la estructura no es lineal ni cronológica. El autor destaca que el hecho de que los INT no dieran tanta importancia al factor organizacional de la comunicación no quiere decir que estos no trasladen los mensajes de manera equivalente pragmáticamente, ya que cuentan con técnicas para transmitir el significado implícito en las intervenciones.</p> <p>Los profesionales sanitarios del ámbito de la salud mental entrevistados destacaron las costumbres de la cultura del paciente más que la forma en que este narra sus experiencias. Algunos, por ejemplo, destacaron la tendencia de los pacientes de algunas culturas a centrarse más</p>

en los síntomas somáticos y a mostrarlos de manera más dramática. Otros hablaron de diferencias culturales en cuanto a lo dispuestos que pueden estar los pacientes a contar sus experiencias o mostrar sus sentimientos. Un participante destacó que las pacientes musulmanas víctimas de violencia sexual, por ejemplo, suelen negarse a hablar de estas experiencias tan traumáticas. Esta tendencia a destacar más las costumbres en la manera de contar las historias muestra que, al igual que los intérpretes, los profesionales sanitarios participantes no terminan de ser conscientes de la importancia cultural de las narraciones como entidades organizacionales en el ámbito de la salud mental.

En cuanto a la importancia de los factores situacionales que influyen las narrativas:

Los intérpretes se mostraron menos conscientes que los profesionales sanitarios de las diferencias en las narraciones según la situación específica del paciente y contexto dentro del ámbito de la salud mental, y de cómo la divergencia en el estilo narrativo puede dar pistas al profesional sanitario sobre el estado mental del paciente. Los profesionales sanitarios mostraron un mayor entendimiento sobre el modo en que las narraciones se construyen en el contexto específico de la atención en salud mental. Estos hicieron referencia a este tema 5 veces más que los intérpretes, de los cuales solo 1 mostró ser consciente de las diferencias situacionales en los estilos narrativos. Este destacó la existencia de las relaciones de poder y de una narrativa autoritaria por parte del sistema que prácticamente obliga al paciente a adaptar su narrativa a una manera en la que los profesionales sanitarios puedan comprenderle mejor. El autor recalca que todos los intérpretes deberían ser conscientes del nivel organizacional de la comunicación además de dominar las técnicas para transferir significado yendo más allá de lo literal de las palabras del paciente.

Los profesionales sanitarios de la salud mental mostraron más conocimientos sobre el valor significativo situacional de las narrativas. Esto confirma la creencia del autor de que las narrativas son un factor principal en los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

En cuanto a la importancia de la precisión en la transmisión del mensaje a nivel narrativo:

Algunos de los profesionales sanitarios mostraron preocupación por lo que la acción de “interpretar” podría suponer. Para ellos, este término sugiere que el intérprete va a hacer su propia interpretación del mensaje del paciente y transmitirlo desde su visión, en vez de mantenerse completamente fiel a las palabras que el paciente ha utilizado. En estas ocasiones el autor les explica que cuando hablamos de traducción nos referimos a la expresión escrita y cuando hablamos de interpretación nos referimos a la expresión oral. Esto muestra ciertas dudas por parte de estos profesionales sanitarios sobre la labor del intérprete en la consulta. En algunos casos estas dudas se han formado como resultado de la experiencia del profesional sanitario con un intérprete que, según el profesional sanitario, había escondido partes del mensaje del paciente o las había reinterpretado utilizando su propio criterio, pudiendo esto repercutir en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Sobre la interpretación literal, algunos profesionales sanitarios mostraron más preferencia hacia esta manera de interpretar, en contraste con la literatura existente sobre interpretación que apoya la transmisión del mensaje y significado de manera pragmática antes que literal, ya que una interpretación literal palabra por palabra puede no tener sentido en la lengua meta y perderse el mensaje y significado de la intervención en la lengua origen. Por otro lado, los intérpretes mostraron ser conscientes de la posibilidad de transmitir con exactitud el mensaje y significado de una intervención sin utilizar la interpretación literal, sino más bien una interpretación basada en la equivalencia pragmática.

En cuanto a la omisión y adición en los mensajes transmitidos, tanto los intérpretes como los profesionales sanitarios entrevistados coincidieron en que cualquier omisión y adición al mensaje del paciente repercutirá negativamente en el desarrollo de la sesión, en el

	<p>diagnóstico y en el tratamiento elegido. El autor sospecha que los intérpretes muestran esta visión para contentar a los profesionales sanitarios, ya que según varios estudios en interpretación en ocasiones se puede contemplar el uso de la omisión o la adición para transmitir el mensaje de manera pragmática más que literal.</p> <p>El autor introduce también el tema del registro y de la coherencia y cohesión. Los registros se desarrollan a partir de factores culturales, situacionales y socioeconómicos, por lo que si el paciente no domina el discurso institucional utilizado en los servicios a los que pretende acceder, es posible que se considere que su discurso no es coherente o cohesivo. Los intérpretes entrevistados se mostraron más conscientes de este problema que los profesionales sanitarios. De hecho, los profesionales sanitarios pueden desconocer también el registro en el que se comunican los pacientes a los que atienden y por lo tanto pueden no detectar incoherencias en sus discursos que dependan de otros elementos lingüísticos, por lo que el autor destaca que es imprescindible que estos profesionales tomen conciencia sobre la importancia del registro en la atención a pacientes extranjeros. Los intérpretes entrevistados hicieron referencia a la importancia de elevar el registro del paciente o disminuir el del profesional para que la comunicación entre ambos sea más eficiente. Sin embargo, el autor destaca que esta disminución del registro no debería depender del intérprete, sino del profesional, y resalta los riesgos que puede conllevar elevar el registro del paciente o reinterpretar su mensaje para la transmisión eficiente del mensaje y significado de la intervención del paciente. El hecho de elevar el registro del paciente puede implicar también que el intérprete está juzgando las capacidades del paciente y dudando sobre la capacidad del profesional sanitario, que puede haber presenciado diferentes registros entre los pacientes que hablen su lengua, para entender el registro del paciente. Estos cambios en el nivel del registro pueden llevar a la distorsión de los mensajes de ambas partes, por lo que el autor sugiere que es preferible que el intérprete se ajuste lo máximo posible al registro utilizado por las partes.</p> <p>En cuanto a la formación que hayan recibido los intérpretes entrevistados, los resultados están expuestos en la tabla nº 7 (artículo de la misma autora cuyos resultados se recopilan también en esta tesis).</p>
Conclusiones	<p>El estudio no ha encontrado un consenso entre todos los participantes (profesionales sanitarios e intérpretes) en relación a la importancia de las narrativas y la precisión en la transmisión del mensaje en las consultas en atención a pacientes extranjeros en salud mental. Se ha destacado que la mayoría de los participantes, tanto intérpretes como profesionales sanitarios, no eran conscientes del factor organizacional de las narrativas.</p> <p>El estudio sugiere que las narrativas no se construyen de manera consensuada entre el profesional sanitario y el intérprete, ya que cada parte entiende las narrativas y valora su importancia de manera diferente.</p>

SECCIONES TRADUCIDAS: INTRODUCCIÓN, METODOLOGÍA Y CONCLUSIONES

1. Introduction

Human migration has occurred throughout the history of mankind. In fact, the societies we live in have developed as a result of migratory movements. However, these societies are deeply rooted in global inequality, which has led to enormous social and economic imbalance, as the economic privilege of the richest countries has been grounded in the continuous impoverishment of the developing countries. This explains why migration still happens at the moment, as the access to education, economic level, personal development, physical and mental health, and other factors which affect our lives, strongly depend on the place where the individual is born. For this reason, it is inevitable for people living in unprivileged countries to leave their homelands in search for a better life. Moreover, war, conflict and organized violence which take place – or, more accurately, which are caused – in some parts of the world force people living in these places to leave their homes, culture, customs, family and friends behind as their only means to survive and flee the country with hopes of finding another one which will grant them refugee status so that they can start over. These people, both migrants and refugees or asylum seekers, are entitled to the access to the public services offered by the institutions of the hosting countries as any other citizen, but often this access is impossible due to linguistic and cultural barriers, as their own language and culture are different from the dominant one in these institutions. One of the most important services which people require in order to ensure their quality of life is healthcare, and migrants and refugees must be able to use this service as, according to the World Health Organization, the access to healthcare is a basic human right. This situation has given rise to the need of the activity of the healthcare interpreter, who plays a pivotal role in breaking down the cultural and linguistic barriers that keep the social groups that do not speak the dominant language from accessing healthcare quality.

On the other hand, another issue which is more and more common in our society has to do with mental health, as around 450 million people around the globe suffer from mental health problems according to WHO. Migrants, refugees and asylum seekers have experienced displacement, the abandonment of their cultures or the loss of family members and friends. Furthermore, they have to face a new language and culture and

the need to adapt and integrate within the societies of the hosting countries, where they might also suffer from racism and discrimination. For this reason, these groups of people are at great risk of developing mental health issues, which are usually caused as a result of the aforementioned factors. Therefore, migrants, refugees and asylum seekers need to be able to access the mental health services and institutions of the hosting countries, but this is often impossible because of the language and cultural barriers. Due to these circumstances, the mental health interpreter is essential so as to ensure that these groups that do not speak the dominant language are granted access to mental health services, just like any other citizen living in the same country.

Due to all the factors mentioned above, we have formulated a series of questions about the role of the healthcare interpreter in the mental health context which need to be answered. These include the following: a) what is the main role of the mental health interpreter? b) what does their job consist in? c) what specific requirements must they meet to perform their role in this context? d) what are the challenges the interpreter will have to face? In order to solve these questions, considering the importance of the research in medical interpreting in the improvement of mental healthcare for foreign patients, we have decided to conduct a systematic literature review on the existing evidence about the role of the healthcare interpreter in the mental health setting.

This review will try to answer the questions we have formulated and it has three main objectives. First of all, this study aims to identify the available existing literature on the role of the healthcare interpreter in the mental health setting. Then, we intend to offer an intensive synthesis of the available evidence related to mental health interpreting. Finally, we wish to provide a framework of reference for those who wish to conduct new studies on mental health interpreting.

On the other hand, we have designed a series of sub-objectives in order to answer the aforementioned questions about the role of the interpreter in this setting, which include the following: a) to analyze the psychological and emotional impact of the work of the mental health interpreter; b) to show how important cultural factors are in mental healthcare; c) to prove the importance of good practice in mental health interpreting so as to elaborate efficient diagnoses and treatment plans; d) to expose the need for specific training in healthcare and mental health interpreting; e) to analyze the specific characteristics of mental health interpreting for refugees and asylum seekers; f) to show

the importance of developing a good professional relationship between the mental health professional and the interpreter and its effects on the medical assistance for foreign mental health patients; and g) to analyze the importance of pragmatics and the patient's narrative in the transmission of meaning and its impact on patient care in the mental health setting.

In order to conduct our review and achieve the objectives and sub-objectives we have presented above, we are going to carry out a systematic, pre-established, explicit, impartial and repeatable process, so that our review can be mimicked by other researchers that will be able to prove our results. For this purpose, we will perform an intensive systematized search in different data bases for translation and interpreting studies, using predesigned search strings and applying a pre-established inclusion and exclusion criteria in order to access all the available existing literature on the role of the healthcare interpreter in the mental health context. The main goal of this systematic, explicit and repeatable process, which will be shown in the methodology section, is to provide our review with scientific value.

After carrying out this systematic process and collecting the primary studies that best fit our exclusion and inclusion criteria, we will read them and synthesize them. After doing so, we will analyze and discuss our results concerning the different themes we encounter in these studies, taking the objectives and questions we are determined to solve into account. Moreover, we will analyze the value of the results of the studies comparing them with other existing literature on mental health interpreting such as books, secondary studies like other systematic reviews and studies which use bibliographic sources.

Finally, after conducting our review and analyzing its results, we will return to the questions, objectives and sub-objectives we formulated at the beginning of our study and we will assess whether we have solved them in our conclusions. We will also consider what limitations our study may be subject to.

3. Methodology

This section of our study will explain the process and method that have been used throughout our systematic literature review. This process has been documented during the elaboration of the review, so here we will provide justifications for every one of the decisions we have taken from the beginning of the study to its conclusion. Moreover, the results of our review which have been synthesized and exposed in tables for each of the studies we have collected will be exposed in this section.

First of all, we will expose the different sources of information which we have used for our revision. This refers to the databases we have decided to use and the reasoning which has led us to choose these databases and dismiss others that were considered when we started planning the process we would follow. Moreover, the search strings we have used in order to perform our searches in these databases and the method that has been used to design them will also be shown.

Then, we will explain the inclusion and exclusion criteria which have been applied in order to collect the studies that best fit the approach of our revision, and the reasoning and justification behind every decision concerning the designed criteria. These criteria mean to set the boundaries for our SLR concerning the type of study we must take into account in order to represent the existing literature on the topic in question.

Finally, we will expose the collecting and codification process of the found studies through our searches performed in the databases we have selected, using the search strings which we have designed. Moreover, in the last point of this section we will synthesize the studies that we have collected for our systematic literature review. For this purpose, we will use tables for each of the studies, where we will show the characteristics of each of them and expose an exhaustive synthesis of each of them. These exhaustive syntheses will serve as guidance for the understanding of the process we have followed so as to collect the different themes we will further discuss in the fourth section of this piece of work.

3.1 Sources of information and search strings

This section exposes the data bases that we have decided to consider for our review and the search strings we have designed for our purpose.

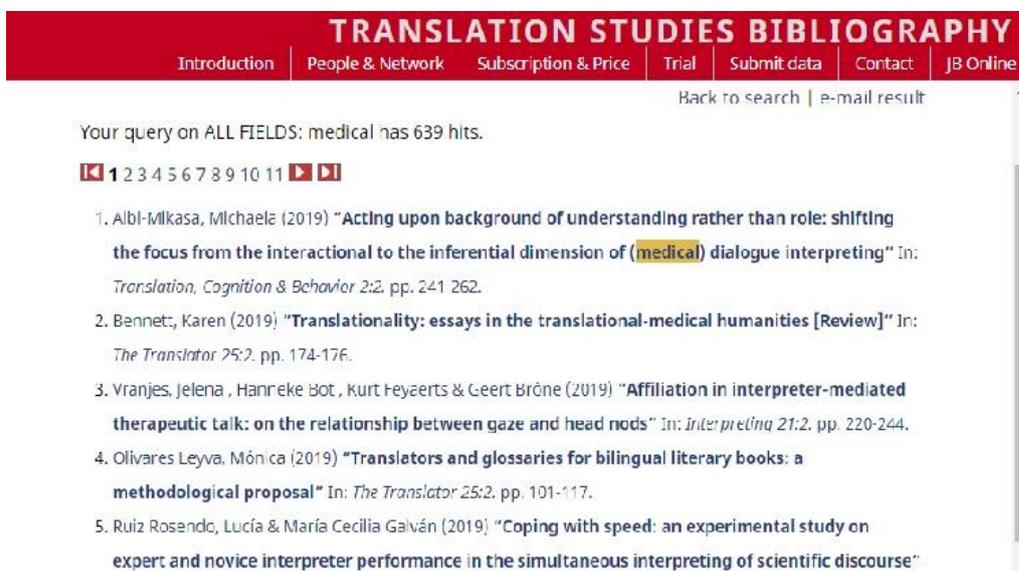
3.1.1 Sources of information

In order to perform our systematic literature review, we have decided to use two main databases: BITRA (*Bibliografía de Interpretación y Traducción*) and Translation Studies Bibliography. At the beginning of our study we considered other databases such as Dialnet, JSTOR or LLBA. However, we have decided to opt for these two databases as they specialize exclusively in the field of translation and interpreting studies, as our main objective was to conduct a systematic review on the existing literature on the role of the healthcare interpreter in the mental health context available in translation and interpreting specialized databases.

The first source of data we have taken into account, BITRA (*Bibliografía de Interpretación y Traducción*), is a database which was designed by the University of Alicante and that focuses on the field of translation and interpreting research. This database already contains, according to its website, over 80000 entries related to studies on translation and interpreting. Moreover, it constitutes one of the most important sources of information concerning translation and interpreting practice in the field of health science. As Javier Franco states, “BITRA ya constituye una fuente de datos lo suficientemente representativa como para servir de referencia a la hora de realizar una revisión sistemática de las características globales de todo lo publicado sobre traducción e interpretación médica a lo largo de la historia” (Franco, 2010: 152). Due to the magnitude of this database concerning the research on translation and interpreting practice in the medical context – back in 2010 it already contained 857 references to specialized publications in this field, 31 % of which were written in Spanish and 52 % in English (Franco, 2010) – we have considered it essential to use BITRA in our systematic literature review.

The second database we have considered for our review is Translation Studies Bibliography, which was created as a collaborative project between different universities and the Dutch publishing company John Benjamins Publishing. This database, according to its website, already contains more than 30000 annotated records related to the interpreting and translation field of research. If we perform an advanced search using the search terms in English “medical” and “health” and review the results, we will realize that this database contains over 650 entries (see picture 1) related to translation and interpreting practices in the field of health science. For this reason –

even if this database has some limitations as the fact that most of its entries are in English – we have considered it appropriate to take it into account for our review given its specialization in the field of interpreting and translation.



Picture 1: Search of studies related to health sciences in the database TSB → <https://benjamins.com/online/tsb/>

Out of the two databases we have used in our SLR, we have obtained more results from BITRA, as it contributed with a high percentage of the studies we have collected. In Translation Studies Bibliography, however, we obtained a smaller number of studies, some of which had already been found in our first database, though these results will be exposed in detail further in this document.

3.1.2 Search strings

As a means to perform our searches in the two databases we have decided to use, two search strings have been designed so as to collect all the existing evidence on the role of the healthcare interpreter in the mental health context, considering our inclusion and exclusion criteria which will be exposed in the following section. In order to design our search strings we have taken different factors into account, which are: the language of the search strings, the most representative terms of the topic in question and the most appropriate boolean and truncation operators so as to ensure that our search strings fulfilled their purpose.

Concerning the language of our search strings, we have decided to use our search terms in English so as to get access to both the studies published in English and in Spanish. This is due to the fact that quite frequently Spanish publications include a translation

into English of their abstract and keywords, which does not often happen in the studies which were originally published in English. Therefore, by using search terms in English we will be able to obtain access to studies published in English and in Spanish.

Regarding the terms we have decided to use, we have considered it necessary to select those terms which better represent the topic in question. Thus, the main terms we have used are “mental health”, “psychiatry” and “interpreting”. By using these terms we meant to obtain access to all the entries contained in our databases which are related to interpreting in the field of mental health. Due to the general nature of the three terms, we will get access to more general studies and others which specialize in a specific field of mental health, as most of them will appear under the umbrella term “mental health”.

Another important factor to take into account for the design of our search strings is the selection of the boolean operators we meant to use in order to limit our results to the topic we are dealing with. By using boolean operators we can specify whether we want the results of our advanced search to contain some of the terms or all of the terms used in our search string. As Aleixandre-Benavent and others state, the databases’ system allows you to “utilizar operadores booleanos o sus equivalentes: la opción de búsqueda «todas las palabras» es equivalente a intercalar el operador AND entre cada una de ellas, es decir, recuperará los documentos que contengan todos los términos incluidos; la opción «alguna palabra» es equivalente a utilizar el operador OR entre cada una de ellas, es decir, recuperará los registros que contengan al menos una de las palabras contenidas en la estrategia de búsqueda” (Aleixandre-Benavent et al., 2011: 178). Therefore, if we do different advanced searches with each of the terms we are interested in on their own, the results will be quite extensive. However, if we combine these terms in our search string and use the boolean operator AND, we are going to limit our search results to those entries which contain all the terms which compose the search string.

Finally, we have also made use of truncation operators in order to obtain all the terms which share the same root word. By using these operators we can obtain a wider range of possibilities regarding the results of our searches. According to Lara Navarra and Martínez Usero, truncation operators “ayudan a buscar todas las posibilidades semánticas de un término, por ejemplo sus derivados, fijando por prefijación o sufijación las variantes léxicas. Así, los llamados caracteres comodín, como el asterisco (*) o la interrogación (?) sustituyen un carácter o un conjunto de caracteres” (Lara

Navarra y Martínez Usero, 2004: 10). For instance, if we introduce the search string “translat*” in the advanced search, we are going to obtain all the entries which contain the terms which share the root word “translat” (e.g. translation, translator, translations, etc.).

Thus, two search strings have been designed for our systematic literature review, which are: «mental AND health AND interpret*» and «psychiatr* AND interpret*». Regarding the first one, we have used two terms in English to refer to the concept of mental health followed by the root word “interpret” and the truncation operator “*”, so that we can obtain all the terms which share this word root (interpreting, interpretation, interpreter/s, interpreted, etc.). Moreover, we have made use of the boolean operator AND in order to recover the entries that contain all the terms introduced in our search string. By using this search string in the selected databases we will obtain all the entries concerning mental health interpreting. With regard to our second search string, we have used the two English word roots “psychiatr” and “interpret”, both followed by the truncation operator “*” so as to obtain all the entries including the terms which share these word roots (psychiatry, psychiatrist, psychiatric, etc.). Once again, we have made use of the boolean operator AND with the same purpose as with our first search string, which is to obtain all the results which contain both terms. Regarding this second search string, we must highlight the importance of the construction “psychiatr*” in order to get access to all the entries related to healthcare interpreting in the field of psychiatry, which might not appear as results if we searched the concept “mental health”.

3.2 Inclusion and exclusion criteria

In order to set the boundaries for the type of publications we wanted to consider for our review, we have decided to apply a series of inclusion and exclusion criteria for our search. This is an essential step in every systematic literature review, as those who wish to conduct a SLR “deben señalar las características de los estudios para ser incluidos o excluidos” (Beltrán y Óscar, 2005: 63). These inclusion and exclusion criteria are the following:

- a) Type of study: in order to conduct our SLR, we have decided to consider only those primary studies which provide empirical evidence so that we can get access to more realistic and detailed perspectives on the role of the healthcare interpreter in the context of mental health. Thus, those studies which only

provide theoretical or bibliographic evidence have been dismissed. Moreover, secondary studies such as other systematic literature reviews have also been excluded.

b) Language of publication: it has been decided that the studies we would take into consideration would be those which were published in English and in Spanish, as these are the two languages the author specializes in and their working languages. Therefore, we have decided to exclude those studies which were published in other languages, as we do not specialize in them.

c) Year of publication: we have decided to consider those studies that were published between the years 2000 and 2020 for our review. This is due to the fact that research in the field of interpreting and translation in healthcare settings is still growing, a factor which importance we need to consider as we wish to explore a specific area of the field of medical interpreting. For this reason, we have considered it appropriate to take into consideration those studies published from 2000 until the present, as we do not believe that the studies published in the beginning of the century are outdated as the research in the field of mental health interpreting is pretty recent. Thus, those studies that were published before 2000 have been dismissed, as their results and findings might be obsolete at the moment.

d) Study population: we have decided to consider those studies which population consisted of healthcare interpreters who have worked in the mental health setting, health professionals who specialize in this area (psychiatrists, psychologists, nurses and other members of the healthcare staff) or foreign patients such as immigrants, refugees and asylum seekers, who have needed, required or used interpreting services in the context of mental healthcare. With this decision, we mean to prioritize those studies which are more realistic and that show the experiences of the participating parts – the patient, the mental health professional and the interpreter – in the sessions, such as in an appointment with a MHP and other services where linguistic assistance is needed. Furthermore, we have decided to exclude those studies related to sign language interpreting, as we consider we should not engage with this field of interpreting as we do not specialize in it.

e) Objectives of the study: it has been decided to include those studies which focus on the role of the healthcare interpreter in the context of mental health.

3.3 Presentation of the search process and synthesis of the collected studies

In this section of our piece of work we will firstly expose the search and collection process of the studies which best fit our approach and our inclusion and exclusion criteria. Then, we will move on to the analysis and synthesis of the studies we have decided to use for our systematic literature review, which will be exposed in tables. These tables will include information about the year of publication, the author of the studies, their title, the methodological approach used in the studies, the process which have been performed in each of them, and the variables which were relevant to the understanding of the studies, their results and their conclusions.

3.3.1 Presentation of the search and collection process

This section exposes the search process we have performed in the databases BITRA and Translation Studies Bibliography, using the search strings we have designed. Since we first started performing our searches in February 2020, we have documented this process in detail, by providing a justification for each of the decisions we have taken. Moreover, this section will show the number of studies which we have decided to consider for our review, always remembering the exclusion and inclusion criteria we have decided to apply, which were exposed in the previous paragraph.

3.3.1.1 Search in BITRA

First of all, we will expose the search process in the database BITRA. We have decided to perform our advanced search under the option “todos los campos” (all the fields) in this database. By doing so, we intend to get access to as many entries as possible considering the title of the studies, their topic, the year of publication, key words, and other available fields to search under in this database. This way, we are going to obtain limitless results on the topic in question, even if this implies that we are going to have to carry out an exhaustive reviewing process of all the entries resulting from our search, as a high percentage of the resulting entries might not fit our research approach. Moreover, as we have explained above, we have made use of the boolean operator AND, which can be found in this database as “Y”, in order for our results to include all the terms which form our search strings (see picture 2).

Campos por los que se puede realizar la consulta

Todos los campos ▾	mental health interpret*	Y ▾
Todos los campos ▾		Y ▾
Todos los campos ▾		Y ▾
Año ▾		Y ▾
Título ▾		Y ▾
Idioma ▾		Y ▾

Palabras clave ▾ Buscar

Seleccione los campos por lo que desee hacer la consulta y pulse el botón buscar

Picture 2: Demonstration of advanced search tool in BITRA →
https://aplicacionesua.cpd.ua.es/tra_int/usu/buscar.asp?idioma=es

By using the first search string we have designed, «mental AND health AND interpret*», we obtained 99 initial results. After an initial review, we dismissed 67 of the resulting entries, as they did not focus on the field of mental health interpreting, leaving us with 32 remaining entries which we considered could fit our approach regarding the topic of the studies. Out of these 32 entries, we finally collected **17 studies** after reading the information included in their abstracts which were exposed in the databases and considering they could fit our approach, which we will exhaustively analyze. The 15 studies we dismissed after a second review of the resulting entries were not considered as they did not fit our inclusion and exclusion criteria. Many of these entries did not provide empirical evidence, were secondary studies like other systematic literature reviews, had been published before 2000, did not fit our inclusion criteria concerning their population, as their subjects of study were not mental health professionals, healthcare interpreters or foreign users of the mental health service; or dealt with fields in which we do not specialize, such as the sign language interpreting field.

After introducing our second search string, «psychiatr* AND interpret*», we obtained 46 initial results. Out of these, we dismissed 30 publications which were not related to mental health interpreting, which left us with 16 entries which we considered could be useful for our review. Concerning these 16 entries, 4 of them already appeared as results for our previous search using our first search string. , we obtained 12 new entries which we could consider for our final selection. Once we reviewed the abstracts of each entry we have decided to take into consideration, which were available in the database, we finally selected only **3 studies** which could fit our approach and that we would further

analyze exhaustively. Thus, we decided to dismiss 9 studies which did not fit our inclusion and exclusion criteria. With most of these studies, we have decided not to consider them as they were published before 2000, most of them from the 70s and the 80s. We thought it was interesting when we found out that most of the studies which included the terms related to psychiatry had been published in the last decades of the 20th century, as opposed to the small number of studies including the term “mental health” which were published in these periods.

Thus, we finally obtained **20 studies** which we would consider for our final selection in the BITRA database, thanks to our advanced searches using our two predesigned search strings.

3.3.1.2 Search in Translation Studies Bibliography

Here we will expose the search and collection process in the database Translation Studies Bibliography. This database is only available for those who decide to pay a subscription, as opposed to the first database we used, BITRA, which allows free access for those who wish to use it. However, Translation Studies Bibliography offers a three-month free trial for those who wish to try it before starting paying, which only requirement is to register in the database. This is the option which we considered was most convenient and what has allowed us to get access to the content of the web.

In this database we have used the same method as in BITRA. We have decided to perform our searches under the option “All fields” so as to get access to as many entries as possible including the terms derived from our search strings in any of the available fields in the web (author, keywords, title, abstract, etc). Therefore, once more we have had to perform an exhaustive review of all the resulting entries so as to select only those which fit the topic and approach of our study. We have used the boolean operator AND in this database in order to get access to all the entries including the terms which share that root words which form our second search string (see picture 3).

Field	Search string	Logical operator
Author/Editor		AND
Title		AND
Keyword		AND
Abstract		AND
Publisher		

SEARCH CLEAR + -

Picture 3: Demonstration of advanced search tool in the database TSB → <https://benjamins.com/online/tsb/>

By using our first search string, «mental AND health AND interpret*», we obtained 35 initial results. After the first review of these results, we dismissed 20 studies which did not fit the topic and approach of our piece of work, as most of them did not specifically engage with healthcare interpreting in the context of mental health. Therefore, we obtained 15 publications which met the requirements of our study. Out of these 15 studies, 8 already appeared as results for our searches in the database BITRA. Therefore, we obtained 7 new studies to take into account for our final selection. Out of these 7, we dismissed 4 studies which did not fit the inclusion criteria, as some of them were not primary studies which provided empirical evidence and others were published before the year 2000. Thus, after this search we obtained **3 new studies** to consider for our final selection, which we will read and analyze in order to assess whether we should include them in our SLR. If we take the studies we had already found in BITRA into account, then we found 8 studies in the database Translation Studies Bibliography after using our first search string.

After introducing the second search string we have designed, «psychiatr* AND interpret*», we obtained 11 initial results. Out of those, we dismissed 7 entries which did not fit the topic and approach of our study. Therefore, we obtained 4 studies which could be convenient to include. Out of these 4 studies, 3 already appeared as results in the database BITRA when we used our second search string. The remaining study was also dismissed due to the fact that it was published before the year 2000, so it did not fit our inclusion criteria. Thus, we **did not obtain** any new study to consider for our final selection. If we take the studies we had already found in BITRA into account, we obtained a total of 2 studies which we could consider for our final selection after

performing an advanced search in Translation Studies Bibliography using our second search string.

In sum, we finally obtained **3 new studies** which we could consider for the final selection of studies for our systematic review after performing the two advanced searches with our search strings in the database Translation Studies Bibliography. If we considered the studies which already appeared as results in BITRA, we obtained a total of 8 studies to take into account for the final selection in TSB.

3.3.1.3 Final selection

After performing the searches in the databases BITRA and Translation Studies Bibliography, using our two predesigned search strings «mental AND health AND interpret*» and «psychiatr* AND interpret*», **we have collected a total of 23 studies** which could be useful for our systematic literature review. Out of these 23, 20 have been found in the first database and 8 in TSB, as 5 of the first 20 were also found as results in the second database. Therefore, out of the total of collected studies, 65 % were found exclusively in BITRA (n=17), 13 % of them in Translation Studies Bibliography (n=3) and 22 % (n=5) were found in both databases (see figure 1)

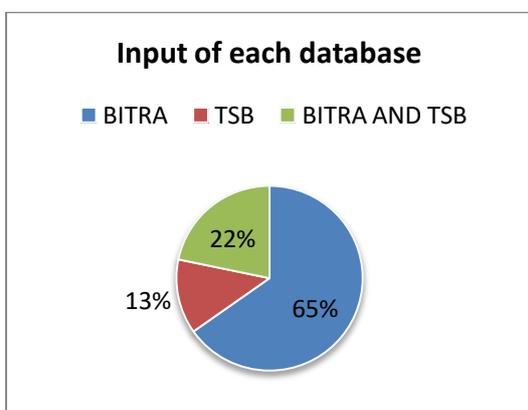


Figure 1: Graphic representation of the input of each database regarding the collected studies

After performing this first selection of studies, the next step was to obtain access to these pieces of work so that we could read them, review them and deeply analyze them in order to decide on which studies we could consider for the final selection for our review. Considering the resources at our disposal, the first step we had to follow in order to get access to these studies was to obtain the VPN (Virtual Private Network) of the University of Alcalá Library. After contacting the Learning and Research Centre (CRAI), they told us how to obtain the VPN so that we could get access using our user

account of the University of Alcalá to those websites where we could obtain the full-text versions of the collected studies. In order to do so, we downloaded the program FortiClient, through which we have obtained access to the VPN of de UAH by introducing its name, which had been provided by the user service staff of the library, and by logging in with our user account and our password as students of the University of Alcalá (see pictures 4 and 5).



Picture 4 and 5: Demonstration of the access mode to the VPN of the UAH through FortiClient

By using this method, we have been able to obtain access to those studies which were not available for any user and could take them into account. Nevertheless, a high percentage of the collected studies had to be dismissed, as their full-text versions were not available for students with authenticated university user accounts or public users. In some cases, we have tried to contact the authors of these studies through websites which are designed to foster collaboration between researchers, such as the platform ResearchGate, in order to request the full-text version of their studies, always explaining our purpose. However, we did not get an answer from any of the authors, as they probably just did not see our request. Therefore, we had to discard 13 of the studies we initially collected as it was impossible for us to obtain access to their full-text versions. In order to decide not to use other alternatives, such as the use of platforms where you can purchase these pieces of work, we considered that this review had to follow a process which could be mimicked by other person who specializes in the field of research, who could perfectly be a student just as we are and, therefore, we should not assume that they will count with the necessary resources in order to get access to these studies through payment. Furthermore, we intend to review those studies which are fully available for undergraduate and postgraduate students, or for researchers who are working on their doctoral theses or dissertations.

On the other hand, after performing an intensive reading of the full-text versions of the 10 studies, we had to dismiss one of the articles as, after reading it in detail, we discovered that it did not focus solely on the field of mental health interpreting, with only one section dedicated to interpreting in this context. Therefore, we have finally collected 9 studies, with both articles and doctoral theses among them, which we could obtain access to and that fit our inclusion criteria. Thus, after performing this searching, collecting, accessing and reading process, we have gathered 9 studies for our systematic literature review on the available evidence of the role of the healthcare interpreter in their work with foreign patients in the field of mental health. The diagram presented following this paragraph shows the process of selection and the application of the inclusion and exclusion criteria which led us to finally obtaining 9 studies that we would analyze in our review.

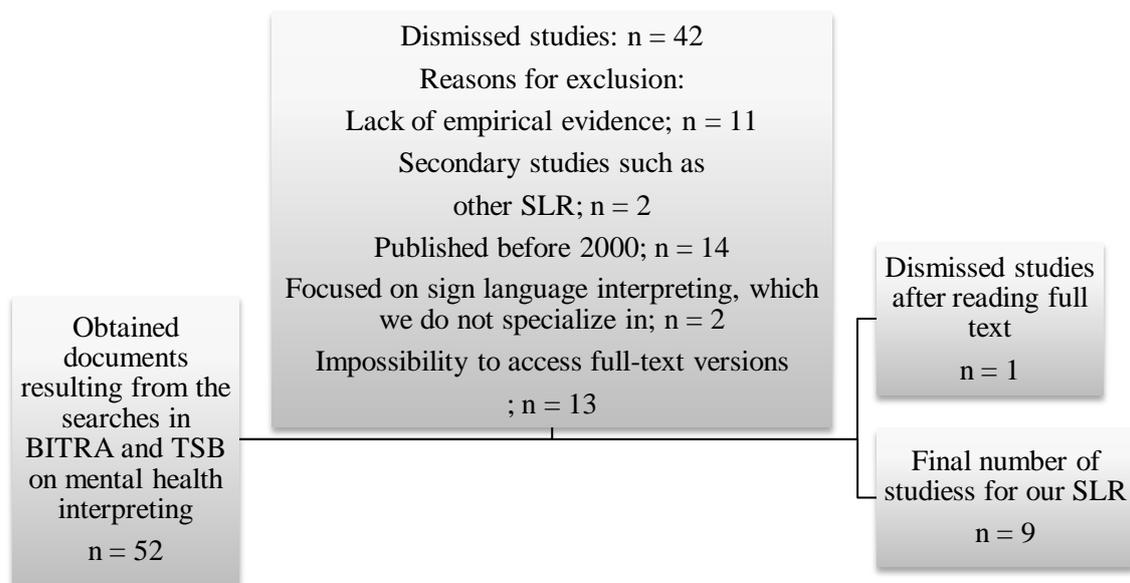


Diagram designed by the author of this piece of work which shows the study collection process

5. Conclusions

In this section, which puts an end to this study, we must return to the research questions formulated and the objectives and sub-objectives set at the beginning of the paper. It will be assessed whether these objectives and questions have been solved in the course of our revision. Therefore, here we will present our conclusions by analyzing the work we have performed. A critical approach will be used in order to consider both our accomplishments and the limitations our study might be subject to, so as to highlight the scientific value and rigour of the research process.

First of all, we have conducted a systematic literature review on the existing evidence about the role of the healthcare interpreter in the mental health setting. A systematic, repeatable and explicit process has been designed and performed, which we have documented and exposed in the methodology section. The most appropriate databases so as to perform our advanced searches have been carefully selected, both of them specialized in the translation and interpreting field of research. In order to perform our searches we have used two predesigned search strings by combining the most adequate terminology and employing boolean and truncation operators, so as to avoiding limiting our search results and accessing all the available existing literature on our research question. Moreover, we have applied our inclusion and exclusion criteria which were meant to provide our results with scientific value. By using these criteria, a rigorous and strict selecting process has been performed, which has led us to collect all the existing studies that are available for the researcher. Therefore, our first objective has been achieved, as it meant to identify the available existing literature on the role of the healthcare interpreter in the mental health context.

On the other hand, once the search has been performed and the best studies to take into account for our review collected, we have read them and exposed their results in tables, performing an intensive synthesis of each one of them. These tables included information about the methodology and process used in the studies and the variables that were relevant to the understanding of their results. Moreover, they presented an exhaustive synthesis of the results of the studies and exposed their conclusions. By virtue of this process, we have achieved the second objective we set in the introduction, which meant to provide an exhaustive synthesis of the available evidence about healthcare interpreting with foreign patients in the context we are dealing with.

At the beginning of our paper, we presented a series of sub-objectives we were determined to achieve, which main goal was to give answers to the research questions about the functions and role of the interpreter, the challenges which they would have to face in their job and the different requirements they needed to meet in order to perform their activity in the mental health context. These sub-objectives have been discussed in the section dedicated to the analysis of the results of our study, through the different themes we have encountered in the collected primary studies. Before assessing whether or not these sub-objectives have been achieved, we need to acknowledge an essential factor concerning the studies we have collected. Most of the selected studies used qualitative methodologies, semi-structured interviews or approaches such as the interpretative phenomenological analysis. These methods intend to acknowledge and understand the personal experiences of the subjects of study and to explore the individual perspective of the participants on their experience as interpreters in the mental health context. This implies that the results of these studies might only represent the subjective views of the respondents and interviewed participants, so it should not be assumed that these results represent a generality. Nevertheless, by analyzing the results of these studies, comparing them and making use of other existing literature to corroborate them, we provide our analysis of the themes we have selected with scientific value.

The first theme extracted from the studies has been explored in the first section of our analysis, where we have discussed the emotional impact of the work of the mental health interpreter. This section is the largest of the study, as the discussed theme gained importance in many of the collected studies. After analysing the results of these studies and comparing them with other existing literature, we have obtained enough evidence so as to affirm that the mental health interpreter might suffer serious emotional consequences as a result of their work, which are going to affect the development of their personal and professional lives. These consequences emerge as a result of the limit situations the interpreter has to face in their job and of the stories of violence, discrimination, the horrors of the war, and other traumatic events which are present in the narratives of many migrants and refugees in this context. On the other hand, the interpreter might use these difficult situations they have to face to improve their professional skills in this specific setting. Moreover, these experiences might help the interpreter to recognize the value of their role through which the interpreter could be

improving the quality of life of people going through difficult situations. Therefore, we consider that our first sub-objective has been achieved, which meant to analyze the psychological impact of the work of the interpreter in the mental health context. Moreover, we have shown evidence about the fact that it is part of the role of the interpreter in this setting to acknowledge the situations they might encounter and try to develop coping mechanisms so that they can deal with the consequences of their activity, which will also ensure that the users of the mental health services get quality care. Thus, we also confirm the accuracy of the results of the studies where this theme gained importance.

Applying the same method as with our first theme, the impact of cultural factors in mental health interpreting has been discussed. First of all, we have shown that due to the different understandings of mental health that depend on the culture or country of origin of the individual the interpreter must develop strategies in order to make sure that the patient understands the different concepts and ideas that represent the views of the hosting country so that they can access its system and receive quality care. Moreover, interpreters should also try to educate the mental health professionals about the culture of the patient, providing any information concerning the cultural elements that might be implicit in the user's interventions and that might affect the progress of the session. On the other hand, by acknowledging the results of the studies and other existing literature, we have provided enough evidence so as to affirm that the interpreter plays a pivotal role in the elaboration of diagnoses by the mental health professional, who sometimes might leave out the influence of such cultural elements as the beliefs, customs, superstitions or cultural syndromes that might appear in the messages of the patient and that the interpreter must identify. Therefore, we can affirm that we have achieved our second sub-objective, which meant to expose the importance of cultural factors in mental health care.

Our third sub-objective meant to show evidence of the importance of good practices in mental health interpreting as a determining factor in the elaboration of diagnoses and treatment plans by the mental health professional. This importance has been highlighted in the analysis of most of the themes as they all showed that the efficiency in the role of the interpreter was essential in order to ensure that the patients receives quality care in mental health. Nevertheless, this topic has gained importance especially in two sections of our study. These sections dealt with the influence of cultural factors and the use of

unqualified staff in the elaboration of diagnoses. Concerning the first section, it has already been stated in the previous paragraph that the interpreter's cultural knowledge and their role as bridges between cultures are essential so as to elaborate exact diagnoses. Concerning the second section, enough evidence has been provided in order to affirm that collaborating with unqualified staff, relatives or friends of the patient, which usually do not have any knowledge of interpreting techniques and do not meet the requirements to perform this activity, poses a great risk to the mental state of the patient as inappropriate diagnoses could be elaborated as a result of the omission of important information by the person acting as interpreter or simply due to a negligent interpretation resulting from the lack of experience and training of the individual.

This lack of knowledge about interpreting techniques is related to our fourth sub-objective, which meant to expose the need for training in healthcare interpreting and specifically in mental health interpreting. This need has been analyzed in the section which dealt with the importance of training for interpreters. In this section, it has been shown that it is essential for the interpreters that wish to perform their role in this context to receive training in the specific characteristics of this context concerning the terminology used in this field of medicine, the social stigma of mental illness which the interpreter must fight or the best ways to intervene in the sessions so that their role benefits their development. On the other hand, enough evidence has been provided in our analysis so as to affirm that the use of untrained interpreters poses a risk to the integrity of the patient, who could be a victim of misdiagnoses and be under a treatment which is not appropriate for their condition and that might worsen their psychological state.

Another theme we have encountered in the revised studies is related to the professional relationship between the health professional and the interpreter in mental health settings, a theme which gained importance in most of the collected studies. In the section of our paper which dealt with this theme, the importance of this relationship has been analyzed – just like in the rest of the sections – using the results of the collected studies and other existing literature about the topic in question. By doing so, we have reached a conclusion about the fact that it is essential for interpreters and mental health professionals to build a positive relationship by promoting communication, cultural exchange, mutual understanding and developing problem-solving techniques so that every person who does not speak the language of the institutions can access quality

mental health care. A dysfunctional relationship between the mental health professional and the interpreter is going to affect the development of the sessions, which will negatively affect the mental health of the user of the service. Therefore, we have provided enough evidence so as to state that it is part of the role of the interpreter to do everything in their power to establish a good professional relationship with the MHP. Thus, we have achieved our fifth sub-objective, which meant to show the importance of a good professional relationship between the MHP and the MHI in ensuring quality mental health care to foreign patients.

Another theme we have encountered in the revised studies is related to mental health interpreting for refugees and asylum seekers. The section which dealt with this theme confirmed that the role of the interpreter is essential in order to bridge the cultural and linguistic gaps between the system of the hosting country and the refugee, who has been forced to abandon their homeland. The role of the interpreter in this sense is important as refugees are at risk of suffering social exclusion as it is impossible for them to access the services they require and, what's more, because many refugees have gone through traumatic experience before leaving their countries, in their journey or once established in the hosting country. Therefore, they are at great risk of suffering from mental health problems and must be granted access to the services they require even if they do not speak the language of the institutions, which is impossible without the intervention of the interpreter.

The last theme we have dealt with in our analysis was related to the importance of pragmatics and the narratives as determining factors in the practice of mental health interpreting. Concerning the first one, it has been shown that the interpreter must be aware of the pragmatic requirements which they must meet in order to do their job efficiently in this context. Some of these requirements include, for example, the need for the interpreter to be able to manage turn-taking in the sessions or to be ready for too long or almost monosyllabic interventions. Moreover, the interpreter must be able to manage incoherent speech and acknowledge the importance of the information transmitted in the messages, which they must be able to correctly interpret. With regard to the narrative of the patient, we have provided enough evidence so as to state that it is essential for the interpreter to understand the narrative of the patient as an organizational unit which consists of cultural, situational or chronological factors, among others. The interpreter must try to faithfully render this narrative to the mental

health professional when interpreting, as the patient can only express their suffering through their narrative and, therefore, it is their only means to improve their mental health. Therefore, as our last sub-objective has been achieved, we can state that we have reached most of our goals, as we have provided an answer for each one of our research questions and achieved the objectives set at the beginning of our study.

In order to put an end to this piece of work, we must consider one of the limitations our study might be subject to. This limitation, which is inevitable, is shared by every systematic literature review, and is related to their use of databases as sources of information. The databases such as BITRA and Translation Studies Bibliography are continuously developing and growing regarding their content, so the results we obtained from these databases in February 2020 might change if we repeated our predesigned process in a few months. Nevertheless, we understand this as a positive factor, as the updating of these databases concerning the topic we have dealt with would necessarily imply that new studies have been conducted on the role of the healthcare interpreter in the mental health context. If we look back to the beginning of our review, we stated that one of our objectives was to provide a framework of reference for those researchers that wished to conduct new studies in the field of mental health interpreting. Thus, we consider that researchers play an essential role in the visibility of the arduous work of the healthcare interpreter in this setting, and only if new researches continue to be conducted in the field will the quality of mental health care improve for foreign patients.