



Universidad
de Alcalá

Análisis de la interpretación en contextos de salud mental en España y propuestas de actuación

Mental Health Interpreting in Spain: Analysis and Guidelines for Action

2019-2020

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

Presentado por:

D^a Usue Menoyo García de Garayo

Dirigido por:

Dra. Raquel Lázaro Gutiérrez

Alcalá de Henares, junio de 2020

Índice

0. Resumen	4
1. Introducción	6
1.1. Contextualización del estudio	6
1.2. Justificación del trabajo	7
1.3. Objetivos del trabajo	7
1.4. Hipótesis.....	8
1.5. Estructura	8
2. Marco teórico	10
2.1. Interpretación en los servicios públicos	10
2.2. Mediación intercultural	11
2.2.1. Cultura, asimilación e integración.....	13
2.2.2. Servicios de mediación intercultural en España	15
2.3. Interpretación y mediación sanitarias	16
2.3.1. Técnicas de interpretación en el ámbito sanitario	16
2.3.2. Relación desigual de triangularidad y relación asistencial	17
2.3.3. Entrevista previa y entrevista posterior	18
2.4. Estrategias de comunicación	19
2.4.1. Intérpretes ad hoc e intérpretes profesionales	19
2.4.2. Uso de lenguas pivote.....	21
2.4.3. Español simplificado	22
2.4.4. Traducción automática en los servicios públicos.....	22
2.4.5. Interpretación telefónica e interpretación presencial	23
2.4.6. Documentos traducidos y traducción a la vista.....	24
2.5. Códigos deontológicos.....	24
2.6. Aspectos legales de la traducción e interpretación médica.....	25
2.6.1. Normativa internacional	25
2.6.2. Normativa nacional	26
2.7. Salud mental.....	28
2.7.1. El síndrome de Ulises	29
2.8. Psiquiatría transcultural	29
2.9. La interpretación y mediación en contextos de salud mental	30
2.9.1. El rol del/de la intérprete en salud mental	33
3. Metodología	34
3.1. Primeros pasos.....	34
3.2. Contacto con los colectivos de las muestras	34
3.3. Diseño de las encuestas.....	36
3.3.1. Encuesta al personal sanitario	36
3.3.2. Encuesta a intérpretes	37
3.4. Recogida de datos, análisis y limitaciones	37
4. Análisis de los resultados	39
4.1. Estrategias de comunicación	41
4.2. Entrevistas previa y posterior	46
4.3. Formación	48
4.4. La importancia del lenguaje en contextos de salud mental.....	52
4.5. Relación asistencial y relaciones de confianza	53
4.6. Situación de la interpretación en contextos de salud mental	56

4.6.1. La calidad de la interpretación.....	57
4.6.2. Contratación y condiciones laborales de los/las intérpretes	58
4.7. Dificultades para trabajar con intérpretes en contextos de salud mental y sus posibles soluciones	60
4.8. Situación de la diversidad cultural y lingüística en los centros de salud mental	64
4.9. Observaciones	66
5. Propuestas de actuación	69
5.1. Registro de intérpretes profesionales acreditados	70
5.2. Acreditación oficial para la interpretación en los servicios públicos	70
5.3. Órganos de asistencia lingüística.....	71
5.4. Protocolos de actuación y guías y documentos multilingües.....	71
5.5. Formación sobre multiculturalidad y cómo trabajar con intérpretes para los/las profesionales de la salud mental	72
5.6. Servicios específicos de interpretación incorporados a centros de salud mental que tengan una necesidad habitual de estos servicios.....	72
5.7. Condiciones laborales y asociativas de los/las intérpretes.....	72
5.8. Observaciones finales	73
6. Conclusiones	74
7. Bibliografía	78

ANEXO 1: Encuestas a los/las profesionales de la salud mental y a los/las intérpretes

ANEXO 2: Traducción al inglés de un extracto del trabajo

Índice de gráficos e imágenes

Gráfico 1: Flujo de inmigración procedente del extranjero por año (INE: Instituto nacional de Estadística). Disponible en: https://bit.ly/2A3iKu7	10
Gráfico 2: Interpretaciones realizadas por ámbitos (enero 2018 – noviembre 2018) (CEAR). Disponible en: https://www.cear.es/projects/traduccion-e-interpretacion/	32
Gráfico 3: Asiduidad con la que el personal sanitario se comunica con personas con un bajo dominio del español.....	40
Gráfico 4: Asiduidad con la que los/las intérpretes realizan encargos en contextos de salud mental.....	41
Gráfico 5: Personal sanitario: ¿Es beneficioso reunirse con el/la intérprete antes y/o después de la sesión?.....	47
Gráfico 6: Intérpretes: ¿Es beneficioso reunirse con el/la profesional de la salud antes y/o después de la sesión?.....	48
Gráfico 7: Intérpretes: Formación sobre salud mental o cómo trabajar con profesionales de la salud.....	49
Gráfico 8: Personal sanitario: Formación sobre multiculturalidad.....	49
Gráfico 9: Personal sanitario: ¿Les gustaría recibir formación sobre cómo trabajar de manera eficaz con intérpretes?.....	50
Gráfico 10: Intérpretes: ¿El personal sanitario tiene suficiente información para trabajar con intérpretes?.....	51
Gráfico 11: Personal sanitario: ¿Los/las intérpretes tienen suficiente información para trabajar en contextos de salud mental?.....	51
Gráfico 12: Personal sanitario: La relación asistencial se ve comprometida por la presencia del/de la intérprete.....	53
Gráfico 13: Intérpretes: La relación asistencial se ve comprometida por la presencia del/de la intérprete.....	54
Gráfico 14: Personal sanitario: Confianza en el/la intérprete por parte del personal sanitario.....	55
Gráfico 15: Intérpretes: Confianza en el/la intérprete por parte del personal sanitario.....	55
Gráfico 16: Personal sanitario: La interpretación suele ser de calidad.....	57
Gráfico 17: Intérpretes: La interpretación suele ser de calidad.....	58
Gráfico 18: Quién contrata los servicios de los/las intérpretes.....	59
Gráfico 19: Condiciones laborales de los/las intérpretes.....	60
Gráfico 20: Existencia de protocolos de actuación en caso de haber una persona con un bajo dominio del español.....	64
Gráfico 21: Existencia de documentos traducidos a otras lenguas.....	65
Gráfico 22: Interpretaciones realizadas por idiomas (enero 2018 – noviembre 2018) (CEAR). Disponible en: https://www.cear.es/projects/traduccion-e-interpretacion/	66
Imagen 1: La relación desigual de triangularidad en contextos de interpretación....	18

Índice de tablas

Tabla 1: Distribución de la muestra de personal sanitario por profesión.....	39
Tabla 2: Lenguas de trabajo de los/las intérpretes.....	39
Tabla 3: Estrategias comunicativas: primera opción del personal sanitario.....	42
Tabla 4: Estrategias comunicativas: segunda opción del personal sanitario.....	43
Tabla 5: Dificultades del personal sanitario a la hora de trabajar con intérpretes....	60
Tabla 6: Soluciones del personal sanitario a las dificultades de trabajar con intérpretes.....	62

0. Resumen

El aumento en la llegada de personas inmigrantes que se puede observar en los últimos años ha supuesto la aparición de nuevos retos en el ámbito de los servicios públicos. Las personas inmigrantes que no dominan las lenguas oficiales deberían tener el mismo derecho que las personas autóctonas a recibir atención sanitaria; sin embargo, este derecho peligra debido a diversos factores, entre los que se encuentran las barreras culturales y lingüísticas. En concreto, en salud mental el lenguaje y los patrones de comportamiento culturales son información esencial para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Por este motivo, los servicios de mediación e interpretación de calidad son herramientas de gran utilidad y de carácter esencial en contextos de salud mental.

El presente trabajo tiene como objetivos principales esclarecer la situación actual de la interpretación en contextos de salud mental en España y proponer pautas de actuación. El primer objetivo se logra a través de la realización de dos encuestas que aportan información cuantitativa: una a profesionales de la salud mental y otra a profesionales de la interpretación. El segundo objetivo se alcanza mediante la investigación y la comparación con otros sistemas de países con mayor recorrido en este ámbito.

Las hipótesis que se plantean en el presente trabajo sostienen lo siguiente: en contextos de salud mental los servicios de interpretación y mediación se usan menos de lo que se necesitan; en vez de los servicios de interpretación y mediación, se usan soluciones *ad hoc* para satisfacer las necesidades de comunicación, y la información lingüística es esencial para un diagnóstico y tratamiento de calidad en salud mental. Por último, los resultados de la presente investigación verifican las tres hipótesis planteadas, como se explica en el presente estudio.

Palabras clave

Interpretación, interculturalidad, interpretación sanitaria, interpretación en salud mental.

1. Abstract

The increase in the arrival of immigrants that can be observed in recent years has led to new challenges in the field of public services. Immigrants who do not master the official languages should have the same right to health care as local people; however, this right is jeopardised by a number of factors, including cultural and linguistic barriers. In particular, in mental health, language and cultural behaviour patterns are essential information for proper diagnosis and treatment. For this reason, quality mediation and interpreting services are very useful and essential tools in mental health settings.

The main objectives of this paper are to clarify the current situation of mental health interpreting in Spain, and to propose guidelines for action. The first objective is achieved by carrying out two surveys that provide quantitative information: one to mental health professionals and the other to interpreting professionals. The second objective is achieved through research and comparison with other systems in countries with greater experience in this field.

The hypotheses put forward in this paper are the following: in mental health contexts, interpreting and mediation services are used less than needed; instead of interpreting and mediation services, ad hoc solutions are used to meet communication needs; and linguistic information is essential for quality diagnosis and treatment in mental health. Finally, the results of this research verify the three hypotheses just mentioned, as will be explained in this study.

Keywords

Interpreting, interculturality, healthcare interpreting, mental health interpreting.

1. Introducción

1.1. Contextualización del estudio

Este trabajo estudia el tema de la interpretación en los servicios públicos, en concreto en contextos de salud mental. La interpretación consiste, a grandes rasgos y simplificándolo bastante, en el trasvase de información lingüística de una lengua a otra de manera oral. Es innegable que en los últimos veinte años la población extranjera ha aumentado en España y que, hoy en día, forma una importante parte de nuestra sociedad. Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) (2020), España albergaba a 47.100.396 habitantes en 2019 y, de estas personas 5.423.198 son extranjeras. Por lo tanto, se podría decir que alrededor del 11'5 % de la población residente en España es extranjera. Este porcentaje, además, únicamente refleja el número de personas registradas, ya que se basa en los datos del padrón. Sin embargo, en España hay una importante comunidad de inmigrantes en situación irregular, a los que no se incluye en ese porcentaje, pero que siguen siendo residentes de este país.

Este país se basa en un Estado de Bienestar, por el cual sus habitantes tienen derecho a disfrutar de unos servicios públicos. Dentro de estos servicios que proporciona el Estado se encuentra la sanidad pública. No obstante, hoy en día la accesibilidad de este servicio es limitada, ya que el colectivo de las personas inmigrantes en situación irregular se ve privado del derecho a la salud pública, salvo en algunas situaciones excepcionales. Por otro lado, las personas inmigrantes que no dominan la lengua oficial del país se encuentran con inmensas dificultades derivadas de las barreras culturales y lingüísticas. Estas barreras suponen un gran impedimento a la hora de recibir unos servicios públicos de calidad, ya que la comunicación entre los/las proveedores/as de los servicios y la población inmigrante puede no ser la adecuada. Los/las intérpretes que trabajan en los servicios públicos se encargan de eliminar en la medida de lo posible esas barreras y facilitar la comunicación entre las partes que integran el servicio.

Además de las barreras que se presentan con respecto a la lengua, es necesario tener también en consideración las diferencias culturales. En contextos de salud, en los que se tratan temas como la vida, la muerte y los conceptos de salud y enfermedad, todo lo cual puede variar entre una cultura y otra (Valero Garcés y Wahl Kleiser 2014: 316), las diferencias culturales se vuelven aún más relevantes. Por lo tanto, como se verá a lo largo de este trabajo, en contextos sanitarios no solo es necesaria la presencia de intérpretes, sino que también se precisa del trabajo de mediadores/as interculturales, que son expertos/as en multiculturalidad capaces de observar, detectar y analizar comportamientos culturales sin caer en generalizaciones y prejuicios. Sin embargo, en contextos sanitarios, lo más común es que estos dos trabajos (intérprete y mediador/a) los desempeñe la misma persona (Valero Garcés y Wahl Kleiser 2014: 318; Lázaro Gutiérrez y Tejero González 2017: 101).

Por desgracia, las políticas en relación a la inmigración en este país, como en muchos otros, suelen estar ligadas en cierto modo al asimilacionismo cultural (Lázaro Gutiérrez y Tejero González, 2017: 98), por lo que se tiende a destinar más recursos a la enseñanza del español que a los servicios de interpretación y mediación. Por supuesto, la inversión en la enseñanza del español es indispensable, pero sin perjuicio de que las personas que aún no tienen un dominio suficiente del español puedan acceder con equidad a los servicios de sanidad pública.

En contextos de salud mental, esta situación se hace más visible, ya que por lo general no existen parámetros físicos, como análisis de sangre u otra clase de exámenes médicos, que puedan diagnosticar un trastorno mental. Por este motivo los/las profesionales de la salud mental suelen necesitar basarse precisamente en parámetros de comportamiento,

que se ven afectados totalmente por la cultura, y en información lingüística. Sin esta información cultural y lingüística el diagnóstico y el tratamiento del/de la paciente se pueden ver gravemente comprometidos.

1.2. Justificación del trabajo

Se decidió que este trabajo tuviese como tema de estudio la interpretación en contextos de salud mental por diferentes motivos.

En primer lugar, como ya se ha introducido en la página anterior, este tema tiene una gran relevancia social. Además, en los últimos años se ha podido ver un aumento en el número de personas inmigrantes que llegan a España, como se explicará en las siguientes páginas de este estudio, lo que plantea un aumento de personas que necesitarían servicios de mediación e interpretación. Además, la salud mental supone uno de los principales problemas de salud en el mundo. Por lo tanto, este tema nos producía un irremediable interés académico debido a todos los factores mencionados.

En segundo lugar, la interpretación en contextos de salud mental suponía un tema en el que me interesaba profundizar debido a mi experiencia personal en este ámbito. Mientras estudiaba el grado en Traducción e interpretación trabajé como acompañante de un usuario sordo interno en el Hospital Psiquiátrico de Álava. Este usuario, signante, no sabía hablar español y era analfabeto, por lo que nadie en el centro podía comunicarse con él. Por este motivo, la familia decidió contratar a una acompañante signante que fuese una hora al día para que el usuario pudiera comunicarse con alguien. En este contexto, los/las profesionales de la salud mental que trataban a este usuario me usaban como intérprete *ad hoc* siempre que necesitaban comunicarse con él para algo. Yo no soy intérprete de lengua de signos y así se lo dije en repetidas ocasiones. El personal sanitario me comentó en alguna ocasión que el paciente era muy agresivo y tenía problemas de socialización y yo me preguntaba hasta qué punto estos comportamientos se debían a la imposibilidad de entender y hacerse entender, ya que conmigo presentaba actitudes totalmente contrarias. La comunicación entre el personal sanitario y el paciente cuando no estaba yo se limitaba a burdos gestos, que el paciente no entendía, porque los gestos más habituales o intuitivos para una persona oyente significan cosas diferentes para una persona sorda (claro ejemplo de barreras culturales). La frustración que me produjo los claros problemas de comunicación que tenían los/las profesionales de la salud mental del centro y el paciente me empujó a interesarme por la situación de la interpretación en contextos de salud mental y, por consiguiente, a realizar este estudio.

En definitiva, mi experiencia personal me hizo interesarme en primera instancia por el tema de este trabajo y después descubrí lo extenso, amplio y relevante que es y, por estos motivos, decidí que realizar un estudio como este sería de gran interés y podría servir como introducción o base para investigaciones futuras.

1.3. Objetivos del trabajo

Este trabajo persigue un doble objetivo: por un lado, esclarecer la situación actual de la interpretación en contextos de salud mental en España y, por otro lado, proponer pautas de actuación mediante la investigación y la comparación con otros sistemas de países con mayor recorrido en este ámbito.

Para lograr el primer objetivo, se busca averiguar distintos factores:

- (1) la asiduidad con la que se necesitan y se utilizan los servicios de interpretación;
- (2) las estrategias de comunicación más usadas como solución a las barreras lingüísticas;

(3) la existencia de protocolos específicos y documentos traducidos en los centros de salud mental;

(4) la opinión de los/las profesionales de la salud mental y de la interpretación acerca de las entrevistas previas y posteriores, la calidad de la interpretación, la importancia de la interpretación en contextos de salud mental y la formación del otro grupo muestral;

(5) la formación de los/las profesionales en multiculturalidad y en salud mental respectivamente;

(6) las condiciones laborales de los/las intérpretes;

(7) los agentes que más comúnmente contratan los servicios de interpretación.

Para lograr el segundo objetivo, en este trabajo se ofrecerán algunas propuestas de actuación para la mejora de la situación de la interpretación en contextos de salud mental. Para ello, se ha acudido a las opiniones de otros profesionales y expertos y a la comparación de nuestro modelo de respuesta a la necesidad de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas con otros modelos presentes en países con una mayor trayectoria en el ámbito de la interpretación en los servicios públicos.

1.4. Hipótesis

Teniendo en consideración la naturaleza de esta investigación y su contenido, esperamos afirmar las siguientes hipótesis:

(1) en contextos de salud mental los servicios de interpretación y mediación se usan menos de lo que se necesitan;

(2) en vez de los servicios de interpretación y mediación, se usan soluciones *ad hoc* para satisfacer las necesidades de comunicación;

(3) la información lingüística es esencial para un diagnóstico y tratamiento de calidad en salud mental.

1.5. Estructura

Para conseguir los objetivos señalados y responder a las hipótesis planteadas, la presente investigación consiste en una combinación de teoría y práctica y así se ve reflejado en su estructura. Este trabajo podría dividirse en dos grandes bloques: el marco teórico y la parte práctica, que se divide a su vez en los capítulos de metodología, resultados y propuestas de actuación.

En el marco teórico se asentarán las bases teóricas en las que se fundamenta este trabajo. En este apartado se tratarán temas como la interpretación en los servicios públicos, la mediación intercultural, la interpretación y la mediación sanitarias, las estrategias de comunicación más usadas habitualmente, los códigos deontológicos, los aspectos legales de la interpretación en contextos sanitarios y, por último, se explicarán de manera más específica la salud mental, la psiquiatría transcultural y la interpretación en contextos de salud mental, que es el ámbito en el que se centra este estudio.

Posteriormente se encuentra el capítulo de metodología, en el que se explica el proceso de diseño y de construcción de este trabajo y las encuestas en las que se basan los resultados del trabajo.

En el capítulo del análisis de los resultados se presenta el análisis de los resultados obtenidos a partir de las encuestas realizadas a un grupo de profesionales de la salud mental y a un grupo de intérpretes, con el objetivo de dilucidar ciertos aspectos de la situación de la interpretación en los servicios públicos. En este capítulo se tratarán temas como las estrategias de comunicación; las entrevistas previa y posterior; la formación de los/las profesionales de la

salud mental y de los/las intérpretes; la importancia del lenguaje en contextos de salud mental; las relaciones asistenciales y de confianza; la situación de la interpretación en contextos de salud mental; las dificultades para trabajar con intérpretes y sus posibles soluciones, y la situación de la diversidad cultural y lingüística en los centros de salud mental.

Más adelante se encuentra el capítulo de propuestas de actuación, en el que se plantean algunas propuestas que podrían ayudar a la situación de la interpretación en contextos de salud mental. Por supuesto, la profesionalización es compleja y depende de muchos factores y variables, por lo que con este apartado no se pretende afirmar que realizando estos pasos se solucionarán todos los problemas ni que estas propuestas sean fáciles de llevar a cabo. Sin embargo, las propuestas que se aportan en este capítulo son medidas útiles y eficaces sacadas de modelos de otros países, así como de aportaciones de otros/as investigadores/as.

Por último puede verse el capítulo de conclusiones, en el que se recogen las ideas principales de este trabajo, junto con las conclusiones más relevantes que se pueden extraer de él.

2. Marco teórico

Desde los años 90 del siglo XX, España sufrió un gran cambio migratorio, ya que pasó de ser un país principalmente emigrante a ser una nación de acogida de inmigrantes. Desde entonces, el número de inmigrantes extranjeros/as que entraban en el país fue en aumento, hasta el año 2008. En este año, España vivió la llegada de una crisis económica. Como puede observarse en el gráfico 1, desde el año 2008 el número de inmigrantes extranjeros/as que llegaban al país descendió drásticamente. Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), en 2008 llegaron a España 567 372 personas extranjeras. El descenso más dramático puede verse en el año siguiente, 2009, en el que los/las inmigrantes que llegaban descendió a 365 367 personas. El número siguió descendiendo hasta 2013, en el que se contabilizaron únicamente 248 350 personas. Sin embargo, 2013 supone un punto de inflexión en la curva, ya que a partir de entonces la tendencia cambia y vuelve a aumentar el número de inmigrantes que llegan al país año tras año, hasta llegar al año 2018, en el que se contabilizaron 559 998 personas inmigrantes. Este número es prácticamente idéntico al que se podía observar en el año 2008.



Gráfico 1: Flujo de inmigración procedente del extranjero por año (INE: Instituto nacional de Estadística). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=24282#!tabs-grafico>.

El año 2018 fue, según los datos de Eurostat, un año de cifras récord en relación con las solicitudes de asilo en España, en el que se registraron 54 065 solicitudes de asilo solo en este país, más de 20 000 solicitudes más que el año anterior (CEAR, 2019: 59).

En este contexto de multiculturalidad y de llegada continua de personas extranjeras, es de vital importancia que todas las personas, sin importar su procedencia, tengan acceso igualitario a los diferentes servicios públicos que ofrece el Estado. Como explica Burdeus Domingo (2010: 7), este acceso igualitario es un derecho humano fundamental y esto irremediamente implica que la persona proveedora de los servicios debe entender al/a la usuario/a y viceversa. En este trabajo, por servicios públicos se entiende aquellos servicios legales, sanitarios, educativos y sociales proporcionados por el Estado. Para que este entendimiento mutuo pueda ocurrir, existe la interpretación en los servicios públicos, término que desarrollaremos en las siguientes páginas.

2.1. Interpretación en los servicios públicos

Como mencionan algunos/as autores/as (Burdeus Domingo 2010: 8, Martín en García Luque 2009: 19, Torres en García Luque 2009: 19, Pöchl en Mikkelsen 2014,

entre otros) existen numerosos términos para hacer referencia a este ámbito: *Community Interpreting*, *Community-based Interpreting Liaison Interpreting*, *Public Services Interpreting*, *Cultural Interpreting*, interpretación social, interpretación comunitaria, interpretación en los servicios públicos... En palabras de Bankroft y Rubio-Fitzpatrick, Mikkelson (2014: 9) define *community interpreting* como «interpreting that takes place in any community setting, with a particular focus on government and nonprofit community services, particularly health care, education and human and social services». Nuestra traducción: la interpretación que se realiza en ámbitos comunitarios, poniendo especial atención en servicios comunitarios proporcionados por el gobierno y por las organizaciones sin ánimo de lucro, especialmente los servicios sanitarios, educativos, humanos y sociales.

Resulta evidente que no existe un consenso en cuanto a la terminología que debe usarse al referirse a este ámbito de la interpretación; sin embargo, sí hay ciertas tendencias. En EE.UU. el término preferido es el ya mencionado *community interpreting*, mientras que en otros países, entre los que se encuentran aquellos que son miembros de la Unión Europea, se le suele denominar *public service interpreting (PSI)* (Mikkelson, 2014: 10), para evitar confundirlo con las interpretaciones realizadas en el contexto de la Unión Europea.

En España este ámbito aún es muy joven y está poco desarrollado. De hecho, aún estamos en proceso de definición del perfil del/de la profesional de la interpretación en los servicios públicos, de sus funciones y de sus características. Tenemos como referencia otros países que tienen un sistema de interpretación en los servicios públicos desarrollado como Australia, Canadá, EE.UU. o Suecia, que recibieron un gran número de inmigrantes décadas antes que España (Alonso Araguás 2006: 16; Ortega Herráez, Abril Martí y Martín 2009: 150), por lo que ya en su día tuvieron que buscar soluciones para facilitar la comunicación entre colectivos con lenguas y culturas diferentes. A diferencia de estos países y a pesar de ser un país que recibe grandes flujos de inmigración al año, España aún no ha desarrollado un sistema eficiente para garantizar que estos servicios sean de calidad, por lo que aún se utilizan soluciones *ad hoc*, que analizaremos con más profundidad en las siguientes páginas (Toledano Buendía, Abril Martí, Del Pozo Triviño y Aguilera Ávila, 2015: 141). Ortega Herráez, Abril Martí y Martín (2009) explican que el hecho de que en España las instituciones no se hagan cargo de este tipo de servicios interlingüísticos e interculturales puede deberse a varios factores: «falta de recursos económicos, desconocimiento sobre el trabajo realizado por los traductores/intérpretes y el hecho de que las políticas oficiales de inmigración del Estado español han evolucionado en términos de asimilacionismo» (150). Ante estas circunstancias, las ONG han asumido el rol de proveedor de servicios de interpretación y mediación y la mayor carga de trabajo lo realizan personas sin suficiente cualificación.

2.2. Mediación intercultural

La mediación intercultural es una disciplina heterogénea y multifacética y su definición no puede limitarse a facilitar la comunicación entre interlocutores que no tengan la misma cultura. Sin embargo, tampoco está claro cuál debería ser su definición. Alonso Araguás (2006: 17) lo define como «el intermediario responsable de aminorar las barreras que, por motivos culturales y lingüísticos, entorpecen la comunicación entre dos interlocutores». Valero Garcés y Dergam (2001), en palabras de Giménez, definen la mediación intercultural como

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

Del mismo modo, a la hora de proponer una definición para la disciplina, surge la duda de qué diferencia hay entre mediador/a intercultural e intérprete. La diferencia entre estas dos disciplinas no está clara, ya que en muchas ocasiones sus funciones se solapan. Como explican Pena Díaz, Echauri Galván y Olivares Leyva (2014: 2-3), algunos/as autores/as insisten en que son profesiones diferentes, ya que las funciones que desempeñan la una y la otra difieren. Sin embargo, otros/as autores/as consideran que la mediación intercultural es una función comprendida dentro de la interpretación sanitaria. Este debate existente se debe a que las funciones de estas profesiones no están determinadas de manera clara en muchos casos. Pena Díaz, Echauri Galván y Olivares Leyva (2014) explican las diferencias entre el/la intérprete sanitario y el/la mediador/a intercultural y, aunque sí que es cierto, como veremos en las próximas páginas, que un/a mediador/a intercultural no tiene por qué interpretar de una lengua a otra, ya que puede darse el caso de que se hable la misma lengua pero se tengan dos culturas diferentes o que se hable lenguas distintas pero se comparta la misma cultura (Corsellis 2008; Ra 2018: 260), la realidad es que en este tipo de ámbitos es complicado separar ambas disciplinas, porque la cultura forma parte de la comunicación, como desarrollaremos en las próximas páginas.

Por lo tanto, en este trabajo nos decantamos por considerar que estas dos disciplinas no siempre van de la mano, ya que tienen funciones y papeles diferentes, pero que en la realidad práctica de los servicios públicos (especialmente del ámbito sanitario en el que se centra este trabajo) suelen ir unidas. Diversos/as autores/as (Valero Garcés y Wahl Kleiser 2014: 318; Lázaro Gutiérrez y Tejero González 2017: 101) explican que la figura del/de la «intérprete invisible» no es la realidad práctica en el ámbito sanitario. Por supuesto, ambos modelos (intérprete invisible y visible, intérprete y mediador/a) tienen su contexto y su importancia. Sin embargo, como intérprete profesional, se debe ser capaz de adaptarse a la situación y al/a la receptor/a de la interpretación (Valero Garcés y Wahl Kleiser 2014: 324). Esta confusión y debate entre las dos figuras refleja su bajo nivel de profesionalización y la falta de aceptación de estas figuras por parte de la sociedad (Lázaro Gutiérrez y Tejero González 2017: 101). De hecho, muchos/as profesionales e investigadores/as han hablado de la necesidad de cambiar el paradigma establecido en los códigos deontológicos sobre la invisibilidad, que no se adecua a la realidad que viven los y las profesionales de la interpretación, en la que, en palabras de Valero Garcés y Wahl Kleiser (2014), «sí se le ve y donde su presencia puede llegar a condicionar la situación comunicativa más allá de lo que presuponen los protocolos existentes» (165). Algunas guías y códigos deontológicos, como el *Code of Ethics and Code of Conduct* (2012) de AUSIT (la asociación nacional de traductores e intérpretes de Australia), plantean límites en las funciones del intérprete y especifican que este no debe explicar cuestiones culturales a no ser que estas estén entorpeciendo la comunicación entre las dos partes. Sin embargo, en la práctica, la interpretación no siempre puede llevarse a cabo de esta manera y depende mucho de la situación que se presente. Otro punto de vista, ejemplificado por Pena Díaz, Echauri Galván y Olivares Leyva (2014) a través de las palabras de Antonin y Sales, sería considerar la interpretación como un aspecto más de la mediación intercultural.

Por lo tanto, se puede concluir que las funciones de un/a intérprete que trabaja en los servicios públicos son más amplias y que no quedan restringidas a la comunicación lingüística (Alonso Araguás, 2006: 18). La población extranjera se encuentra con problemas comunicativos no solo lingüísticos, sino también culturales. Como explica Raga Gimeno (2012: 7), «las diferencias culturales pueden suponer igualmente una importante barrera comunicativa», sobre todo en el ámbito sanitario, en el que la cultura se vuelve tan importante como la comunicación lingüística (Valero Garcés y Wahl Kleiser 2014: 316), ya que en este

ámbito entran en conflicto diferentes concepciones de la salud, de la enfermedad, de la muerte y de otras ideas relacionadas que cambian de cultura a cultura.

2.2.1. Cultura, asimilación e integración

La interpretación es por definición una actividad transcultural. De hecho, para garantizar la calidad de la comunicación, es imprescindible darles la importancia que tienen a las barreras culturales. Existen numerosas definiciones de cultura, ya que se trata de un concepto muy amplio y abstracto. A continuación, presentamos la definición propuesta por Wotjak (2006):

La cultura se exterioriza, pues, a través de la conducta de las personas, de su forma de vestirse, de actuar y de evaluar los hechos, de conceder prioridad a determinados aspectos y de ignorar o minimizar otros factores de la convivencia y la vida cotidiana (: 224).

Por otro lado, Tomé da Mata (2013: 313) define la cultura «como el conjunto de acciones y comportamientos que tienen tanto un individuo como un grupo poblacional, en un determinado ámbito contextualizado, consigo mismo, con los demás y con la naturaleza».

También nos gustaría presentar la definición que, en palabras de Wolf, ofrecen Valero Garcés y Wahl Kleiser (2014: 316): «La cultura es mejor considerada como una serie de procesos que construyen, reconstruyen y desmantelan materiales culturales en respuesta a determinantes». También explican que estos determinantes en el ámbito de la antropología médica y de la medicina social se conocen como «condiciones biosociales de la salud» (: 316).

Como puede concluirse de las tres definiciones anteriores, la cultura es un concepto complejo y en constante cambio y esta naturaleza la hace difícil de estudiar y comparar. De hecho, Raga Gimeno (2006: 216) explica que en el ámbito de la comunicación intercultural, se puede distinguir entre «cultura material» y «cultura comunicativa». La primera consiste en «la vestimenta, la cocina, el trabajo, las fiestas, o los hábitos y las costumbres en general»; la segunda, en cambio, se caracteriza por manifestarse en «las formas de interactuar, de gestualizar, de intercambiar los turnos de palabra, de organizar las conversaciones, de dirigirse a los interlocutores, de abordar los temas delicados, etcétera». Por lo tanto, podríamos decir que la cultura comunicativa afecta directamente a la comunicación, ya que recoge todos aquellos patrones comunicativos aprendidos que difieren entre algunas culturas.

La diversidad cultural suele verse como una problemática. Es habitual oír hablar de obstáculos y dificultades, pero la realidad es que la diversidad cultural aporta ideas nuevas y enriquece sobremanera nuestro sistema (Valero Garcés y Wahl Kleiser, 2014: 325). El problema no está en la diversidad en sí, sino en nuestra manera de afrontarla y en la incapacidad de algunos países a la hora de aportar soluciones eficaces para los retos que supone la convivencia entre diferentes culturas. En la actualidad, existe una tendencia denominada «globalización cultural» (Tomé da Mata, 2013: 313), que consiste en «unificar los gustos, los comportamientos, las acciones, las pretensiones, etc.» (: 313), lo que ha generado una homogeneidad cultural, el etnocentrismo y la dicotomía entre lo desarrollado y lo subdesarrollado. Sin embargo, es importante matizar que esta dicotomía no es nada nuevo. El ser humano desarrolla su identidad a partir de dicotomías, diferenciando el grupo propio del Otro, el extraño.

Esta tendencia de unificar la cultura se materializa en las sociedades occidentales en políticas de inmigración asimilacionistas, que esperan que las personas inmigrantes cambien su lengua y su cultura a las del país receptor y se adapten por completo a este lugar. Estas

formas de gestión de la inmigración, comunes en España, no favorecen el desarrollo de diálogos ni convivencias culturales sanas, igualitarias e enriquecedoras y, por lo tanto, no favorecen la interculturalidad (Tomé de Mata, 2013: 316). En palabras de Millán, Lázaro Gutiérrez y Tejero González (2017) definen la interculturalidad como «la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura» (: 98). De esta definición puede concluirse que el factor más relevante al que hay que aspirar en las sociedades modernas multiculturales es la comunicación, en concreto, lo que se suele llamar comunicación intercultural. Esta comunicación tiene que ser igualitaria y respetuosa, con integración (que no debe confundirse con la asimilación que hemos mencionado anteriormente), que Lázaro Gutiérrez y Tejero González (2017) definen como «el proceso gradual mediante el cual los nuevos residentes se hacen partícipes activos de la vida económica, social, cívica y cultural del país de acogida» (: 98). La integración es bilateral, es decir, que requiere un esfuerzo por ambas partes, tanto la sociedad receptora como la población inmigrante (Sayed Ahmad Beiruti, 2008: 62). Este proceso permite a las personas mantener su identidad de origen, al contrario que con la asimilación. En un sistema de integración «el “otro” es reconocido en su diferencia, así como en su igualdad de derechos y deberes para aportar y enriquecer el conjunto social» (Lázaro Gutiérrez y Tejero González, 2017: 98).

Por todo esto, es de gran utilidad que los profesionales tengan una formación en multiculturalidad y diversidad, ya que esto agilizaría la comunicación, ayudaría a conseguir una comunicación efectiva y evitaría aquellos problemas que surgen de estereotipos y del proceso de minorización, que consiste, como explica Raga Gimeno (2006: 222), en crear juicios valorativos negativos a partir de un comportamiento basado en pautas culturales comunicativas distintas a las propias. Los dos ejemplos que pone el mismo Raga son los siguientes:

cuando un individuo de origen magrebí se nos acerca tanto al hablar que nos echa el aliento en la cara, no pensamos que la cultura árabe tiene unas pautas proxémicas diferentes a las nuestras, sino que el individuo o grupo en cuestión se caracteriza por ser entrometido o impertinente, por tomarse excesivas confianzas; y cuando un individuo de origen chino permanece en silencio ante una pregunta que nos parece trivial, no pensamos que la cultura china tiene un tiempo de respuesta en los intercambios de turnos de palabra diferente al nuestro, pensamos (o más bien sentimos) que este individuo o este grupo es lento, poco comunicativo, o desconfiado (: 222).

Los elementos culturales que más afectan en el ámbito sanitario son «los conceptos de salud y enfermedad, la concepción del cuerpo, las creencias religiosas, los referentes en la materia de atención sanitaria, los patrones comunicativos entre el médico y el paciente y los mandatos de género» (Navaza, 2014: 11).

Sin embargo, es importante ser cuidadosos para no caer en estereotipos y evitar las dicotomías del Uno y el Otro, ya que cada persona es diferente, con diferentes experiencias, y la cultura afecta solo hasta cierto punto. Como bien explica Ra (2018: 258), los estudios que reflejan esta dicotomía de alteridad no reflejan la compleja diversidad que se da hoy en día en muchos países y que va a ir a más según pasen los años. Es de vital importancia tener en cuenta que dentro de un grupo, como puede ser el de los y las profesionales de la salud, puede darse una variedad de procedencias y experiencias. Del mismo modo, dentro del grupo del «otro» también existen realidades muy diversas. «Culture cannot be divided into dichotomous or homogeneous groups» [Nuestra traducción: La cultura no se puede dividir en grupos dicotómicos u homogéneos] (: 259).

Para dar por terminado este apartado, nos gustaría terminar con una reflexión realizada por Valero Garcés, Sales Salvador y Taibi (2005): «la traducción es una forma maravillosa de conocer otros mundos, otras culturas, otras formas de comunicarnos, de percibir las cosas, pero para ello cabe desplegar una disposición a escuchar realmente (en el ámbito del trabajo social se habla de “escucha activa”)».

2.2.2. Servicios de mediación intercultural en España

Como ya hemos mencionado, las instituciones ignoran sistemáticamente la figura del/de la intérprete/mediador/a intercultural y no existen sistemas de acreditación obligatorios para trabajar en los servicios públicos (Ortega Herráez, Abril Martí y Martín, 2009: 151). Sin embargo, durante la primera década del siglo XXI hubo en España tímidos avances por parte de las instituciones con la implantación de servicios de mediación e interpretación en algunos ámbitos de los servicios públicos. Por desgracia, la llegada de la crisis económica de 2008 y los consiguientes recortes conllevaron la desmantelación de muchos de estos servicios (Ugarte i Ballester, 2015). Como explica Valero Garcés (2006), en el año 2006 podía observarse un creciente interés por la mediación intercultural y la creación de programas y planes regionales para garantizar el buen funcionamiento de los servicios públicos a la hora de tratar con población inmigrante, como el SEMSI (Servicio de Mediación Social Intercultural) del Ayuntamiento de Madrid, cuyo objetivo era el de «favorecer la integración social de la población inmigrante extranjera residente en el municipio de Madrid basándose en la filosofía y metodología de la mediación intercultural» (: 64). De todos modos, aún existen grupos que estudian y trabajan para mejorar el ámbito de la traducción y la interpretación en los servicios públicos, como el grupo CRIT de la Universidad Jaume I, la red COMUNICA y el grupo FITISPos de la Universidad de Alcalá, que llevan a cabo iniciativas y proyectos diversos para la mejora de la situación de este ámbito.

A pesar de que existen grupos de este tipo, las instituciones no se hacen cargo de desarrollar este tipo de servicios, tan necesarios en muchos ámbitos, y son las ONG las que suelen encargarse de proveer de los servicios necesarios a los/as usuarios/as de los servicios públicos. Las instituciones no son conscientes de que un buen servicio de mediación e interpretación agiliza los servicios públicos y facilita el trabajo de los/las profesionales, lo que supone un abaratamiento de los servicios (Ugarte i Ballester 2015: 153). Algunas de las ONG que se hacen cargo de estos servicios, entre otras, son Accem, Cruz Roja, CEAR y la Federación Andalucía Acoge. Los/as intérpretes y mediadores/as que trabajan en estas asociaciones suelen ser voluntarios/as.

Los factores principales que complican esta situación, según Valero Garcés (2006), son la «falta de homogeneidad en la prestación de servicios, la diversidad de perfiles de los traductores e intérpretes, variedad en las funciones que deben desempeñar y ausencia de requisitos de acceso para actuar como traductor e intérprete» (: 77). Además, para profundizar brevemente en el tema de la homogeneidad en la prestación de servicios, cabe decir que aunque la situación es similar en todo el territorio español, la situación varía de una comunidad a otra, incluso de un hospital a otro o de un servicio a otro.

Respecto a la formación, hoy en día cada vez existe más formación específica de interpretación y mediación en los servicios públicos, tanto a nivel universitario como en forma de cursos desarrollados e impartidos por las ONG u otras asociaciones. A nivel universitario, algunas universidades han añadido una asignatura específica dentro del grado de Traducción e interpretación; sin embargo, destacan el máster en Comunicación intercultural, interpretación y traducción en los servicios públicos de la Universidad de Alcalá; el módulo de interpretación en los servicios públicos y mediación intercultural en el máster oficial de

Traducción y estudios interculturales de la Universidad Autónoma de Barcelona, y la especialidad de interpretación y mediación intercultural en el máster en Traducción profesional y mediación intercultural de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

2.3. Interpretación y mediación sanitarias

Por motivos de ahorro de espacio, cuando se hable sobre el ámbito sanitario, se usará la voz «intérprete» para hacer referencia tanto al/a la intérprete como al/a la mediador/a, ya que lo más habitual en este ámbito es que ambos papeles los asuma la misma persona.

La población extranjera en general utiliza los servicios sanitarios entre un 5 y un 10% menos que la población autóctona (Raga Gimeno, 2012). A pesar de esta realidad, en los últimos treinta años ha aumentado de tal manera la población inmigrante, que su presencia en los servicios públicos se hace cada vez más notoria y, por lo tanto, la necesidad de un servicio de interpretación y mediación se hace cada vez más patente. La interpretación y mediación sanitarias tienen como objetivo facilitar la comunicación entre los/las proveedores/as de los servicios sanitarios y los/las pacientes cuando estos/as no hablan la misma lengua. Aunque el objetivo principal de las instituciones sanitarias sea la mejora y el bienestar de las personas y aunque la comunicación bilateral sea esencial para construir la relación asistencial entre paciente y profesional de la salud, tan necesaria en el ámbito sanitario (Ra, 2018: 259), González García (2006) destaca que el ámbito sanitario «se trata de uno de los ámbitos que menos atención ha recibido en cuanto a la provisión de servicios de traducción e interpretación» (: 162). Es necesario tener siempre presente que, en el ámbito de los servicios sanitarios, a nivel de comunicación no debe producirse un monólogo, sino un diálogo entre las partes y, para lograr esto, se debe garantizar que todas las partes sean capaces de expresarse con soltura y facilidad (Valero Garcés, 2014).

2.3.1. Técnicas de interpretación en el ámbito sanitario

Las principales técnicas de interpretación son la interpretación simultánea, la susurrada, la consecutiva, la de enlace o bilateral, la telefónica y la traducción a la vista. Todas ellas podrían usarse en el ámbito sanitario, según el contexto, como se explicará a continuación.

La interpretación simultánea consiste en interpretar al mismo tiempo que el/la emisor/a habla, unos segundos por detrás. En el ámbito sanitario esta técnica es menos común y suele usarse si hay prisa o si el/la emisor/a está dando un mensaje largo y el/la intérprete la considera adecuada en la situación. Además, esta técnica puede ayudar al/a la profesional sanitario/a a fijarse en la comunicación no verbal del/de la paciente al mismo tiempo que recibe la información de su discurso oral, por lo que, depende del objetivo de la consulta, puede ser de gran utilidad. Finalmente, podría decirse que en el ámbito de los servicios públicos esta técnica se realiza de la misma forma que la llamada interpretación susurrada, que consiste en hacer una interpretación simultánea «al oído» a una persona o a un grupo muy reducido de personas.

La interpretación consecutiva es aquella en la que el/la emisor/a del mensaje habla durante unos minutos y mientras tanto el/la intérprete toma notas para, al acabar el/la orador/a, emitir el mensaje de nuevo en la otra lengua. Suele decirse que una de las diferencias principales entre la interpretación consecutiva y la simultánea es que en la primera el/la intérprete es más visible. Sin embargo, en el contexto al que se hace referencia en este trabajo, esta diferencia no es relevante, ya que en los servicios públicos el/la intérprete va a ser siempre visible. La interpretación consecutiva es muy usada en este ámbito, junto con la

siguiente técnica, ya que suele esperarse a que el/la emisor/a haya acabado una unidad de mensaje (una oración o una idea expresada en varias oraciones) para interpretar. Si las unidades de mensaje que se interpretan son largas, habitualmente el/la intérprete suele tomar notas mientras habla el/la emisor/a.

La interpretación de enlace o bilateral es la más extendida en los servicios públicos por excelencia. Consiste en una situación triangular, con dos interlocutores/as y un/a intérprete en medio trasvasando la información de una lengua a otra, bidireccionalmente. Las intervenciones en esta técnica suelen ser más cortas, más típicas de una conversación coloquial. En el ámbito sanitario, esta técnica es la más común, ya que suele interpretarse oración por oración o idea por idea.

La interpretación telefónica, que explicaremos más detalladamente más adelante, consiste en que el/la intérprete realice la interpretación por teléfono, sin estar presente junto con el/la proveedor/a de los servicios y el/la paciente. En el ámbito sanitario lo más común es que los/as dos interlocutores/as sí se encuentren en la misma sala, mientras que el/la intérprete realiza su trabajo a través del teléfono.

La traducción a la vista puede definirse como «la traducción oral de un texto escrito» (Hurtado Albir, 2011: 82). Consiste en interpretar oralmente un texto escrito a la par que se lee. La mayoría de los centros y hospitales únicamente tienen los materiales escritos en castellano, por lo que esta técnica se realiza en contextos sanitarios con mucha asiduidad, ya sea para traducir a la vista un folleto, un consentimiento informado o un historial médico. Esta técnica se explicará más detenidamente en apartados siguientes.

2.3.2. Relación desigual de triangularidad y relación asistencial

Aunque los/as intérpretes están sujetos/as a unos códigos deontológicos que dictan las actuaciones correctas por parte de estos/as profesionales, es importante tener pensamiento crítico, saber analizar la situación y tomar una decisión propia. Por supuesto, hay que intentar seguir las pautas dictadas por los códigos siempre que se pueda, pero al mismo tiempo hay que ser capaz de ser flexible y adaptarse a cada situación que se presenta. Esto es lo que, como Ra (2018) explica, Metzger llama «la paradoja del intérprete», que describe como el hecho de que «[i]nterpreters have expressed the goal of not influencing the form, content, structure, and outcomes of interactive discourse, but the reality is that interpreters, by their very presence, influence the interaction» (: 265). Nuestra traducción: los/las intérpretes expresan el objetivo de no influir en la forma, el contenido, la estructura y el resultado de la interacción discursiva, pero la realidad es que los/las intérpretes, por su mera presencia, influyen en la interacción.

Las relaciones de esta interacción se suelen representar en un triángulo, en el que cada lado representa a un participante: el/la proveedor/a de servicios, el/la usuario/a de dichos servicios y el/la intérprete (Vargas Urpí, 2017: 140). Aunque esta relación suele representarse en un triángulo equilátero, como puede verse en la Imagen 1, lo cierto es que existe una situación de desigualdad social general entre las partes que se benefician de la interpretación (Mora Castro, 2005). Burdeus Domingo (2010) explica que «encontramos siempre una parte que ostenta el poder (la que oferta los servicios públicos) y otra (el inmigrante) que está en una situación de inferioridad, puesto que necesita del servicio que la otra parte le ofrece» (: 7). Las diferencias lingüísticas y culturales pueden incrementar esta brecha de poder. Como ya se ha mencionado, la presencia del/de la intérprete influye en esta relación desigual. A pesar de que las tres partes (profesional sanitario, intérprete y paciente) tienen un objetivo común, la salud del/de la paciente, el mero hecho de que el/la paciente no pertenezca a la misma cultura o lengua ya supone una disminución de «poder», porque necesita ayuda para comunicarse. A

su vez, el/la proveedor/a de servicios ve disminuir su «poder» porque también necesita ayuda y siente que pierde el control de la situación. El/la intérprete, en ocasiones, puede tener una posición privilegiada en la situación porque es la única persona que entiende todo lo que está ocurriendo (Navaza, 2014: 11).

La presencia de esta «tercera parte» puede complicar la relación asistencial, es decir, la relación entre profesional de la salud y paciente, y es posible que el/la paciente desarrolle un vínculo mayor con el/la intérprete, porque habla la misma lengua y en muchos casos pertenece a la misma cultura. Está demostrado que una buena relación asistencial entre médico/a y paciente provoca unos mejores resultados médicos. De hecho, la calidad de la relación asistencial está estrechamente relacionada con la calidad del diagnóstico y del tratamiento, y la adherencia al tratamiento y la satisfacción del/de la paciente. Es por esto que el/la intérprete debe ser capaz de gestionar esta relación triangular e intentar que la interacción principal ocurra entre el/la profesional de la salud y el/la paciente, sin centrar demasiada atención en su persona (Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers y El Harrak, 2009: 60).

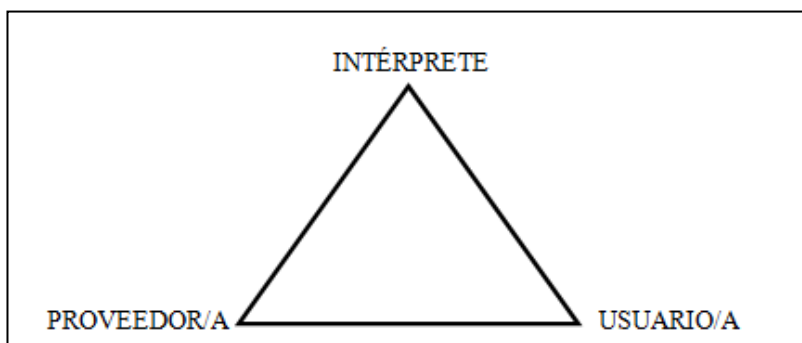


Imagen 1: La relación desigual de triangularidad en contextos de interpretación

2.3.3. Entrevista previa y entrevista posterior

En algunos códigos deontológicos se menciona la entrevista previa y la entrevista posterior. Estas son reuniones entre el/la profesional sanitario y el/la intérprete que se realizan antes y/o después de la consulta en cuestión. Numerosos/as investigadores/as recogen la importancia de la reunión previa con el/la intérprete para ponerle al día de la situación y discutir los puntos principales del caso (Corsellis, 2008).

El código deontológico del Northern Ireland Health and Social Services Interpreting Service (NIHSSIS) (2004) explica para qué se puede utilizar la entrevista previa:

[nuestra traducción] aclarar la terminología y los procedimientos, analizar la información sobre el caso, determinar el objetivo de la consulta, discutir los métodos de interpretación adecuados para la situación, mencionar algún problema previo debido al desconocimiento por parte del/de la profesional sanitario/a de alguna implicación cultural, discutir cualquier actitud complicada que pueda ocurrir y cómo debería actuar el/la intérprete y determinar cómo pronunciar el nombre del/de la paciente.

Esta conversación previa entre los/as dos profesionales les ayuda a trabajar en equipo en la consulta que se va a realizar después, lo que mejora exponencialmente la calidad del servicio (Valero Garcés y Wahl Kleiser, 2014: 325). El mismo código deontológico menciona también la importancia de una entrevista posterior, una vez que la consulta ha terminado. Esta puede usarse para repasar lo que ha ocurrido en la consulta y para aclarar aspectos culturales o dudas que tenga el/la profesional sanitario/a.

En contextos de salud mental, estas entrevistas son especialmente necesarias, sobretodo la previa, ya que de este modo los/as dos profesionales pueden hablar de cuáles son los objetivos de esa consulta, qué espera conseguir el/la profesional de la salud mental y qué métodos o terapias va a utilizar y cuál debe ser el papel o la actitud del/de la intérprete. También se puede acordar la manera en la que se hablará al/a la paciente y con qué fin, las técnicas de interpretación que resulta más conveniente utilizar, etc. (Hlavac, 2017: 7).

En definitiva, estas entrevistas requieren tiempo extra de consulta que en muchas ocasiones los/las profesionales de la salud no tienen, por lo que suele ser difícil llevarlas a cabo. No obstante, hacer el esfuerzo de realizarlas facilita exponencialmente el trabajo de la consulta y se garantiza la calidad del servicio prestado. Además, esto permite a los/las profesionales de la salud y de la interpretación conocerse y entablar una relación profesional, especificando objetivos comunes y los métodos a seguir. Los beneficios que presentan estas entrevistas son demasiado relevantes como para ignorarlos.

2.4. Estrategias de comunicación

En el ámbito sanitario español, cuando llega a la consulta un/a paciente que no domina el español, hay varias tendencias que suelen seguirse. Las soluciones que se les suele dar a los problemas de comunicación son en muchas ocasiones *ad hoc*, como pedir al/a la paciente que vaya acompañado/a por alguien que le ayude (Valero Garcés, 2006: 70); servirse del personal bilingüe del centro (Valero Garcés, 2006: 70; Alonso Araguás, 2006: 19); el uso de una lengua pivote, como el inglés o el francés (Raga Gimeno, 2006: 226); recurrir a las ONG y al voluntariado proporcionado por estas (Valero Garcés, 2006: 70); el uso del lenguaje no verbal, de los gestos y de folletos informativos multilingües (Raga Gimeno, 2006: 226), y llamar a las embajadas o consulados si los hay para pedir a una persona que conozca el idioma (Valero Garcés, 2006: 70).

Como bien explica Raga Gimeno (2006: 226), el problema con esas medidas es que no siempre están disponibles y que únicamente permiten un nivel de comunicación muy básico, que no son suficientes para llevar a cabo una entrevista clínica en condiciones. La mejor solución, según Raga, consiste en emplear a una tercera persona que actúe como mediadora intercultural (: 227). A continuación, explicaremos cuáles son las diferentes estrategias de comunicación habituales en contextos sanitarios.

2.4.1. Intérpretes ad hoc e intérpretes profesionales

Se denomina intérprete *ad hoc* a una persona que conoce las dos lenguas y que, en muchas ocasiones, es bilingüe y realiza servicios «improvisados» de interpretación para un amigo, familiar, etc. Como se ha mencionado en los párrafos anteriores, desde los servicios públicos se les insta a las personas inmigrantes a ir acompañadas por alguien que conozca la lengua, para que haga de mediadora (González García, 2006: 162). En palabras de Burdeus Domingo (2010), «la interpretación no se trata simplemente de un conocimiento de lenguas, implica también el conocimiento de las dos culturas involucradas» (: 8) y me atrevería a añadir que a su vez se precisa, como veremos más adelante, de conocimientos del ámbito en el que se está interpretando. Hay un claro consenso en relación con la idea de que una persona bilingüe no tiene las mismas aptitudes que se requieren para ser intérprete. Una persona bilingüe sin formación relacionada con la interpretación puede no recoger toda la información, puede hacer omisiones o añadir información, y puede no ser tan consciente de los falsos amigos u otras especificidades lingüísticas. Además, una persona bilingüe seguramente no conozca el código deontológico al que se acogen los/las intérpretes y, por lo

tanto, puede no saber cuáles son las funciones del/de la intérprete y sobrepasarse, poniendo en peligro la calidad de la interpretación.

En un contexto de salud, es fundamental potenciar la formación y la profesionalización de un servicio tan importante como es el de permitir la comunicación entre las instituciones y los/las usuarios/as de los servicios públicos. Gracias a experiencias pasadas, Alonso Araguás (2006) observa cómo los/las intérpretes *ad hoc* suelen presentar, debido a la proximidad al/a la paciente, una falta de confidencialidad y de neutralidad (: 23), dos de las bases principales de los códigos deontológicos de los/las intérpretes. Esta falta de un comportamiento respetuoso y profesional con el discurso se debe a que estas personas no son profesionales de la interpretación y esto puede acarrear problemas. Por poner un ejemplo, en numerosas ocasiones se usan menores que suelen ser familiares de los interlocutores para la interpretación. De esta manera, se ven obligados a asumir responsabilidades que no les conciernen, realizando labores que muchas veces requieren una estabilidad emocional considerable (: 23). Leanza, Miklavcic, Boivin y Rosenberg (2014: 98) explican que numerosos/as investigadores/as han concluido que este tipo de prácticas pueden exponer a los/las menores a estresores innecesarios y que puede tener efectos traumáticos para ellos/as. Por otro lado, en el caso de hijos/as adultos/as o de familiares adultos, aunque en muchos casos suponen un recurso muy útil para conocer y entender la realidad del/de la paciente, esto no es lo mismo a trabajar como intérprete. Es importante hacer uso de una persona ajena a la situación, neutral y profesional, para que la información que le llegue al/a la profesional de la salud sea lo más precisa posible (: 98).

Tanto Raga Gimeno (2012: 9) como Abril Martí (2015: 82) se extienden en los problemas que surgen del uso de intérpretes *ad hoc*. El primero (Raga Gimeno, 2012), en su trabajo sobre la interpretación en contextos de salud reproductiva, explica que en muchas ocasiones «es percibido por gran parte del personal sanitario más como un problema que como una solución, ya que la interlocución del marido condiciona la interacción y puede agravar los problemas de comunicación intercultural» (: 9), haciendo referencia a que las mujeres acudan a las consultas de obstetricia acompañadas de sus maridos. La segunda (Abril Martí, 2015), cuyo estudio trata sobre la interpretación en contextos de violencia de género, destaca que

muy a menudo se trata de amigos o familiares, incluso los hijos, o de otras víctimas que hablan mejor el idioma. En no pocos casos, las víctimas van acompañadas por sus parejas, es decir, sus agresores, lo que anula flagrantemente la posibilidad de que la mujer se comunique libremente (: 82).

Ambos autores se centran en las complicaciones que el uso de intérpretes no profesionales puede acarrear y, como hemos podido ver, en algunas ocasiones estas pueden llegar a ser muy serias.

En contraposición a lo que afirmaba Raga Gimeno (2012: 9), en referencia a un estudio publicado por el Grupo MIRAS en 2009, Pena Díaz, Echaury Galván y Olivares Leyva (2014) explican que «contrariamente a lo que podría pensarse en un primer momento, tanto los usuarios como los propios trabajadores de los servicios públicos se muestran en general más satisfechos con los resultados obtenidos a través de la mediación de familiares, amigos y voluntarios». Sin embargo, ellos mismos explican que los autores de este estudio creen que esto puede deberse a factores como «las escasas posibilidades de contar con mediadores profesionales, la consiguiente necesidad de adecuarse a los recursos disponibles o la escasa formación de algunos mediadores supuestamente capacitados». A este mismo argumento Corsellis (2003) añade que en muchas ocasiones, «por razones de conveniencia», se da por hecho que estas personas tienen un dominio de su segunda lengua suficiente para interpretar

adecuadamente, cuando no es así. En muchas ocasiones, estos desconocen la terminología específica y/o la cultura del/de la paciente, lo que puede dificultar la comunicación.

Por otro lado, los/las profesionales sanitarios/as bilingües suelen realizar en muchas ocasiones la labor de intérpretes. Hacer uso de este tipo de profesionales garantiza que la persona que realiza las veces de intérprete tenga un conocimiento profundo del ámbito, de gran utilidad en contextos de salud. Por desgracia, esto no garantiza que tenga las capacidades y los conocimientos necesarios para realizar una interpretación de calidad, porque un/a profesional de la salud no tiene por qué tener conocimientos terminológicos en la otra lengua ni tiene por qué saber las particularidades de la cultura del/de la paciente. También es necesario que esta persona esté dispuesta a llevar a cabo esta práctica extra, que no está incluida entre sus responsabilidades. Por supuesto, si estos/estas profesionales recibiesen la formación pertinente para llevar a cabo este tipo de servicios, serían un recurso de gran valía y de gran utilidad.

A pesar de todas las desventajas que se han enumerado sobre el uso de intérpretes *ad hoc*, cabe destacar la gran labor que realizan todas estas personas que, a falta de un servicio de interpretación, ayudan notablemente a la comunicación entre los proveedores de los servicios públicos y los usuarios.

2.4.2. Uso de lenguas pivote

En este apartado se hablará del uso de lenguas pivote como el inglés o el francés para garantizar la comunicación entre el personal sanitario y el/la paciente que no sabe hablar español, una práctica muy común en el ámbito sanitario (González García, 2006: 163).

Usar una lengua pivote no garantiza la calidad de la comunicación, ya que ninguna de las dos personas que interactúan tiene por qué conocer la lengua pivote suficientemente bien. Por este motivo, es muy posible que alguno de los/as interlocutores/as no conozca la terminología necesaria en la conversación o que no sepa expresar información valiosa en esa lengua.

Hay otros centros, como algunos centros de atención primaria del País Vasco, en los que al personal sanitario se le proporciona una lista de expresiones o preguntas básicas traducidas a varios idiomas, que se emplean como estrategia de comunicación básica (González García, 2006: 163). El plan vasco de inmigración o el plan de actuación para los/las profesionales de la salud consta de dos documentos: uno para tratar a adultos (Gobierno vasco, 2008a) y otro para tratar a niños (Gobierno vasco, 2008b). En ninguno de los dos documentos se menciona a los/las intérpretes en ningún momento. Sí se mencionan en varias ocasiones las barreras lingüísticas y culturales como un problema y una dificultad para la adherencia al tratamiento de los/las pacientes inmigrantes. Es curioso como aún reconociéndolo como un problema, no se plantea ninguna solución. La única «solución» que se les proporciona a los/las profesionales de la salud en esa guía de actuación son dos enlaces: «Frases médicas más comunes en diferentes idiomas europeos» e «Información sanitaria en lengua árabe con su correspondencia en español o inglés». Por supuesto, estos recursos están pensados para facilitar el trabajo de los y las profesionales; sin embargo, son soluciones muy básicas y poco útiles en la práctica, por lo que es comprensible que al final se recurra a intérpretes *ad hoc* o al español simplificado, ante la falta de recursos de calidad proporcionados por las instituciones.

2.4.3. Español simplificado

A pesar de que uno de los objetivos fundamentales de la Unión Europea sea la defensa de la diversidad lingüística y el multilingüismo (Valero Garcés, 2018: 9), en España y en otros muchos países se tiende al pensamiento de la integración de las personas inmigrantes como el objetivo principal de las políticas llevadas a cabo desde las instituciones (Mora Castro, 2005: 2). Por supuesto que las políticas de integración son importantes, pero, como explica Mora Castro (2005) «no podemos obviar que existe un número significativo de inmigrantes que aún no hablan castellano y que no pueden recibir una atención de calidad como consecuencia de esta dificultad idiomática» (: 7), por lo que invertir únicamente en formación de español para extranjeros no supone una solución integral que se adapte a las necesidades reales de la sociedad.

Debido a este objetivo primordial de integración, la presencia de la figura del intérprete puede ser vista como un impedimento a esta integración, ya que las personas inmigrantes no se tendrán que esforzar por aprender la lengua y cultura del país de acogida (Muñoz Martínez, 2013: 117). No obstante, la idea de este argumento se basa en impedir la integración de estas personas, impidiéndoles comunicarse adecuadamente y recibir los servicios a los que todas las personas en España tienen derecho hasta que aprendan la lengua oficial. Esto es, por definición, una traba para la integración y una gran ayuda a la asimilación, mediante la supresión de su lengua y su cultura en contextos oficiales e institucionales, instándole a la persona inmigrante a solo expresarse en su lengua en la intimidad. Por otro lado, cabe destacar que llegar a un nivel de dominio de la lengua adecuado para poder comunicarse sin ninguna dificultad y para poder entender toda la información en contextos sanitarios lleva años y es inviable no garantizar a estas personas los servicios necesarios y públicos mientras tanto.

La decisión de si un paciente necesita intérprete o no brilla por su ausencia en la mayoría de los protocolos, por lo que suele ser decisión del/de la profesional de la salud. Sin embargo, es común que, para acelerar el proceso, si el/la paciente habla mínimamente el español, se intente la comunicación de ese modo, sin hacer uso de un/a intérprete. Es necesario tener unas guías éticas que expliquen claramente cuándo es inapropiado proceder sin la presencia de un/a intérprete, para evitar este tipo de prácticas, ya que no garantiza que el/la paciente pueda expresarse con total libertad y, por lo tanto, no garantiza un buen servicio (Drennan y Swartz, 2002: 1861). Las respuestas monosilábicas o deficientes que pueden surgir de este tipo de situaciones, en contextos de salud mental, pueden afectar gravemente al diagnóstico (: 1862).

2.4.4. Traducción automática en los servicios públicos

La tecnologización de la actividad traductora a partir del desarrollo de herramientas de traducción asistida por ordenador (TAO), de herramientas de traducción automática (TA) y de la inteligencia artificial (IA) es ya una realidad (Valero Garcés, 2018: 220). La versión más novedosa de la traducción automática es la traducción neuronal. Como explica Parra, citado en Valero Garcés (2018):

Del mismo modo en que nuestras neuronas reciben información y realizan conexiones entre sí, los componentes del lenguaje se asocian con otra información subyacente para formar asociaciones y generar traducciones. Así, utilizando técnicas de aprendizaje automático, el ordenador aprende a traducir a partir de grandes cantidades de textos paralelos que además incluyen todo tipo de información lingüística y no lingüística (: 222).

Los lenguajes específicos, como puede ser el lenguaje médico, son traducidos por herramientas de traducción automática muy a menudo, ya que son muy necesarios debido al volumen de traducción que suponen (: 228). Este tipo de tecnologías no existen únicamente para la traducción, sino también para la interpretación. De hecho, recientemente están surgiendo programas de software para guiar al/a la proveedor/a de servicios a la hora de tratar con personas que no hablan el idioma oficial, como las aplicaciones desarrolladas por Universal Doctor Project (Valero Garcés, 2009: 61), como pueden ser *Universal Doctor Speaker*, *Universal Nurse Speaker Web App*, *Refugee Speaker*, *Universal Nurse Speaker iPad*, entre otros (Valero Garcés, 2018; Valero Garcés y Vigier Moreno, 2017: 157-158).

Según los/as expertos/as (Quiñones et al., citado en Valero Garcés, 2018), aún no es una posibilidad que la traducción automática iguale a la traducción humana. Sin embargo, detrás de las máquinas de traducción automática hay siempre un gran grupo de profesionales, gracias a quienes avanza toda esta rama de la traducción (: 223). Respecto a la interpretación en los servicios públicos, este es un ámbito en el que es complicado reemplazar a intérpretes humanos por software, ya que se deben tener en cuenta factores culturales y no verbales que no es posible, al menos por ahora, que un programa informático capte.

En definitiva, son herramientas útiles para conversaciones muy simples ante la imposibilidad de contar con un/a intérprete. Sin embargo, no se puede utilizar como sustituto de un servicio interlingüístico profesional (Navaza, 2014: 12).

2.4.5. Interpretación telefónica e interpretación presencial

La interpretación telefónica, como ya se ha introducido en páginas anteriores, se da cuando el/la intérprete realiza su trabajo a través de un teléfono y no se encuentra en la sala con los/as interlocutores/as. La interpretación presencial, en cambio, como su nombre indica, es cuando el/la intérprete se encuentra en la sala con los/as interlocutores/as. Este último es el tipo de interpretación más común, aunque en los últimos años las empresas de interpretación telefónica han aumentado en gran medida.

Algunas de las diferencias entre los dos tipos de interpretación son la visibilidad, la flexibilidad geográfica, la dificultad del uso de la primera persona, la menor velocidad de dicción (García Luque, 2009: 21-23) y los problemas técnicos.

Respecto a la visibilidad, la interpretación telefónica impide al/a la intérprete ver a los/as interlocutores/as, lo que supone una desventaja, ya que falta la información del factor comunicativo no verbal, que es de vital importancia.

En cuanto a la flexibilidad geográfica de la interpretación telefónica, esta permite que el/la intérprete en cuestión esté en cualquier parte del mundo, lo que es una ventaja no solo a nivel de gestión del tiempo (porque no es necesario que el/la intérprete se desplace hasta el lugar de la interacción), sino también para el número de lenguas disponibles en esta clase de servicios. El hecho de poder contar con intérpretes de todo el mundo facilita la búsqueda de intérpretes de lenguas menos comunes y además, por este motivo, se puede disponer de este servicio las 24 horas del día (: 25), lo que es muy útil para ciertas situaciones de urgencia. No obstante, la flexibilidad geográfica puede ser también una desventaja, ya que en ocasiones, los/las interlocutores/as se hallan en lugares muy lejanos al/a la intérprete, lo que puede suponer que tengan culturas muy diferentes, lo que a su vez puede dificultar la comunicación.

Otras dos características que describe García Luque (2009: 21-23) consisten en la dificultad del uso de la primera persona y en la menor velocidad de dicción. Al ser una conversación telefónica, se ha demostrado que el uso de la primera persona a la hora de interpretar se vuelve más complicado, porque resulta poco natural para los interlocutores, y que estos a su vez suelen hablar más lento, lo que alarga la sesión.

Por último, una de las mayores desventajas de la interpretación telefónica es la posibilidad de problemas técnicos. Este tipo de interpretación depende enteramente del buen funcionamiento de la tecnología y esto puede acarrear problemas. Un sonido de mala calidad, ruido de fondo o una mala cobertura son algunas de las dificultades a las que se enfrenta un/a intérprete en estas situaciones.

Por último, querría mencionar alguna de las ventajas de esta modalidad que la han hecho tan popular los últimos años. En definitiva, es más barata y más accesible, debido a la gran oferta lingüística y al rango horario (que suele ser de 24 horas diarias). Sin embargo, es esencial también tener en cuenta sus desventajas, como la imposibilidad de captar los parámetros de la comunicación no verbal, los problemas técnicos y la dificultad añadida a la hora de generar lazos de confianza (Navaza, 2014: 12).

2.4.6. Documentos traducidos y traducción a la vista

En el ámbito sanitario existen numerosos formularios y documentos informativos, entre otros, que ya suponen una dificultad para las personas que entienden la lengua en la que están escritas. Por ello, es importante tener ese tipo de documentos traducidos con anterioridad a otras lenguas, para que los y las pacientes tengan la posibilidad de leerlo tranquilamente, para posteriormente realizar las consultas que precisen a su profesional de la salud (Corsellis, 2003). Por desgracia, esta opción no puede ser la única solución que se les dé a las barreras lingüística y cultural, ya que existe población inmigrante analfabeta, que no sabe leer, o personas que hablan lenguas no escritas, y que, por lo tanto, no pueden recibir la información de esta manera. No obstante, otra opción a la que recurren la mayor parte de los centros es la traducción a la vista. Como ya hemos mencionado en apartados anteriores, la traducción a la vista consiste en interpretar oralmente un texto escrito a la par que se lee y se realiza muy a menudo en centros sanitarios porque suelen tener los documentos escritos únicamente en las lenguas oficiales.

2.5. Códigos deontológicos

Los códigos deontológicos son conjuntos de normas que garantizan la calidad del trabajo de los y las profesionales, en este caso de la traducción y la interpretación. Como en España no existe un Colegio de traductores/as e intérpretes, no existe un código unificado para todos los miembros de la profesión, sino que cada asociación ha redactado el suyo propio. Es de vital importancia que exista un código unificado en todo el país y, más concretamente, un código específico de la TISP, ya que es una disciplina fundamentalmente diferente a otras dentro de la T&I y requiere de protocolos orientativos que seguir según cada situación específica. A su vez, es relevante que el código recoja y defienda de manera clara y específica los derechos de los y las trabajadores/as de la profesión.

Aunque no exista un código deontológico unificado de la profesión de la interpretación, sí hay códigos redactados por diferentes instituciones o centros a lo largo del mundo. De hecho, en algunos países existen códigos específicos de la interpretación en los servicios públicos o incluso de la interpretación en ámbitos sanitarios. Los principios recogidos en todos los códigos son la confidencialidad, la competencia profesional continuada, la integridad, la imparcialidad y la fidelidad.

La confidencialidad es una de las principales directrices que todo/a intérprete debe respetar. Por este principio, todo lo que ocurra en la consulta es confidencial, con la excepción de si se debe prestar declaración ante un tribunal al respecto. Su objetivo es proteger a las personas involucradas (NICEM; NCIHC, 2004; KANTARA; IMIA, 2010).

La competencia profesional continuada consiste en comportarse como un profesional, realizando acciones como aceptar encargos únicamente si se saben capacitados para ello o rectificar si se ha cometido algún error. Además, el matiz que aporta la palabra «continuada» hace referencia a que los y las profesionales de la interpretación tienen la responsabilidad de seguir aprendiendo continuamente y de no dejar de formarse (NICEM; NCIHC, 2004; KANTARA; IMIA, 2010).

La integridad del/de la intérprete, principio de gran importancia en la profesión, representa el deber de este a interpretar todo lo que se diga, sin alterar el discurso, sin omisiones ni añadidos que no estén justificados por el trasvase de lengua a lengua (NICEM; NCIHC, 2004; KANTARA, IMIA, 2010).

El principio de la imparcialidad recoge la necesidad de que el/la intérprete sea imparcial y neutral en todo momento y de que no se decante por ninguna de las partes, ya que eso podría poner en peligro la calidad de la interpretación (IMIA, 2010).

La fidelidad está estrechamente relacionada con la integridad y consiste en que el/la intérprete debe ser fiel al texto oral origen, es decir, que debe interpretar exactamente lo que los interlocutores digan (IMIA, 2010).

Algunos códigos deontológicos (NIHSSIS, 2004) también desarrollan otros temas, como los derechos de los/las intérpretes y la utilidad de las entrevistas previa y posterior.

Los códigos deontológicos son de gran utilidad para la formalización de una profesión, para marcar unos estándares de profesionalidad y para tener pautas que ayuden a los y las profesionales a lidiar con situaciones complicadas. No obstante, algunas de estas situaciones salen de lo previsto en los códigos, y es en estas situaciones en las que el intérprete debe ser capaz de adaptarse a las necesidades del contexto y a los/as interlocutores/as a los/as que está interpretando (Valero Garcés y Wahl Kleiser, 2014: 324; Sanz Moreno, 2017).

2.6. Aspectos legales de la traducción e interpretación médica

Aunque las políticas de inmigración en sentido estricto son labor del Estado y de la Unión Europea, las comunidades autónomas son las encargadas de gestionar gran parte de los servicios públicos y de garantizar que estos sean de calidad. A su vez, son las comunidades autónomas las que deben procurar la integración de la población inmigrante (Toledano Buendía, Fumero y Díaz Galán, 2006: 194). Sin embargo, no parece que haya conciencia de que el Estado tenga la responsabilidad de proporcionar servicios de mediación lingüística a la población inmigrante en todos los ámbitos de los servicios públicos y no solo en aquellos en los que estos servicios estén regulados por ley (: 201). En los siguientes párrafos nos centraremos en los reglamentos que recogen la figura del/de la intérprete/mediador/a en los servicios públicos.

2.6.1. Normativa internacional

A nivel de legislación europea, existe la *Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo*, que recoge el derecho a ser asistido por un/a intérprete en procesos penales. La interpretación judicial tiene un mayor reconocimiento (Ortega Herráez, Abril Martí y Martín, 2009: 151). Su necesidad para proporcionar unos servicios de calidad y el hecho de que debe ser el derecho de toda persona inmigrante son ideas más extendidas en el ideario colectivo. Esto puede deberse a que se han registrado casos de personas inocentes que han sido condenadas debido a la falta de interpretación o a una interpretación de baja calidad. En el ámbito sanitario, sin embargo, es muy complicado estudiar las consecuencias de la falta

de interpretación o de una interpretación de baja calidad. Mientras que en el ámbito judicial se registran y graban todas las intervenciones, en el ámbito sanitario esto no es posible debido a la confidencialidad de las situaciones. Por desgracia, no existe legislación similar que recoja el derecho a la interpretación en el ámbito sanitario, aunque parezca evidente que en este ámbito se tratan temas de gran importancia relacionados con el bienestar, la salud, la vida y la muerte. De todos modos, la existencia de esta directiva, aunque solo abarque el ámbito jurídico, es un antecedente esperanzador, que allana el camino para futuras directivas que recojan el derecho a estos servicios en el resto de servicios públicos.

En el artículo 22 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, se declara lo siguiente:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

En el artículo 2 de este mismo documento, a su vez, se declara lo siguiente: «Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición». Según estos dos artículos, toda persona tiene derecho a que el Estado le proporcione unos servicios sociales indispensables, entre los que se encuentra la sanidad, y estos derechos son extrapolables a cualquier persona, independientemente de su raza, color, sexo, idioma, ... El hecho de que en este artículo se recoja el factor del idioma es muy representativo, ya que expresa que excluir a las personas de unos servicios públicos de calidad por motivo de que su lengua sea diferente a la oficial es una violación de los derechos humanos. Toda persona tiene derecho a recibir unos servicios de calidad, en igualdad de condiciones al resto de los integrantes de la sociedad.

2.6.2. Normativa nacional

La *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*; en el artículo 22 sección 2, expresa lo siguiente:

Los extranjeros que se hallen en España tienen derecho a asistencia letrada en los procedimientos administrativos que puedan llevar a su denegación de entrada, devolución, o expulsión del territorio español y en todos los procedimientos en materia de protección internacional, *así como a la asistencia de intérprete si no comprenden o hablan la lengua oficial que se utilice*. Estas asistencias serán gratuitas cuando carezcan de recursos económicos suficientes según los criterios establecidos en la normativa reguladora del derecho de asistencia jurídica gratuita.

La *Ley Orgánica 5/2015 de 27 de abril* transpone lo expuesto por la *Directiva 2010/64/UE*, explicada en el apartado anterior. En esta ley se recogen los derechos de traducción e interpretación (tanto de lenguas orales como de lenguas de signos) de las personas procesadas por el sistema judicial y se detallan las características de esos servicios.

Como se puede ver, estas leyes especifican el derecho de las personas inmigrantes a ser asistidas por un/a intérprete si no comprenden o hablan la lengua oficial que se utilice. Esta falta de dominio de la lengua deberá determinarla el juez. El hecho de que la ley

especifique no solo la existencia de este servicio, sino también el derecho de la persona a disponer de él, es un gran avance para la profesión. Por desgracia, en la legislación española el ámbito jurídico es el único en el que se recoge este derecho. En el resto de los ámbitos de los servicios públicos, este derecho no está regulado en absoluto. Las únicas leyes en España que recogen la interpretación tratan exclusivamente del ámbito judicial. Sin embargo, aunque en este ámbito esté regularizado, lo cierto es que en la práctica la situación es muy diferente. De la contratación de los/las intérpretes se encargan de manera cada vez más habitual empresas subcontratas, que ofrecen salarios muy bajos a sus intérpretes. Por este motivo, al final, las únicas personas que aceptan estas condiciones son intérpretes poco profesionales, con poca formación o formación inexistente (Abril Martí, 2015: 84). Además, en muchas ocasiones esta directiva no se cumple y numerosos/as intérpretes se quejan de las prácticas de violación de los derechos de las personas inmigrantes dentro de las salas de los tribunales, en las que muchas veces no se les permite a los/las intérpretes que interpreten toda la información a la persona que está siendo procesada.

En el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, artículo 3 ter, puede leerse lo siguiente:

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. B) De asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Esta ley excluyó a las personas inmigrantes sin permiso de residencia a la atención sanitaria, salvo las excepciones expuestas. Esta ley impide que muchas personas que viven en este país reciban la ayuda sanitaria que necesitan. Si no es una situación de urgencia, esa persona no puede recibir los servicios esenciales de salud. Esto supone un agravamiento de su situación, ya de por sí difícil. Esta ley atenta contra el bienestar de las personas, obligándolas a únicamente recibir ayuda cuando su salud ya es grave, sin seguimiento posterior. Además, el contenido de esta ley es una violación de la *Declaración de los Derechos Humanos*, ya que el artículo 22 recoge, como hemos visto en el apartado anterior, ya que no se puede discriminar a nadie por su «origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición».

La *Constitución española* de 1978, artículo 43, recoge lo siguiente: «1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública [...]».

La *Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del/de la paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, especifica el derecho del/de la paciente a la información. Más específicamente, el artículo 4 de esta ley refleja el derecho a la información asistencial y el artículo 8 regula el consentimiento informado. La *Ley General de Sanidad 33/2011 de 4 de octubre* también recoge estos derechos. Por lo tanto, los y las pacientes tienen derecho a recibir y a entender su información asistencial por ley. Aunque esta ley no recoge la situación en la que haya barreras lingüísticas, se entiende que esta regla se aplica también a estas situaciones. Sin embargo, en ocasiones, esta ley no se cumple, porque algunos temas médicos son complicados de entender incluso para las personas que entienden el idioma, mucho más si se trata de un consentimiento informado.

Se podría decir que existe una falta de voluntad política por adaptar el sistema de salud a un grupo poblacional con una diversidad lingüística y cultural crecientes (Mora Castro, 2005: 11). Buscar la homogeneización de la ciudadanía es un error, como ya se mencionó en el apartado anterior, y la solución más efectiva parece consistir en aceptar la realidad de diversidad. A su vez, es posible que por esta misma falta de voluntad y por la falta de reconocimiento de la profesión, España todavía carezca de un sistema de acreditación de traductores e intérpretes en los servicios públicos. Esta falta de regulación supone un problema y una traba para el buen funcionamiento de los servicios públicos y de los servicios de interpretación y mediación, que inevitablemente existen, aunque sin ninguna garantía legal ni de calidad. Según destaca Valero Garcés (2006), las medidas principales que deben implantarse para garantizar los derechos de ambas partes, tanto de los/las pacientes como del personal sanitario, son la formación de profesionales y la creación de materiales multilingües. Baigorri Jalón et al. (2006: 178) plantean otras posibles soluciones, como la creación de protocolos, manuales y guías de traducción e interpretación para los centros sanitarios o creación de enlaces permanentes con embajadas o consulados. En otros países, tal y como explica Corsellis (2008), son los servicios públicos los responsables de averiguar la lengua, cultura, situación social y económica del/de la paciente y de adaptar sus servicios a él/ella todo lo posible, con el objetivo de seguir los procedimientos de garantía de calidad.

2.7. Salud mental

La salud mental es «el bienestar psicológico, emocional y social de una persona» [nuestra traducción] (Hlavac, 2017: 4) y es uno de los principales problemas sanitarios a nivel mundial que afecta a un gran porcentaje de la población (Echauri Galván, 2016: 23-24). Según datos del CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental), los trastornos mentales afectan a casi el 20 por ciento de la población española y suponen un 40 por ciento de las enfermedades crónicas (La Vanguardia, 2018). De hecho, según la OMS (2017) la depresión afecta a unos 300 millones de personas y es la principal causa de discapacidad. En contraposición con estos datos, según datos del CIBERSAM (2017), a pesar de tener una sanidad pública, en España menos de un tercio de las personas que sufren depresión recibe un tratamiento adecuado. Además, según resalta Echauri Galván (2016), el gasto público destinado a la salud mental no refleja el peso que, como ya hemos visto, tiene en nuestra sociedad.

A lo largo de la historia, la salud mental ha sufrido grandes cambios. Como explica Echauri Galván (2016: 47-49), la historia de la salud mental se caracteriza por «una lenta transición de la custodia a los cuidados», de la «locura» al «trastorno mental». No obstante, no solo ha cambiado la forma que tenemos de diagnosticar y de percibir a aquellas personas con trastornos mentales, sino que los tratamientos también han cambiado drásticamente. Se ha pasado del confinamiento y el castigo físico a tratamientos modernos pautados por personal médico especializado en la salud mental. Las ideas religiosas sobre la locura han dado paso a explicaciones médico-científicas de los trastornos mentales y en las últimas décadas se ha tendido hacia la desinstitucionalización y al tratamiento ambulatorio. Los últimos años se caracterizan por promover estrategias de prevención, de integración y de creación de centros ambulatorios específicos (Echauri Galván, 2016).

La situación de las personas psiquiatrizadas se caracteriza por el desempleo masivo, la pobreza y los lazos afectivos frágiles, ya que en la sociedad todavía se tiende a ver todo aquello relacionado con los trastornos mentales con rechazo y exclusión (Blais, 2002: 64-65). Echauri Galván (2016) también explica los prejuicios habituales respecto a la salud mental y los procesos de estigmatización, de exclusión y de vergüenza, entre otros. Esta situación se

agrava en casos de inmigrantes, ya que se suma la dificultad añadida de la migración y sus duelos. Gran parte de la población inmigrante ha estado expuesta a situaciones traumáticas (Monleón Moscardó et al., 2009: 2). La migración es un fenómeno complejo y multifacético, que va más allá del mero movimiento, ya que se basa en factores económicos, políticos, culturales, sociales, psicológicos y políticos (Sayed Ahmad Beiruti, 2008: 61). Es un cambio completo del estilo de vida de una persona que, en la mayoría de los casos, supone también un cambio de identidad.

2.7.1. El síndrome de Ulises

El duelo migratorio, en palabras de Martínez Moneo y Martínez Larrea (2006), se podría definir como «las dificultades y las tensiones» (: 66) que se viven debido a un proceso de migración. Este duelo se caracteriza por ser parcial, recurrente y múltiple (: 66-67). La parcialidad hace referencia a que en ocasiones la separación con el país de origen no es completa, ya que algunos/as inmigrantes pueden regresar. La recurrencia quiere decir que los vínculos con el lugar de origen siguen activos, o como las llaman Martínez Moneo y Martínez Larrea, «las fantasías de regreso». Por último, el duelo migratorio es múltiple porque consta de muchas facetas, al igual que el proceso migratorio en sí. De hecho, Achotegui Loizate (2017) sostiene que este duelo migratorio puede analizarse y dividirse en siete duelos diferentes: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra (entorno, luz, clima, paisaje), el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos para la integridad física (: 15). Todos estos factores son propensos a sufrir cambios en un proceso de migración y todos estos cambios vitales, sumados a las condiciones límite y situaciones extremas que viven muchos/as inmigrantes, suponen una tensión psicológica que a su vez es un factor de riesgo relevante para la salud mental. A este conjunto de duelos y a su resultado en la salud mental de la persona inmigrante Achotegui Loizate lo llama síndrome de Ulises.

Junto con el nombre, Achotegui Loizate propone en su estudio una «escala de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la inmigración» (: 14), a la que llama Escala Ulises. Esta escala está dirigida a profesionales de la salud mental para tratar de manera más específica a la población inmigrante, ya que el síndrome de Ulises está «a medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno de estrés postraumático» (Martínez Moneo y Martínez Larrea, 2006: 69). Achotegui Loizate explica que, para aplicar la escala, se debe estudiar en el paciente cada uno de los siete duelos, tanto por su intensidad (simple, complicado o extremo) como por los factores que los modulan (vulnerabilidad y estresores) (2017: 15-16).

2.8. Psiquiatría transcultural

La psiquiatría transcultural es un ámbito de la ciencia psiquiátrica que «trata de entender el impacto de las diferencias sociales y culturales en la enfermedad mental, tanto en el nivel de las manifestaciones como en el de los tratamientos» (Martínez Moneo y Martínez Larrea, 2006: 64). Estos autores hablan de un fenómeno de lo más interesante: las diferencias culturales sintomáticas. Es decir, que una enfermedad mental puede reflejarse en dos personas de culturas diferentes a través de síntomas diferentes; por lo tanto, en muchas ocasiones, las escalas y patrones que se tienen en una cultura no pueden extrapolarse a otra (: 65).

En una entrevista en *El Periódico* (2017), Francisco Collazos Sánchez explica que en psiquiatría no existe un marcador biológico que te diga si hay, por ejemplo, diabetes o no. Si hablamos de psicosis –la pérdida de contacto con la realidad–, lo que

he de explorar es tu mundo emocional, tu mundo de las ideas, cómo las verbalizas y cómo catalogo tu conducta.

Por lo tanto, para diagnosticar ciertas enfermedades mentales, es esencial entender lo que el/la paciente esté diciendo. De hecho, no solo hace falta entender sus palabras, sino en contexto, la cultura en la que deben contextualizarse. En palabras de Collazos Sánchez, «esa idea que tú expresas, que a mí me resulta extraña o delirante, porque me estás explicando algo que tiene que ver con espíritus y presencias percibidas, me puede llevar a equivocarme al diagnosticarte como psicótica». Esto tiene una gran relevancia, ya que el mismo Collazos Sánchez, entre otros autores (Martínez Moneo y Martínez Larrea, 2006: 70), recogen que hay un exceso de diagnósticos de psicosis entre la población inmigrante. De hecho, Martínez Moneo y Martínez Larrea explican en su trabajo que esto puede deberse a dos factores: «la experiencia migratoria en sí como factor estresante y la tendencia a sobrediagnosticar esquizofrenia en población inmigrante debido a limitaciones culturales e idiomáticas» y a «la diferencia en la expresión sintomática» (: 71).

Es por todos estos motivos por los que la mediación intercultural y la interpretación son tan importantes en sanidad en general y en salud mental en concreto, no solo porque aligere y facilite el servicio, sino porque las barreras lingüísticas y culturales impiden el buen funcionamiento de dicho servicio y, en muchas ocasiones, su fracaso, por lo que la falta de estos servicios de mediación pueden suponer mala praxis de manera concreta y una violación de los derechos humanos a nivel institucional (Blake, citado en Leanza, Miklavcic, Boivin y Rosenberg, 2014: 90). En palabras de Echauri Galván (2016), «la falta de servicio lingüístico puede llevar al inmigrante a rechazar los servicios a su disposición» (: 54) y, por lo tanto, a no recibir tratamiento.

2.9. La interpretación y mediación en contextos de salud mental

A parte de los problemas de salud física que los/las pacientes puedan tener, es importante recordar que es igual de importante preservar la salud mental y tratar problemas de salud mental. En la población inmigrante, la salud mental está estrechamente relacionada con la situación que vive cada persona y con las condiciones y vivencias que le han llevado hasta el país de acogida (González García, 2006: 163). Como explican Lázaro Gutiérrez y Tejero González (2017), «la migración no supone mayor riesgo de presentar trastornos mentales, aunque sí se pueden presentar trastornos adaptativos como consecuencia de las situaciones de estrés intenso y prolongado al que están sometidas estas personas» (: 99). Collazos Sánchez, Mantilla Reyes y Ortega Hernández (2018) añaden que «la relación entre psicopatología y migración es compleja y obedece a la interacción de múltiples variables» (: 27).

La interpretación y la mediación son actividades de gran importancia en el ámbito sanitario, ya que facilitan la comunicación entre proveedores/as y usuarios/as de los servicios. En la especialidad de la salud mental esta importancia se dispara, ya que «language is the principal diagnostic and therapeutic tool» (MacSuibhne, 2012: 121). [Nuestra traducción: el lenguaje es la principal herramienta terapéutica y de diagnóstico]. La misma idea la resaltan Drennan y Swartz (2002), cuando explican que los y las profesionales de la salud necesitan entender a sus pacientes y que estos/as les entiendan a ellos/as. Sin embargo, en contextos de salud mental, la importancia del lenguaje adquiere unos matices especiales, ya que no solo es necesario saber el contenido lingüístico de la interacción, sino que también se requiere comprender cómo se está diciendo y el lenguaje no verbal (: 1853).

Si el/la paciente habla una lengua que el/la profesional de la salud no entiende, es imposible realizar una comunicación satisfactoria sin la presencia de un intérprete. No obstante, si el/la intérprete carece de formación en el ámbito de la salud mental, esto puede

ocasionar omisiones o distorsiones en el mensaje, debido a los diferentes factores que se deben tener en cuenta en una interacción en este ámbito. Por lo tanto, el conocimiento que tenga el/la intérprete sobre los protocolos y los conceptos en contextos de salud mental tiene un impacto directo (: 1856). Por ejemplo, si el paciente está presentando un discurso incoherente, el/la intérprete no debe intentar completar las frases o hacerlas comprensibles, ya que la incoherencia del discurso es relevante para la comunicación. Drennan y Swartz (2002), en palabras de Mishler, destacan que en medicina psiquiátrica el discurso se divide en dos categorías: lo «clínicamente relevante» y lo «clínicamente irrelevante» y el trabajo de un/a intérprete consiste en interpretar toda esta información lo más fielmente posible con el objetivo de que el/la profesional de la salud mental pueda «traducir» toda esta información lingüística en signos psiquiátricos y síntomas (: 1857). Por otra parte, es imprescindible que el/la intérprete que trabaja en contextos de salud mental conozca los términos más habituales, sus síntomas y sus tratamientos, al menos en parte. Según Hlavac (2017), los términos que un/a intérprete debe conocer como mínimo para trabajar en contextos de salud mental son los siguientes: [nuestra traducción] «ansiedad, alzheimer, anorexia, síndrome de Asperger, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), autismo, trastorno bipolar, bulimia, demencia, depresión (incluida la depresión mayor), neurosis, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), ataque de pánico, paranoia, fobia (agorafobia, claustrofobia), trastorno de estrés posttraumático (TEPT), psicosis y esquizofrenia» (: 10). La terminología forma parte del trabajo de un/a intérprete siempre, sin importar cuál sea su ámbito de trabajo. Es necesario que se documente adecuadamente y que tenga conocimientos del ámbito específico en el que va a trabajar para poder proporcionar un servicio de calidad. Sin embargo, siempre se debe tener en cuenta que el/la intérprete es un/a experto/a en comunicación (y en cultura), pero no en medicina. Por este motivo, es importante que los y las profesionales de la salud recuerden esto y no esperen que el/la intérprete tenga que conocer todo sobre el ámbito en el que se trabaja.

De hecho, muchos/as profesionales sanitarios/as suelen preferir el uso de un/a profesional bilingüe como intérprete porque es una garantía de que va a tener los conocimientos psiquiátricos necesarios (Drennan y Swartz, 2002: 1859). Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers y El Harrak (2009: 60) consideran imprescindible que los/as mediadores/as sanitarios/as conozcan y entiendan la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario, ya que de este modo la consulta puede realizarse de manera más fluida. Por eso es tan importante el trabajo en equipo entre los/las profesionales de la salud y los/las intérpretes, para que todos estos procesos tan complejos puedan llevarse a cabo con la mayor calidad posible y que el/la usuario/a sea diagnosticado y tratado con garantías.

Drennan y Swartz (2002) relatan en su estudio algún caso en el que el personal sanitario ha redactado en el historial del/de la paciente «pobreza y simpleza de pensamiento», característica que puede condicionar el diagnóstico, basándose en una consulta sin intérprete, en la que el/la paciente tuvo que comunicarse en una lengua de la que no tenía mucho dominio. De este modo, en futuras consultas tampoco se utilizó intérprete, porque se consideró que su bajo nivel lingüístico se debía a su condición mental. Esto produce una estigmatización del/de la paciente que podría haberse evitado (: 1858). Cornes y Napier (2005), en palabras de Bot y Wadensjö, explican que las dinámicas de interacción en el ámbito de la salud mental son especialmente delicadas, lo que puede complicarse con un/a intérprete presente (: 404). También enfatiza la necesidad de trabajo en equipo entre los y las profesionales de la salud mental y los y las intérpretes para paliar este efecto.

Asimismo, es relevante mencionar que debido a esta importancia que tiene la cultura en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes en contextos de salud mental, la presencia de un/a intérprete que solo tenga conocimientos académicos y lingüísticos no es suficiente para

mediar en situaciones en las que el/la paciente no habla la lengua oficial. Esto es así por el simple hecho de que, como ya hemos visto en las páginas anteriores, la información cultural puede cambiar la manera en la que el/la profesional de la salud analiza los síntomas. Si hay un intérprete de estas características, sería conveniente que lo acompañara un/a mediador/a intercultural (Leanza, Miklavcic, Boivin y Rosenberg, 2014: 89). No obstante, lo ideal es contar con mediadores y mediadoras interculturales con formación para trabajar como intérpretes. Respecto a los códigos deontológicos mencionados anteriormente, Leanza, Miklavcic, Boivin y Rosenberg (2014) enfatizan que en contextos de salud mental no siempre es posible seguir estos códigos al pie de la letra. Por ejemplo, relacionado con el principio de neutralidad, abogan por la colaboración activa entre el/la profesional de la salud y el/la intérprete como factor de gran importancia para lograr un servicio de calidad y un diagnóstico y tratamiento adecuados (: 91); eso sí, siempre manteniendo una neutralidad profesional adecuada para no afectar negativamente la intervención. También se valora positivamente el uso del mismo intérprete a lo largo de los cuidados de un/a paciente, ya que esto facilita el trabajo en equipo y, además, el hecho de cambiar de intérprete puede desorientar o incomodar al/a la paciente (: 97).

A la necesidad de la presencia de un/a intérprete profesional en contextos de salud mental se le suma la demanda. Y es que además de ser un servicio necesario para realizar un buen servicio, es posible que sea un ámbito muy demandante de servicios de este tipo. Según los datos de CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado), como puede verse en el Gráfico 2, entre enero y noviembre de 2018, de las interpretaciones que realizaron la que más se repetía era la interpretación en el ámbito jurídico (32 %) y la segunda era la interpretación en el ámbito psicológico (30,10 %). Esta gráfica representa la asiduidad de las interpretaciones llevadas a cabo por el equipo de CEAR a lo largo del año 2018 y el hecho de que el segundo ámbito más demandante esté relacionado con la salud mental es definitivamente notable. Por supuesto que estos datos no reflejan la totalidad de las necesidades de servicios de interpretación, pero sí dan algo de luz a la situación.

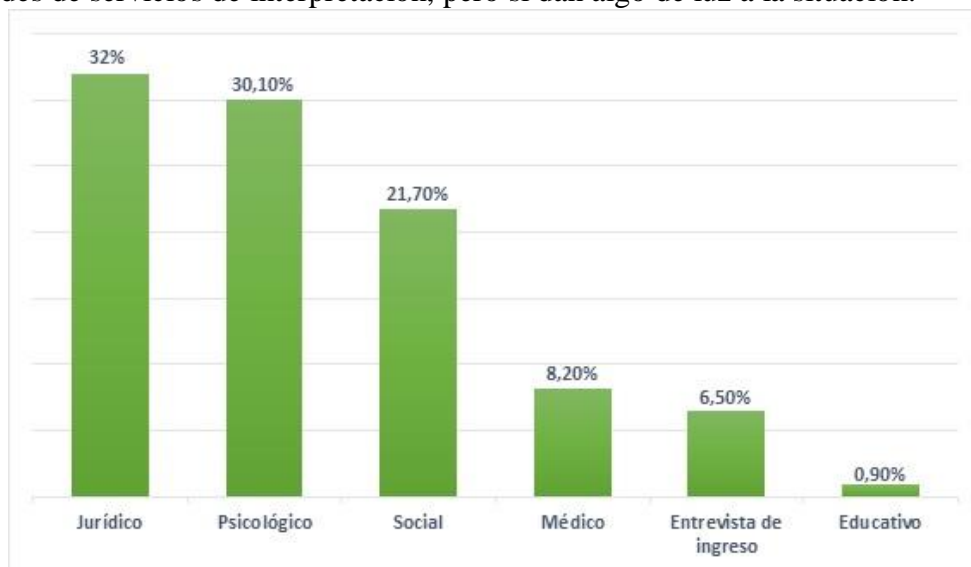


Gráfico 2: Interpretaciones realizadas por ámbitos (enero 2018 – noviembre 2018) (CEAR). Disponible en: <https://www.pear.es/projects/traduccion-e-interpretacion/>.

Respecto a quién realiza las interpretaciones, en el ámbito sanitario en general lo más común es el uso de voluntarios/as. Algunas asociaciones y ONG, como Accem, CEAR, Cruz Roja o la Fundación Andalucía Acoge, se encargan de organizar y proporcionar los servicios de interpretación y de mediación en los servicios públicos, por lo que el uso de voluntarios/as

es muy común. Algunos hospitales generales tienen un sistema de voluntarios/as que les permite contar con interpretación, pero gran parte de estos grupos de voluntariado no suele tener formación específica para desempeñar ese papel (Abril Martí, 2006: 335). Algunos de estos servicios son Salud entre Culturas en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, y AVISA (Asociación de Voluntarios Intérpretes en el ámbito Sanitario en la comarca de Axarquía), que trabaja en colaboración con algunos hospitales en Málaga. A falta de otras iniciativas, estos servicios de voluntarios/as son los que permiten que, con mayor o menor calidad, las personas inmigrantes que no dominan la lengua oficial puedan tener acceso a los servicios públicos.

2.9.1. El rol del/de la intérprete en salud mental

Un/a intérprete especializado en salud mental es aquel que trabaja en contextos de salud mental, que puede darse en ámbitos diversos: «urgencias, contextos de tratamiento o rehabilitación» [nuestra traducción] (Hlavac, 2017: 5), u otros ámbitos en los que la salud mental sea un factor relevante.

El rol tradicional de intérprete de ser un ente invisible, prácticamente inexistente, que únicamente se limita a interpretar información de una lengua a otra sin intervenir, según Leanza, Miklavcic, Boivin y Rosenberg (2014: 105), no es realista ni eficaz en contextos de salud mental y puede afectar negativamente al proceso terapéutico. Como ya se ha mencionado anteriormente, el método de cooperación entre profesionales es el más eficiente en estos casos, ya que si se trabaja en conjunto, incluso si se ha trabajado ya anteriormente y se conoce cómo trabaja el otro, se puede trabajar en equipo para lograr objetivos terapéuticos concretos. Sin embargo, esta situación óptima no es siempre fácil de conseguir, debido a la falta de disponibilidad de intérpretes o la falta de gasto público en esta clase de servicios, que muchas veces dificulta la presencia de un/a intérprete en la sala. También hay otros factores que pueden dificultarlo, como la falta de formación tanto por parte del intérprete como por parte del/de la profesional de la salud (: 105).

Por otro lado, en salud mental es de vital importancia que el/la intérprete no solo traslade de una lengua a otra el contenido del discurso, sino también su forma (Hlavac, 2017: 9). En otros ámbitos y tipos de interpretación, como la interpretación de conferencias, es muy común que el/la intérprete perfeccione y haga más coherente el discurso del/de la orador/a. En la interpretación en contextos de salud mental, sin embargo, la forma es esencial para el diagnóstico y el tratamiento del/de la paciente. Las repeticiones, la velocidad, la entonación y la incoherencia, entre otros factores, se deben intentar replicar en la interpretación. Por supuesto, se dan casos en los que replicar este tipo de características del discurso resulta muy difícil o incluso imposible. En estos casos, el/la intérprete debe comunicar al/a la profesional de la salud de modo más explícito la forma del discurso del/de la paciente (Hlavac, 2017: 9).

3. Metodología

Esta investigación es un estudio de caso que aporta información cuantitativa a través de dos encuestas, basadas en los objetivos de este trabajo y en trabajos anteriores sobre la interpretación sanitaria.

3.1. Primeros pasos

El proceso de desarrollo de este trabajo comenzó con la lectura de varios manuales de investigación, con el objetivo de tener una idea clara que cómo funcionan este tipo de investigaciones. Una vez leídos estos manuales, se prosiguió con la recopilación de artículos relacionados con la interpretación sanitaria en general y con la interpretación en salud mental en concreto, con el objetivo de recopilar información sobre el estado de la cuestión y para tener una base sobre la que implantar los objetivos del trabajo. De este modo fue posible observar cómo solían ser los procesos de recopilación de datos y los diferentes métodos que solían utilizarse, ya que aún no se había tomado la decisión de usar encuestas.

Teniendo en cuenta los manuales de investigación y las lecturas realizadas, se consideró que la mejor decisión era el desarrollo de dos encuestas: una para el personal sanitario que trabajase en contextos de salud mental y otra para los y las intérpretes que también trabajasen en este contexto. Se eligió el uso de encuestas porque, de este modo, se conseguía llegar a un mayor número de personas que haciendo encuestas cualitativas particulares o entrevistas. Por otra parte, se tomó la decisión de diseñar dos encuestas distintas, una para el personal sanitario y otra para los/las intérpretes, con el objetivo de conocer las opiniones de los dos colectivos y de tener una idea más global de las necesidades del sector, de las opiniones sobre la interpretación en este sector y de la situación actual que se vive en contextos de salud mental con inmigrantes. Además, las dos encuestas son complementarias, ya que buscan recoger la opinión de las dos muestras poblacionales sobre los mismos temas o temas muy similares y, de este modo, es posible comparar las opiniones de unos/as profesionales con las opiniones de los/as otros/as.

Por lo tanto, gracias a estas dos encuestas, se recibiría información cuantitativa, fácil de analizar y muy visual, por parte de dos de los tres colectivos afectados por esta situación. Se consideró importante que la información pudiese recogerse de manera visual, mediante el uso de gráficos y tablas, porque de este modo los resultados de las encuestas podrían presentarse con más claridad. No consideramos oportuno diseñar una encuesta para la población inmigrante con experiencia en servicios de salud mental porque pensamos que quizá sería difícil acceder a los contactos, por ser la información de los pacientes totalmente confidencial. Por este motivo, los resultados obtenidos a partir de estas encuestas serían inevitablemente incompletos, ya que solo participan dos tercios de las personas implicadas en estas relaciones triangulares que se dan en contextos sanitarios con intérprete.

3.2. Contacto con los colectivos de las muestras

Antes de diseñar las encuestas, en febrero, me puse en contacto a través del correo electrónico con numerosas asociaciones, colegios profesionales y hospitales, con el objetivo de buscar personal sanitario dispuesto a participar en mi estudio, y con numerosas asociaciones y organizaciones, para buscar intérpretes. La selección de estos grupos se realizó a través de internet, a través de búsquedas cerradas y específicas. Seleccioné aquellas asociaciones, colegios profesionales y hospitales que estuviesen especializados en salud mental o contasen con una sección específica de salud mental y/o interpretación. Para tener un

registro adecuado de las personas con las que ya había contactado y cuáles habían respondido, apuntaba todos estos datos en un archivo EXCEL, con el objetivo de no perder la cuenta.

A aquellas asociaciones, colegios profesionales y hospitales en los que buscaba personal sanitario les envié el siguiente mensaje:

Buenos días:

Soy una estudiante de la Universidad de Alcalá y estoy realizando mi trabajo de fin de máster sobre la importancia de la interpretación interlingüística en contextos psiquiátricos en la sociedad multicultural en la que vivimos.

Me pongo en contacto con ustedes porque considero que la opinión de los profesionales sanitarios es fundamental para mi estudio y me preguntaba si sería posible compartir mi cuestionario con sus asociados, con el objetivo de que mi investigación sea más completa y recoja las verdaderas necesidades de los profesionales.

Muchas gracias por su tiempo y un saludo.

En primer lugar, me puse en contacto con la Asociación Española de Neuropsiquiatría, con la Asociación Española de Psiquiatría Privada, con la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, con la Sociedad Española de Psiquiatría, con el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid y con el Colegio de Psicología de Cataluña y con centros de salud mental específicos tanto en la Comunidad de Madrid como en el País Vasco. Sin embargo, no recibí respuesta de parte de ninguna de estas organizaciones, exceptuando el Centro de Salud Mental de Mondragón y el Centro Residencial de Discapacidad Intelectual y Salud Mental Etxebidea, ambos en el País Vasco, cuyos equipos se comprometieron a responder a la encuesta cuando estuviese lista.

Entre los contactos a los que se envió este mensaje se encontraba el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR), que se encuentra en el Hospital Sant Pere Claver, en Barcelona. Este servicio me contestó en seguida de manera muy amable y se comprometió a difundir la encuesta entre sus profesionales de la salud.

Otro de las organizaciones que contacté, el Colegio Profesional de Psicología de Bizkaia, tuvieron la amabilidad de pedirme que les llamase para explicarles cuál era mi proyecto, se interesaron enormemente por la temática y se ofrecieron a distribuir la encuesta entre sus colegiados y colegiadas. Sin embargo, como explicaré en las próximas páginas, la situación de crisis sanitaria que estamos viviendo en este año 2020 hizo imposible la ayuda de este colegio y de otros tres centros en Madrid.

Por otro lado, para buscar intérpretes interesados/as en participar en este estudio envié por correo electrónico el siguiente mensaje:

Buenos días:

Soy una estudiante de la Universidad de Alcalá y estoy realizando mi trabajo de fin de máster sobre la importancia de la interpretación en contextos psiquiátricos en la sociedad multicultural en la que vivimos.

Me pongo en contacto con ustedes porque considero fundamental recoger en el mi estudio la opinión de intérpretes que trabajen en el ámbito sanitario y para preguntarles si podrían compartir mi cuestionario con su equipo.

Muchas gracias por su tiempo y un saludo.

En este caso, me puse en contacto con intérpretes específicos desde las listas de algunas asociaciones de interpretación y con ONG como Accem y CEAR, pero no hubo suerte y no recibí ninguna respuesta. La Red Vértice, con la que también me puse en contacto,

tuvo la amabilidad de compartir mi encuesta con todas las asociaciones de interpretación de España. La empresa Voze, que gestiona un servicio de interpretación telefónica, también respondió y distribuyó la encuesta entre sus empleados/as. Lo mismo hicieron la asociación AVISA (Asociación de Voluntarios Intérpretes en el ámbito Sanitario en la comarca de Axarquía) y el equipo de Salud entre Culturas, servicio de interpretación del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

3.3. Diseño de las encuestas

Todas las preguntas de las dos encuestas en las que se basa este trabajo se redactaron teniendo en mente los objetivos del estudio y poniendo como base los trabajos leídos sobre la interpretación en los servicios públicos, sobre la interpretación sanitaria, sobre la interpretación en salud mental y sobre la salud mental y la psiquiatría en población inmigrante. Tomé la decisión de que la manera de recibir información más completa era diseñar encuestas con respuestas cerradas que proporcionasen información cuantitativa, pero al mismo tiempo introducir alguna pregunta abierta en ellas para conseguir información cualitativa también. Una vez diseñadas las encuestas, se presentaron a un grupo de expertos para su pilotaje. Este grupo de expertos estaba compuesto por dos investigadores/as en la materia de la interpretación en salud mental, una psiquiatra experta en trabajar con intérpretes en el Reino Unido y una intérprete profesional de los servicios públicos. Las opiniones y aportaciones de este grupo de expertos/as fueron de gran ayuda para el diseño final de estas dos encuestas.

3.3.1. Encuesta al personal sanitario

La encuesta dirigida al personal de la salud mental consta de 17 preguntas, con dos preguntas introductorias, quince principales y dos a modo de conclusión final. A su vez, algunas de ellas tienen sus respectivos subapartados.

Las dos preguntas introductorias tienen el objetivo de determinar la profesión y el lugar de trabajo de la persona encuestada. De este modo, se podría plantear un perfil de la muestra encuestada. Dentro de las preguntas principales, la primera busca recoger la asiduidad con la que tratan con pacientes con un bajo dominio del español. De este modo, se puede saber la asiduidad con la que sería preciso disponer de un servicio de interpretación y mediación. La segunda pregunta está basada en el trabajo de Bárbara Navaza (2014: 12-13), en el que explica las estrategias de comunicación más habituales en el entorno biosanitario, y trata de averiguar qué estrategias son las más usadas entre las opciones que se plantean. Las preguntas tres y cuatro tratan de dilucidar qué estrategias prefiere el personal sanitario y por qué. La quinta pregunta plantea el tema de la existencia de protocolos de actuación en caso de haber un paciente o familiar con un bajo dominio del español. La sexta pregunta cuestiona la existencia de materiales traducidos en los centros de salud mental y la utilización o falta de utilización de la traducción a la vista en caso de no haberlos. La séptima pregunta es una cuestión múltiple que recoge seis afirmaciones y pide al personal sanitario que responda si estas son ciertas o no. Las preguntas ocho y nueve fueron la aportación de una de las expertas, la psiquiatra experta en trabajar con intérpretes en el Reino Unido, y plantean las dificultades que ve el personal sanitario a la hora de trabajar con intérpretes y cómo superarlas. Las preguntas diez y once tratan el tema de las entrevistas previa y posterior. Las preguntas doce y trece ponen en cuestión si el personal sanitario recibe formación sobre multiculturalidad o sobre cómo trabajar de manera eficaz con intérpretes y si sienten interés por este tipo de formación. La pregunta trece también es la aportación de la misma experta ya mencionada. La

pregunta catorce pretende averiguar si el personal sanitario considera que los/las intérpretes tienen suficiente información para trabajar en contextos de salud mental. La pregunta quince recoge del uno al cinco lo imprescindible que es la interpretación profesional en contextos de salud mental. Por último, las dos preguntas a modo de conclusión se han usado para posibles observaciones que las personas encuestadas quisieran realizar y para dejar su contacto si así lo desearan.

3.3.2. Encuesta a intérpretes

La encuesta dirigida a los/las intérpretes consta de 14 preguntas, con dos preguntas introductorias, diez principales y dos preguntas a modo de conclusión final. Al igual que en la encuesta al personal sanitario, algunas de las preguntas tienen sus respectivos subapartados.

El objetivo de las dos preguntas introductorias es determinar el perfil de los y las intérpretes encuestados/as, preguntándoles por sus lenguas de trabajo y la comunidad autónoma en la que realizan sus servicios. La primera pregunta es paralela a la primera pregunta de la encuesta al personal sanitario. De este modo, se crea una contraposición de cada cuánto tratan los y las profesionales de la salud mental a una persona sin un buen dominio del español y cuántas veces se recurre a la interpretación. La segunda pregunta también es paralela a la segunda pregunta de la otra encuesta y trata de concretar las estrategias de comunicación más utilizadas por los y las intérpretes. La tercera pregunta pretende recoger quién suele contratar los servicios de interpretación más a menudo. La cuarta pregunta plantea las condiciones de trabajo bajo las que trabajan los y las profesionales de la interpretación. La quinta y la sexta son paralelas a las preguntas diez y once de la encuesta anterior, sobre las entrevistas previa y posterior entre el/la intérprete y el personal sanitario. En la pregunta siete, paralela a la séptima pregunta de la encuesta anterior, se les pide a los/las intérpretes que afirmen o desmientan las mismas afirmaciones que se presentaban en la encuesta a los y las profesionales de la salud mental. La pregunta ocho pretende recoger si los/las intérpretes tienen formación para tratar con personal sanitario. La nueve, a su vez, les pregunta si creen que el personal sanitario tiene suficiente información para trabajar con intérpretes. La décima pregunta es idéntica a la pregunta quince en la otra encuesta. Por último, las dos últimas preguntas a modo de conclusión sirven para recoger posibles observaciones y datos de contacto, en caso de que los/las encuestados quisieran proporcionarlos.

3.4. Recogida de datos, análisis y limitaciones

Una vez diseñadas las encuestas, en marzo estas se enviaron a los contactos que habían respondido afirmativamente a nuestra primera consulta en febrero. Muchos de ellos distribuyeron la encuesta como acordamos; sin embargo, a otros les resultó imposible. Esto se debe a que el 14 de marzo de este año, 2020, se declaró el estado de alarma en España debido a la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la Covid-19. Esta crisis ha afectado a todo el país, pero sobre todo al ámbito sanitario, que es precisamente del que trata este trabajo.

Por este motivo, muchos de los centros, colegios profesionales y personas que en un principio estuvieron encantados de participar en la encuesta, debido a la situación, no les fue posible. Por este motivo, al final obtuvimos menos respuestas de las que nos esperábamos en un principio: 19 profesionales sanitarios y 16 intérpretes. Somos conscientes de que se trata de un número insuficiente de participantes; sin embargo, las respuestas han resultado ser significativas, ya que algunas de ellas son muy interesantes y, aunque quizá no sean

representativas de todo el país, sí reflejan muy bien la situación que vive la interpretación en salud mental hoy en día.

Esta situación de crisis sanitaria global también ha influido en las lecturas que se han usado para desarrollar este trabajo. Debido al confinamiento impuesto a toda la ciudadanía y al cierre de las bibliotecas, ha sido necesario encontrar todos los materiales en línea, que supone una restricción en ocasiones, ya que algunos libros únicamente pueden encontrarse en físico. Por ello se puede ver que en la bibliografía la mayoría de las referencias son de artículos de revistas. No obstante, esto no ha supuesto un problema de grandes magnitudes, ya que hoy en día existe mucho material en línea y, además, en las revistas se pueden encontrar grandes estudios y muy actuales.

Por último, en abril nos dispusimos a analizar las respuestas obtenidas en las encuestas, a generar gráficas y a redactar el capítulo de resultados.

4. Análisis de los resultados

Como se ha señalado con anterioridad, entre las dos encuestas suman 35 respuestas que, aunque menos de las que esperábamos en un primer momento, han sacado datos y opiniones de gran interés que describiremos a continuación.

Como se refleja en la Tabla 1, la muestra del personal de la salud consta de seis psiquiatras, cuatro psicólogos/as, seis enfermeras/os, una integradora social, un/a técnico auxiliar y un trabajador social. A su vez, la muestra se divide en los siguientes centros de trabajo: Centro de discapacidad intelectual y salud mental Etxebidea, Fundación Sanitaria Sant Pere Claver, CRI Cal Muns, Residencia Tres Pins, Centro de Salud Mental de Mondragón y la Fundación Lluís Artigues. Por desgracia, la muestra de personal sanitario se limita a dos comunidades autónomas: País Vasco y Cataluña, lo que limita los resultados.

Profesión	Psiquiatra	Psicólogo/a	Enfermera/o	Integradora social	Técnico auxiliar	Trabajador social
Número de personas	6	4	6	1	1	1
Porcentaje	31'5 %	21 %	31'5 %	5'2 %	5'2 %	5'2 %

Tabla 1: Distribución de la muestra de personal sanitario por profesión.

Respecto a la muestra de intérpretes, sus lenguas de trabajo son variadas: cinco de ellos/as trabajan con el inglés (31'25 %); dos, con el francés y el inglés (12'5 %); tres, con ruso y/o ucraniano (18'75 %), mientras que el resto trabajan con un gran número de lenguas, entre las que se encuentran el alemán, el húngaro, el sueco, el neerlandés, el gallego y el portugués. En la Tabla 2 se recoge más detalladamente con qué lenguas trabaja cada persona encuestada. Respecto a las comunidades autónomas en las que llevan a cabo su actividad profesional, las 16 personas encuestadas se dividen entre la Comunidad de Madrid (31'25 %), Andalucía (62'5 %) y la Comunidad Valenciana (6'25 %). Por desgracia, la localización geográfica de la muestra de personal sanitario y la de la muestra de intérpretes no coincide, lo que limita la relevancia de los resultados comparados. Sin embargo, la situación de la interpretación sanitaria es suficientemente similar en el territorio nacional (Valero Garcés, 2006; Toledano Buendía, Fumero y Díaz Galán, 2006; González García, 2006) como para poder sacar conclusiones relevantes y significativas.

Encuesta 1	EN	Encuesta 9	NL, EN, FR, DE
Encuesta 2	EN	Encuesta 10	NL, EN, DE
Encuesta 3	EN, FR	Encuesta 11	FR, EN, PT, GL
Encuesta 4	EN	Encuesta 12	RU, UK, EN
Encuesta 5	EN, FR, DE, HU	Encuesta 13	FR, EN
Encuesta 6	EN	Encuesta 14	RU, UK

Encuesta 7	DE, FR, SV	Encuesta 15	RU
Encuesta 8	EN	Encuesta 16	EN, DE

Tabla 2: Lenguas de trabajo de los/las intérpretes.

Una vez presentadas las dos muestras, se analizarán las respuestas dadas por las personas encuestadas a las distintas preguntas que se les planteó. Como la mayoría de las preguntas son paralelas, se presentarán los resultados de los dos colectivos a la vez.

En cuanto a la asiduidad con la que el personal sanitario se relaciona con pacientes o familiares que tengan un bajo dominio del español, existe una gran variedad de respuestas, como puede verse en el Gráfico 3. Esto puede deberse a las diferentes realidades de cada centro y de cada institución. Sin embargo, es significativo hacer hincapié en el hecho de que el 36'9 % de las personas encuestadas deben comunicarse con personas que no tienen un buen dominio del español todas las semanas o todos los meses. Otro 26'3 % dice estar en esta situación entre 6 y 11 veces al año, es decir, mínimo una vez cada dos meses. Por otro lado, sí hay un alto porcentaje de la muestra que se ve en esta situación con barreras lingüísticas únicamente entre 5 y menos de 1 vez al año (36'8 %), casi el mismo porcentaje que aquellos que viven esta realidad todas las semanas o todos los meses.

En cuanto a la asiduidad con la que los/las intérpretes realizan encargos en contextos de salud mental, en el Gráfico 4 se puede observar un mayor consenso. Un 31'3 % de la muestra trabaja todas las semanas o todos los meses en contextos de salud mental, lo que podríamos decir que coincide con el porcentaje de personal sanitario que se ve en una situación con barreras lingüísticas en este mismo rango de asiduidad. No obstante, un 50 % de las personas encuestadas realizan este tipo de encargos entre 1 y 5 veces al año, lo que podría suponer, a grandes rasgos, que los/las intérpretes en general trabajan en contextos de salud mental menos de lo que las necesidades reales del personal sanitario revela.

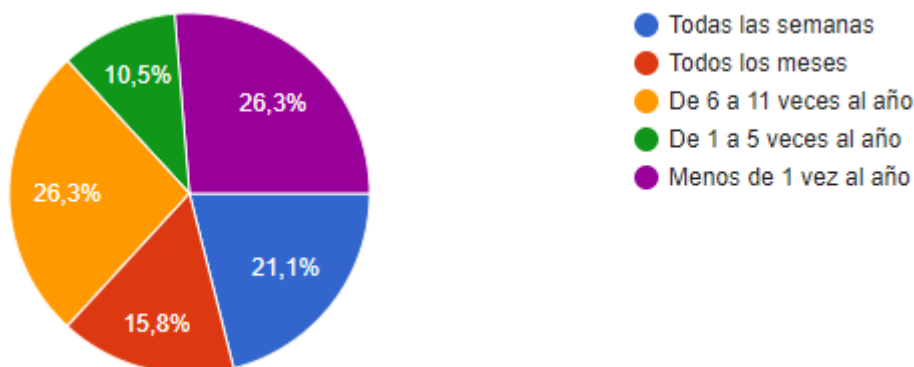


Gráfico 3: Asiduidad con la que el personal sanitario se comunica con personas con un bajo dominio del español.

Estos resultados sobre la asiduidad del trato con inmigrantes que no tengan un dominio suficiente del español y la asiduidad del uso de intérpretes coincide con lo que explican otros estudios mencionados en el marco teórico sobre la falta de interpretación en contextos sanitarios, más concretamente en contextos de salud mental. De hecho, estos datos se verán respaldados con las respuestas a las preguntas siguientes de las encuestas, que iluminarán los pensamientos y las ideas de los colectivos encuestados y reflejará en gran medida la realidad que se vive en estos contextos.

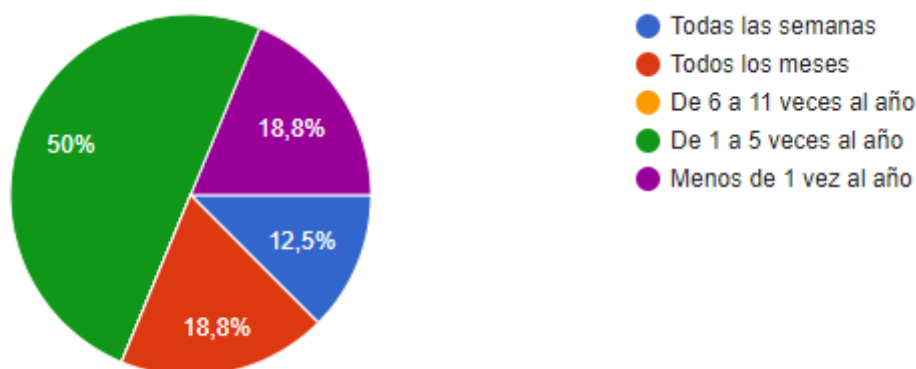


Gráfico 4: Asiduidad con la que los/las intérpretes realizan encargos en contextos de salud mental.

4.1. Estrategias de comunicación

En la siguiente pregunta se les preguntó a los dos colectivos sobre las estrategias de comunicación que habían usado en esos casos en los que habían trabajado con personas con un bajo dominio del español o habían realizado encargos en contextos de salud mental.

En el caso de los/las intérpretes, todos/as especificaron que el encargo se realizó a modo de interpretación presencial y solo uno/a añadió que también había recibido este tipo de encargo a modo de interpretación telefónica, que como ya hemos visto en el marco teórico, es una técnica de interpretación que cada vez está más en alza por sus múltiples beneficios. No obstante, en contextos de salud mental, que el/la intérprete no pueda ver al/a la paciente supone la pérdida de demasiada información que podría ser útil para que el personal sanitario realizase el diagnóstico.

Las respuestas del personal sanitario, por otra parte, son más variadas y significativas. Un 78'9 % del personal sanitario encuestado dice utilizar el español simplificado como estrategia comunicativa en estos casos, lo que supone que 15 personas de las 19 encuestadas utilizan esta estrategia habitualmente. Además, un 42'1 % de las personas encuestadas hace uso de los/las intérpretes *ad hoc*, como familiares o amigos del/de la paciente. Un 31'6 % mencionaron el uso de profesionales bilingües y un 10'6 % dijeron usar lenguas pivote, como el inglés o el francés. Solo 4 personas (21'1 %) habían usado los servicios de interpretación presencial y una persona (5'3 %) había usado la interpretación telefónica. Además, una persona mencionó que excepcionalmente se recurría al dibujo; otra escribió que se había llegado a comunicar mediante gestos, y otra directamente escribió «Hago lo que puedo».

Por consiguiente, según los resultados de esta pregunta, se podría decir que el personal sanitario soluciona las barreras lingüísticas con medidas *ad hoc*, con las herramientas que tiene a mano y que literalmente «hacen lo que pueden», ya que las instituciones como tal no les proporcionan las herramientas eficientes y necesarias en estas situaciones. Las estrategias de comunicación más usadas, por lo tanto, son el español simplificado y los/las intérpretes *ad hoc* y profesionales bilingües. Los servicios de interpretación, tanto presencial como telefónica, prácticamente no se usan entre las personas encuestadas, lo que es representativo, según también otros estudios, de la realidad en nuestro país y en muchos otros.

Siguiendo con el tema de las estrategias de comunicación, en la encuesta se le preguntó al personal sanitario a ver qué estrategia de comunicación sería su primera opción. El 26'3 % eligió el español simplificado como su primera opción. El mismo porcentaje

prefirió el uso de profesionales bilingües. La primera opción de otro 15'9 % del personal sanitario entrevistado era la ayuda de intérpretes *ad hoc*. Una única persona eligió el uso de aplicaciones multimedia o traductores automáticos y otra persona prefirió el uso de una lengua pivote. Respecto a la interpretación presencial, un 21'1 % (4 personas) la eligió como su primera opción. Curiosamente, estas cuatro personas no coinciden con las cuatro personas que en la pregunta anterior dijeron que habían usado la interpretación presencial como solución a las barreras lingüísticas. De hecho, ninguna de estas personas ha elegido como primera opción la interpretación presencial y solo una la ha elegido como segunda opción. En la Tabla 3 se muestran las razones que el personal sanitario da para elegir una estrategia y no otra como primera opción.

Estrategia	Motivo	Estrategia	Motivo
Español simplificado	Es mi lengua materna.	Intérpretes <i>ad hoc</i>	Por el trato personal y que pueda transmitir desde la cercanía y el conocimiento el estado de la familia.
	Es más fácil de entender.		Por ser la más fácil.
	Es más sencillo.		Facilitadora y cuidadora.
	Es rápido y siempre lo puedes acompañar de gestos.	Interpretación presencial	<i>Feedback</i> con intérprete de su país.
	Me ha resultado efectivo.		Por considerar que hay muchos matices y aspectos culturales que un intérprete presencial puede ayudar a las dos partes: al paciente/familia y al clínico
Profesional sanitario bilingüe	La incidencia es baja.		Para que pueda traducir el idioma no verbal también y las expresiones y costumbres propias.
	Minimiza la distorsión y mantiene la relación con el paciente inalterada.		Más directo y real.
	Pueden interpretar más ajustadamente la comunicación cuando es más «técnica».	Aplicación multimedia o traductor automático	Rapidez y eficacia.
	Conocimiento del idioma (se romper la barrera idiomática) y	Lenguas pivote	No hay interferencias de terceros.

	conocimiento profesional que impide distorsiones derivadas de la falta de conocimiento técnico.		
	La comunicación es más directa entre ambos.		

Tabla 3: Estrategias comunicativas: primera opción del personal sanitario.

También se les preguntó por su segunda preferencia o segunda opción entre las estrategias de comunicación. En este caso, solo un 10'6 % de la muestra eligió el español simplificado. Los intérpretes *ad hoc*, a su vez, supusieron el 26'3 % de las respuestas. La segunda opción del 21'1 % del personal sanitario encuestado fue el uso de profesionales bilingües. Solo una persona (5'3 %) eligió las lenguas pivote y dos personas (10'6 %) eligieron el uso de aplicaciones multimedia o traductores automáticos. En cuanto a la interpretación como tal, una persona prefirió la interpretación telefónica (5'3 %) y cuatro personas (21'1 %) decidieron escoger la interpretación presencial. Únicamente una de estas personas que escogieron la interpretación presencial había marcado en la primera pregunta sobre las estrategias de comunicación haber utilizado esta estrategia en algún momento. En la Tabla 4 se representan los motivos que se dieron en esta pregunta sobre la decisión de utilizar una estrategia u otra.

Estrategia	Motivo	Estrategia	Motivo
Español simplificado	Preserva la relación médico-paciente.	Intérpretes <i>ad hoc</i>	Conocen a la persona.
	No hay interferencia de terceros.		Conocimiento del paciente/usuario/familiar.
Profesional bilingüe	Cercanía al ámbito de la intervención profesional.		Para que pueda traducir el idioma no verbal también y las expresiones y costumbres propias.
	Es más sencillo.		Creo que es la más adecuada a nivel humano. El resto creo que pueden generar otras distorsiones. La idea es que hay que hacer asequible el contenido técnico, para reducir esta barrera. Para mí, lo importante es eliminar barreras.
	Por cercanía.		Les conocen y entienden bien.

	Para que el mensaje realmente sea bien recibido.	Interpretación telefónica	Prefiero siempre una persona a una máquina...y alguien con cierta neutralidad (un familiar que interprete también puede sin querer sesgar la traducción).
Aplicación multimedia o traductor automático	En mi centro hay uno.	Interpretación presencial	Por la capacidad de comunicación.
	Es rápido y te ayuda a salir del paso en ese momento. Cuando son cuestiones en las que hay que profundizar más ya si en algunos casos utilizamos personas traductoras mediante entrevistas con los usuarios.		Inmediatez en la respuesta y ajuste al sentido de la interacción.
Lenguas pivote	Es más habitual que tengan un conocimiento mínimo.		Al menos para entendernos.
			Se puede aclarar algún aspecto de la exploración (otros no, también hay otros lenguajes).

Tabla 4: Estrategias comunicativas: segunda opción del personal sanitario.

Como puede verse en la Tabla 3 y en la Tabla 4, los motivos para preferir la estrategia del español simplificado están relacionados con la facilidad y la comodidad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que aunque al/a la profesional de la salud pueda resultarle fácil o cómoda esta estrategia de comunicación, ya que en muchos casos el español es su primera lengua, esta situación no funciona bilateralmente; es decir, al/a la paciente inmigrante que no tiene un buen dominio del español no le va a resultar nada fácil comunicarse de esta manera. De hecho, puede suponer un estresor añadido. Al contrario de lo que se menciona en otros de los motivos por los que usar esta estrategia, esto tampoco ayuda a conocer al paciente y a crear una relación asistencial compleja. En casos en los que se necesita que el/la paciente esté cómodo y explique cómo se siente o relate alguna vivencia, al usar esta estrategia podría perderse información relevante. Además, esta técnica soluciona las barreras lingüísticas en mayor o menor medida, pero las barreras culturales y el lenguaje no verbal no queda recogido en esta estrategia.

Para la preferencia a usar personal sanitario bilingüe el motivo principal consiste en que el conocimiento profesional de la persona que interpreta le permite interpretar incluso los temas más técnicos. Yo añadiría que además estos conocimientos permiten entender los síntomas del/de la paciente y, por lo tanto, ayudar al personal sanitario a la hora de realizar un diagnóstico o de pautar un tratamiento. Como ya se mencionó en el marco teórico, el uso de

profesionales de la salud bilingües tiene ventajas y serían un gran valor añadido para el servicio si esta práctica estuviese entre sus responsabilidades y, por lo tanto, en su paga, y si estos/as profesionales tuvieran formación en multiculturalidad y en especificidades lingüísticas que puedan surgir cuando se está usando otra lengua. Además, es importante que estos/as profesionales tengan un nivel muy alto en la otra lengua como para comunicarse sin problema y utilizar los mismos términos que se utilizarían de hablar en español. De otro modo, se podría perder la información cultural y de lenguaje no verbal, entre otras. Otro de los motivos por los que elegir esta estrategia sobre otras es «para que el mensaje realmente sea bien recibido». Este motivo puede referirse a dos temáticas: por un lado, puede hacer referencia a que al ser un/a profesional de la salud quien le diga en su lengua al/a la paciente la información, esta tendrá más credibilidad para el/la paciente; por otro lado, puede referirse a que un/a profesional de la salud va a entender el mensaje y a trasvasarlo mejor que un/a profesional de la interpretación. En el primer caso, si un/a intérprete está trasvasando la información que da el personal sanitario, el/la paciente suele ser consciente de que la información no viene del/de la intérprete, sino del/de la profesional de la salud. En el segundo caso, si el/la intérprete en cuestión tiene una buena formación, que es un objetivo que debe buscarse en cualquier caso, no debería bajar la calidad del mensaje.

Es natural preferir como intérprete a alguien que conozca la materia que se va a tratar, porque esto mejora en gran medida el servicio y facilita muchísimo el trabajo al personal sanitario. No obstante, dentro de las competencias que debería tener un/a intérprete se encuentra la competencia de la documentación y es su responsabilidad la de conocer lo máximo posible el ámbito y la información esencial para trabajar como intérprete en ese contexto. Un/a intérprete no debe interpretar nunca algo que no entiende y, para entender la situación que se está viviendo en un contexto de salud mental, así como el significado de los comportamientos y de las frases del/de la paciente, debe tener una base clara sobre la salud mental. Dicho esto, también es importante tener en cuenta que los/las intérpretes no tienen por qué ser especialistas en salud mental, ya que su especialidad es la lengua y la cultura. Eso sí, siendo la salud mental un ámbito tan específico y especializado, es de vital importancia para el buen funcionamiento del servicio que los/las intérpretes tengan un conocimiento suficiente de la salud mental para que el personal sanitario y el/la intérprete puedan trabajar en equipo para garantizar un resultado satisfactorio. Del mismo modo, como veremos más adelante, es también importante que el personal sanitario tenga ciertos conocimientos sobre multiculturalidad para que el servicio sea más fluido.

En cuanto a los/las intérpretes *ad hoc*, el personal sanitario los prefiere por su cercanía al/a la paciente y porque pueden aportar información sobre la situación familiar y sobre los comportamientos y experiencias del/de la paciente. Por supuesto, la presencia familiar en muchos casos es esencial para aportar información de gran importancia sobre el/la paciente y su situación. Sin embargo, la presencia en la sala de la familia y las aportaciones de esta no se ven condicionadas por la presencia de un/a intérprete. De hecho, es importante distinguir entre presencia familiar con motivos informativos y facilitadores y la presencia familiar como facilitadora de la comunicación. Como menciona otra persona encuestada a sobre por qué prefiere el uso de un/a intérprete, «prefiero siempre una persona a una máquina...y alguien con cierta neutralidad (un familiar que interprete también puede sin querer sesgar la traducción)». La familia en muchos casos tiene un papel esencial en contextos de salud mental, pero puede ser peligroso depender únicamente de ella para la comunicación con el/la paciente, porque no es una parte neutral y, por lo tanto, el mensaje puede no llegar de manera fiel al personal sanitario o al/a la paciente.

Respecto al uso de aplicaciones multimedia o traductores automáticos, las razones principales para su elección han sido la facilidad y la rapidez. Una de las personas

encuestadas, sin embargo, menciona que esta estrategia es muy útil «para salir del paso», pero que en cuestiones más complejas en las que se tuviese que profundizar más sí que creería necesario un/a intérprete presencial. Esta idea resume la utilidad de este tipo de estrategias, son muy útiles, pero no se puede depender de ellas en conversaciones mínimamente complejas. Otra de las personas encuestadas menciona que en su centro se cuenta con un dispositivo como este y esto muestra la tendencia de algunas instituciones de invertir en este tipo de aplicaciones como solución a las barreras lingüísticas. De nuevo, es necesario ser consciente de sus limitaciones y de en qué situaciones es posible utilizarlas, siempre ante la imposibilidad de acceder a un/a intérprete, y en cuáles no.

Por otro lado, las razones dadas para la elección de las lenguas pivote como estrategia de comunicación son que «no hay interferencia de terceros» y que «es más habitual que tengan un conocimiento mínimo». En el primer caso, es la misma situación que con el uso del español simplificado: no hay una tercera parte, pero por este mismo motivo quizá la información que le llegue al/a la profesional de la salud o al/a la paciente no sea exacta ni completa. Lo que nos lleva al segundo motivo, que es más habitual que los/as pacientes inmigrantes tengan un conocimiento mínimo de una lengua pivote, como el inglés o el francés, que del español. Esto es cierto en muchos casos, pero es posible que alguna de las partes no tengan un conocimiento suficiente de la lengua pivote para comunicarse con soltura y comodidad y que esto afecte a la comunicación. Además, es importante entender que no es suficiente con un conocimiento mínimo para poder proporcionar un servicio de calidad. No obstante, cuando las instituciones no te facilitan ninguna solución a este tipo de situaciones y la labor de los/las profesionales de la salud se convierte en «hacer lo que puedan», no es de extrañar que estos/as profesionales busquen la solución más efectiva entre las pocas que tienen.

Por último, en total 9 personas (47'37 %) eligieron como primera o segunda opción la interpretación profesional, tanto telefónica como presencial. Este porcentaje refleja que todavía hay mucho trabajo por hacer en lo que respecta a la concienciación sobre la profesionalización de los servicios de interpretación en el ámbito sanitario, más específicamente en contextos de salud mental. Las razones que estas nueve personas encuestadas dieron para la elección del uso de intérpretes profesionales pueden resumirse en los siguientes puntos: *feedback* con alguien de la misma cultura que el/la paciente; la capacidad de entender la comunicación no verbal, matices y aspectos culturales, como las expresiones y las costumbres; la inmediatez en la respuesta, y el ajuste al sentido. En definitiva, el personal sanitario encuestado valora de un/a intérprete que conozca la cultura del/de la paciente y sus especificidades, la capacidad de entender la comunicación no verbal y la profesionalidad, que incluye el ajuste al sentido del mensaje.

Las estrategias de comunicación que se usen en las interacciones con pacientes inmigrantes afectarán directamente a la calidad del servicio prestado, por lo que es esencial dotar a los y las profesionales de la salud mental con las herramientas necesarias para facilitarles el trabajo. De este modo, se garantiza la equidad en sanidad para todas las personas que habitan este país, sin perjuicios por no tener un dominio suficiente de las lenguas oficiales.

4.2. Entrevistas previa y posterior

Posteriormente en la encuesta se les preguntó a los dos colectivos encuestados sobre las entrevistas previa y posterior entre el personal sanitario y el/la intérprete. En primer lugar, se les pregunta si les parece beneficioso reunirse con el/la intérprete o el/la profesional de la salud antes y/o después de la sesión y por qué.

Entre el personal sanitario que participó en la encuesta, el 89,5 % (17 personas) consideran beneficiosas estas entrevistas, como puede verse en el Gráfico 5. A la pregunta de por qué, las personas que habían contestado que no lo consideraban beneficioso respondieron que consideran que el rol del intérprete se limita a la interpretación de la conversación. Por otra parte, las personas que respondieron que sí es beneficioso realizar este tipo de reuniones entre profesionales explicaron qué querrían hacer en dichas reuniones: en la entrevista previa consideran que habría que unificar criterios, establecer una relación de confianza, poner en común el contexto de la intervención y sus objetivos, explicar los límites, establecer una estrategia común con el objetivo de trabajar en equipo y realizar un intercambio de información sobre aspectos culturales y de salud mental; en la entrevista posterior, por otro lado, algunas personas mencionaban que les gustaría utilizarla para aclarar dudas que hayan podido surgir a lo largo de la sesión, aclarar aspectos sobre el diagnóstico, que se hable sobre ansiedades generadas en terapeuta e intérprete y que se produzca un *feedback* que ayude a mejorar próximos encuentros.

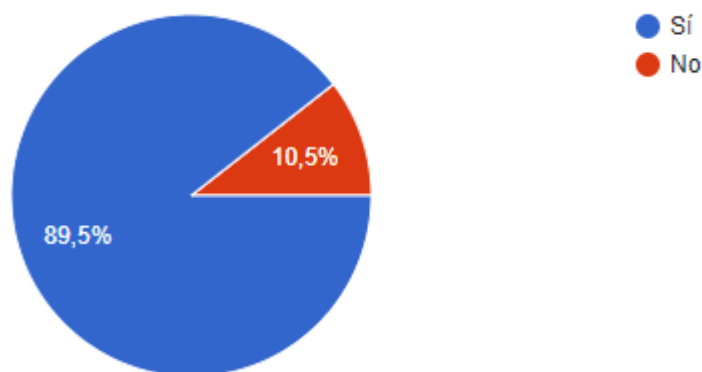


Gráfico 5: Personal sanitario: ¿Es beneficioso reunirse con el/la intérprete antes y/o después de la sesión?

Entre los/las intérpretes que participaron en la encuesta la opinión es similar; sin embargo, sorprendentemente, el porcentaje de intérpretes que considera que estas reuniones son beneficiosas es menor al porcentaje de personal sanitario que así lo cree, como puede observarse en el Gráfico 6. En el caso de los/las intérpretes, un 37,5 % (6 personas) considera que estas reuniones no son beneficiosas, mientras que únicamente un 62,5 % (10 personas) afirma que lo son. Las razones que dieron las personas que respondieron negativamente consistían, resumidamente, en considerar que no es necesario, en sentir que nadie quiere saber su opinión y en creer que su trabajo consiste exclusivamente en interpretar. Las personas que respondieron afirmativamente, en cambio, al igual que en el caso del personal sanitario, dieron ejemplos de lo que les gustaría hacer en estas reuniones: informar sobre el desarrollo y los objetivos de la interacción, garantizar un trabajo en equipo, prepararse emocionalmente para las posibles situaciones que puedan darse en la sesión, aclarar posibles dudas y recibir un breve resumen del historial clínico del/de la paciente.

Todo lo mencionado tanto por el personal sanitario como por los/las intérpretes sobre qué es importante hacer en estas reuniones es de gran interés y de gran importancia para el buen funcionamiento de la sesión. Por supuesto, no siempre es posible disponer del tiempo para realizar estas reuniones; de hecho, un/a de los/las profesionales de la salud explicaba su preocupación por la dificultad de disponer de este tiempo extra en muchas ocasiones. Sin embargo, siempre que sea posible y que la situación lo permita, deben hacerse, ya que sin lugar a dudas esto mejorará la sesión con el/la paciente.

Posteriormente, se les preguntó a los dos colectivos si habían realizado alguna de estas entrevistas. Un 73'3 % del personal sanitario respondió que nunca las había realizado, mientras que el otro 26'3 % respondió que las había hecho alguna vez. En el caso de los intérpretes, las respuestas son más variadas: un 43'8 % nunca las había realizado, un 37'5 % las había realizado alguna vez y un 18'8 % de la muestra (3 personas) afirman realizarlas siempre.

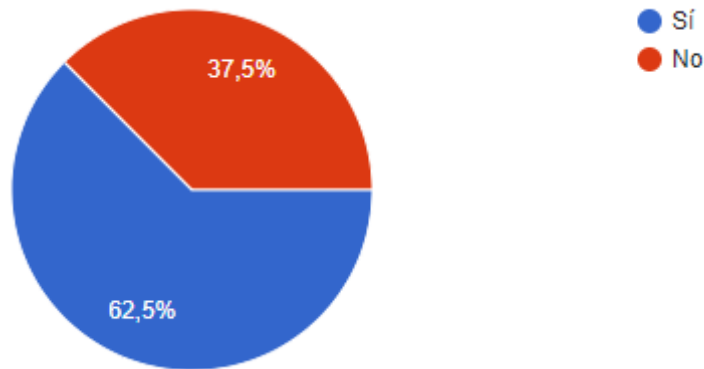


Gráfico 6: Intérpretes: ¿Es beneficioso reunirse con el/la profesional de la salud antes y/o después de la sesión?

Curiosamente, los/las profesionales de la salud que dijeron que no consideraban beneficiosas las reuniones entre los/as dos profesionales nunca habían realizado estas reuniones y solo uno/a de los/las intérpretes que respondió negativamente a la misma pregunta las ha realizado alguna vez. De esto se podría concluir que estas respuestas negativas surgen de la ignorancia sobre cuál es la función del intérprete y sobre cuáles son los beneficios reales de estas reuniones. En el caso de algunos/as intérpretes también puede deberse al sentimiento de descontento ante la forma en la que sienten que son tratados/as, como es el ejemplo de la persona que mencionó que «nadie quería saber su opinión».

Las reuniones entre profesionales son esenciales para garantizar la calidad del servicio y para facilitar el trabajo en equipo entre estos/as. Sin embargo, como ya se ha mencionado y se explicará más adelante, existe una gran dificultad para realizar estas reuniones que consiste en el poco tiempo que se le da al personal sanitario para atender a cada paciente.

4.3. Formación

En las preguntas siguientes se les preguntó a ambos grupos sobre su formación. A los/las intérpretes se les preguntó si habían realizado alguna formación sobre salud mental o sobre trabajo en conjunto con profesionales de la salud. Al personal sanitario, a su vez, se le preguntó si había realizado alguna formación sobre multiculturalidad y sobre cómo trabajar de manera eficaz con intérpretes.

Entre la muestra de intérpretes, como puede verse en el Gráfico 7, un 31'3 % (5 personas) afirma haber realizado formación relacionada con los temas expuestos. Cuando se les pide especificar, respondieron que habían realizado cursos en línea, formación profesional de auxiliar de enfermería, formación profesional en biología humana, un curso de mediadora/intérprete en el ámbito hospitalario, un curso de cómo trabajar con intérprete en consulta médica de Salud entre Culturas y diversas charlas sobre interculturalidad. Al 68'8 % (11 personas) que respondieron que no habían realizado ninguna formación al respecto, se les

preguntó si les gustaría hacerla. Únicamente una persona respondió que no y el resto respondió que sí (58'3 %) o que tal vez (33'3 %).

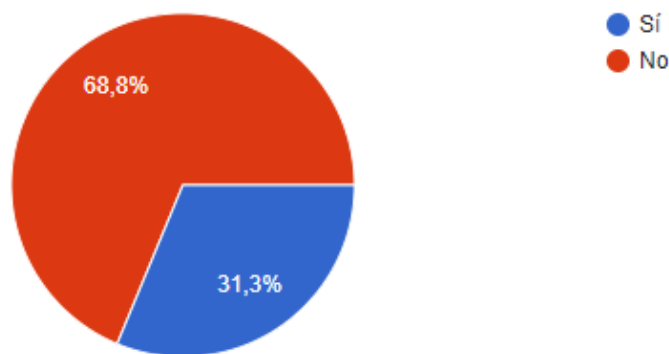


Gráfico 7: Intérpretes: Formación sobre salud mental o cómo trabajar con profesionales de la salud.

En el caso del personal sanitario, es menos común entre las personas encuestadas haber realizado formación sobre multiculturalidad. Tal y como puede observarse en el Gráfico 8, únicamente 3 personas (15'8 %) se habían formado de alguna manera en este ámbito. Cuando se les pidió especificar sobre el tipo de formación, uno/a respondió «Lectura no reglada», es decir, que había realizado lecturas al respecto por su cuenta. Una segunda persona respondió «Alguna sesión clínica de equipos que atienden a la multiculturalidad», pero posteriormente aclaraba que la mayor formación que considera haber realizado es a través de la experiencia de atender a pacientes, con especial énfasis en la etnia gitana, con la que no existen barreras lingüísticas, pero sí culturales. Esto tiene una especial relevancia porque coincide con lo que se explicaba en el marco teórico sobre que se puede tener la misma cultura y lenguas diferentes o la misma lengua y culturas diferentes. Por este motivo se dice que un/a mediador/a intercultural no solo interpreta, sino que esta práctica interlingüística únicamente se da si es necesario. La tercera persona que se había formado explicó que había realizado una «rotación externa en el cuarto año de residencia en el Centre of Addiction and Mental Health en Toronto». Canadá es conocida por tener un servicio de mediación e interpretación más desarrollado que en nuestro país y por tener más concienciación sobre la importancia de estos servicios para la garantía de unos servicios públicos de calidad. A aquellas personas que habían respondido que no se habían formado en multiculturalidad, se les preguntó si les gustaría hacerlo. Un 77'8 % (14 personas) respondieron que sí, mientras que un 22'2 % dijeron que tal vez.

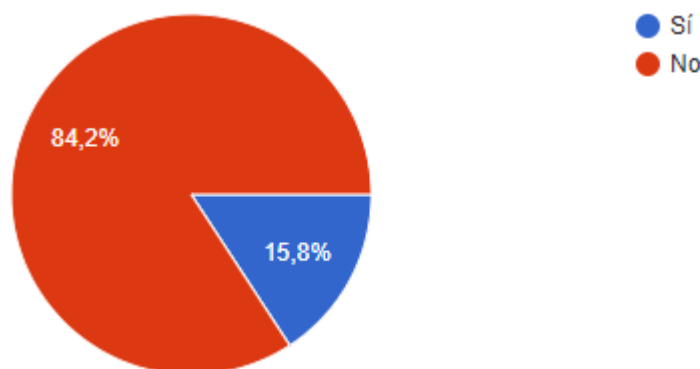


Gráfico 8: Personal sanitario: Formación sobre multiculturalidad.

Posteriormente, al personal sanitario se le preguntó si tenía formación sobre cómo trabajar de manera eficaz con intérpretes. En esta pregunta la respuesta fue unánime. Un 100 % de las personas encuestadas nunca había recibido este tipo de formación. Sin embargo, al preguntarles si les gustaría recibir este tipo de formación, como puede verse en el Gráfico 9, un 63,2 % respondió que sí les gustaría y otro 31,6 % respondió que tal vez. Solo una persona no estuvo interesada en recibir este tipo de formación.

Por lo tanto, según los datos recibidos de nuestra muestra de profesionales, es algo más común que los/las intérpretes tengan formación sobre salud mental y sobre cómo tratar con el personal sanitario y el personal sanitario tiende a formarse menos sobre multiculturalidad y el trato con intérpretes. Esto puede deberse a que está más extendido que los/las intérpretes deban tener conocimientos sobre el ámbito en el que trabajan, ya que forma parte de su código deontológico como profesional. Además, la multiculturalidad en contextos sanitarios y, más específicamente, en contextos de salud mental, es una idea medianamente nueva, que se ha ido desarrollando en los últimos años y que la necesidad del personal sanitario de tener este tipo de conocimientos no resulta tan evidente.

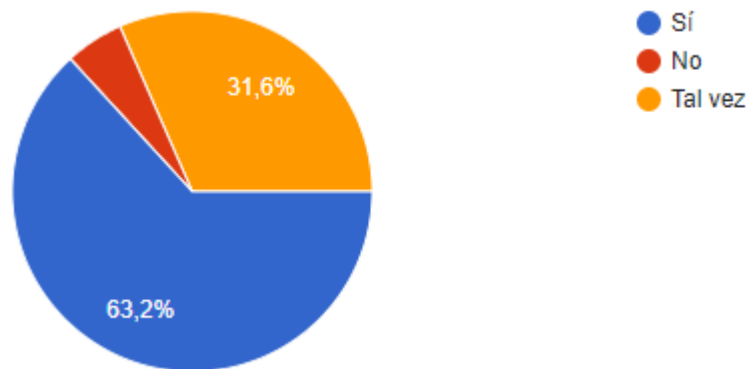


Gráfico 9: Personal sanitario: ¿Les gustaría recibir formación sobre cómo trabajar de manera eficaz con intérpretes?

Sin embargo, todos/as los/as profesionales, tanto de la salud como de la interpretación, salvo alguna excepción, estaban dispuestos a formarse en los respectivos temas expuestos, lo que denota un interés en conocer esos ámbitos para realizar un servicio de mayor calidad.

Respecto a la formación del personal sanitario específicamente, es digno de mención que, en temas de multiculturalidad ya había algunos/as profesionales con cierta formación. Esto puede deberse a la creciente importancia de los aspectos culturales y lingüísticos en el ámbito sanitario y de los servicios públicos. Además, probablemente el personal sanitario, al tratar con pacientes con un bajo dominio del idioma oficial, sean conscientes de las limitaciones que se presentan en el diagnóstico, en la relación asistencial y en el servicio prestado en general. Existe cada vez una mayor concienciación sobre la importancia de la cultura en contextos de salud y, más específicamente, en contextos de salud mental. Esta situación contrasta con la falta de formación para trabajar con intérpretes, aspecto en el que la muestra al completo coincide. El hecho de que ninguna persona hubiese recibido formación al respecto muestra la falta de concienciación y la falta de la presencia de los servicios de mediación e interpretación en contextos de salud mental.

Del mismo modo, se les preguntó a ambas muestras si consideraban que el otro grupo tenía suficiente información para trabajar en contextos de salud mental o para trabajar con intérpretes. Esta pregunta se diseñó con el objetivo de dilucidar lo que piensa cada grupo muestral sobre la formación y el conocimiento del otro.

En el caso de los/las intérpretes, como se muestra en el Gráfico 10, el 50 % considera que el personal sanitario sí tiene suficiente información para trabajar con intérpretes, mientras que el 37,5 % de la muestra opina que no, que no tienen suficiente información. Además, un 12,5 % marcó la opción de «No sabe, no contesta». Por otro lado, como expresa el Gráfico 11, el personal sanitario tenía más dudas sobre este tema. Un amplio 57,9 % marcó la opción de «No sabe, no contesta», mientras que el 42,1 % restante considera que los/las intérpretes no tienen información suficiente para trabajar en contextos de salud mental.

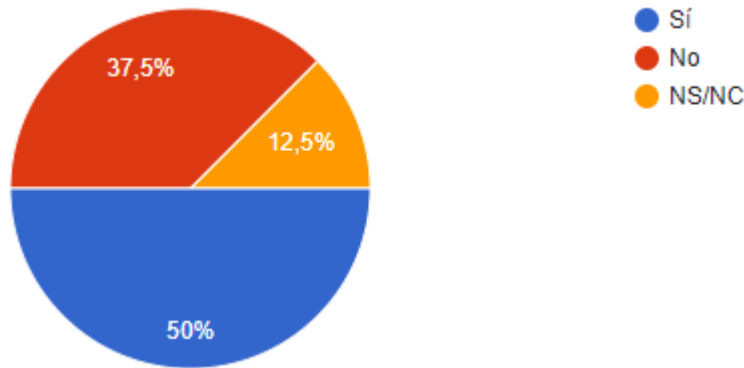


Gráfico 10: Intérpretes: ¿El personal sanitario tiene suficiente información para trabajar con intérpretes?

De estos datos podríamos concluir que los/las intérpretes parecen confiar por lo general más en el conocimiento del personal sanitario, mientras que los/las profesionales de la salud parecen no saber la información de la que disponen los/las intérpretes. Este hecho es natural sobre todo si tenemos en cuenta que la mayor parte del personal sanitario encuestado no tenía experiencia con intérpretes. Sin embargo, más de un tercio de los/las intérpretes y casi la mitad del personal sanitario afirma que el otro grupo no tiene la información necesaria para trabajar en dichas situaciones.

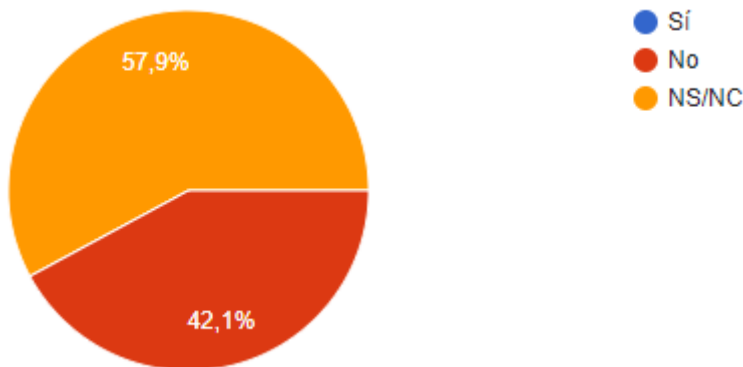


Gráfico 11: Personal sanitario: ¿Los/las intérpretes tienen suficiente información para trabajar en contextos de salud mental?

En definitiva, a pesar de la falta de experiencia con intérpretes de la mayor parte del personal sanitario encuestado, es ampliamente considerado que los/las intérpretes no tienen suficiente información para trabajar en salud mental, mientras que los/las intérpretes encuestados se debaten prácticamente en igualdad de condiciones sobre si el personal sanitario dispone de la información suficiente o no. Lo cierto es que esto coincide con algunos estudios mencionados en el marco teórico en lo referente a la formación tanto del personal sanitario como de los/las intérpretes. Y es que se sigue luchando por concienciar al personal

sanitario sobre la importancia de tener conocimientos sobre multiculturalidad y sobre la mediación intercultural e interlingüística en consulta, al igual que se lucha por garantizar la profesionalización de los servicios de mediación e interpretación. No obstante, no cabe lugar a dudas en cuanto a que existen numerosos/as profesionales de la salud y de la interpretación con una formación amplia en estos temas y con un gran interés en seguir aumentando su conocimiento y en seguir formándose.

Para finalizar este apartado, considero relevante hacer hincapié en lo importante que es para la calidad del servicio prestado que los y las profesionales tanto de la salud mental como de la interpretación reciban formación multifacética. Como explican Leanza, Miklavcic, Boivin y Rosenberg (2014: 94), la formación de los y las intérpretes sobre salud mental, sobre la relación entre cultura y psicopatología y sobre cómo interactuar con profesionales de la salud es esencial, así como la formación de los y las profesionales de la salud sobre cómo trabajar con intérpretes. La formación sanitaria debería incluir cursos que conciencien a los y las profesionales de la importancia de la cultura y de la comunicación eficaz en relación con la relación asistencial y con la calidad del diagnóstico y del tratamiento.

4.4. La importancia del lenguaje en contextos de salud mental

Anteriormente en este trabajo ya se ha hablado sobre la importancia del lenguaje en contextos de salud y, más concretamente, en contextos de salud mental. La comunicación entre el personal sanitario y los/las pacientes es esencial para prestar un servicio de calidad. En salud mental esta importancia gana un valor especial, ya que, como MacSuibhne (2012) ya nos explicaba en el marco teórico, en el ámbito sanitario en general, pero sobre todo en contextos de salud mental, «el lenguaje es la principal herramienta terapéutica y de diagnóstico» [nuestra traducción].

Teniendo esto en cuenta, consideramos oportuno preguntar en las encuestas a los dos grupos muestrales lo que opinaban sobre este asunto y, para ello, les pedimos que afirmasen o negasen la oración «El lenguaje es imprescindible para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados». Los resultados fueron prácticamente unánimes.

En el caso de los/las intérpretes, el 100 % afirmó la oración, es decir, que todos/as ellos/as consideraban esencial el lenguaje para el buen funcionamiento del servicio. Esto no es sorprendente, ya que estos/as profesionales son profesionales de la lengua y conocen sus entresijos y su relevancia. Además, haber trabajado en contextos sanitarios como intérprete permite entender la función de los aspectos lingüísticos y culturales en este contexto.

El personal sanitario estuvo más dividido respecto a esta oración. El 78'9 % de la muestra afirmó la oración, por lo que consideraban cierto que el lenguaje es imprescindible para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados. Sin embargo, 4 personas negaron la oración, es decir, que no consideraron imprescindible el lenguaje para el buen funcionamiento del servicio. Para entender estos datos, es importante tener en cuenta que, aunque el lenguaje es una herramienta fundamental en contextos de salud mental, también es una herramienta sin la que el personal sanitario especializado tiene que aprender a trabajar en muchas ocasiones. La falta del aspecto lingüístico no ocurre únicamente en situaciones en las que el/la paciente y el personal sanitario no hablen la misma lengua. En contextos de salud mental es posible que el/la paciente no hable en absoluto, ya sea debido a un trastorno de estrés postraumático, a una discapacidad o a otra variable. Es posible que por este motivo algunos/as de los/las profesionales encuestados/as consideraran que la oración propuesta no siempre se ajusta a la realidad de su ámbito laboral.

No obstante, no debemos olvidar que el hecho de que una persona no hable el idioma oficial no significa que no tenga la habilidad para comunicarse y, por ese motivo, se le debe

dar soluciones para poder comunicarse abierta y cómodamente, como se le daría a cualquier otro/a paciente, tenga o no tenga la capacidad de comunicarse.

4.5. Relación asistencial y relaciones de confianza

Una de las preocupaciones que suele surgir a la hora de trabajar con intérpretes en el ámbito sanitario es la de la protección de la relación asistencial, es decir, de la relación que se crea entre el personal sanitario y el/la paciente. Esto se debe a que esta tercera parte modifica las tendencias de poder, además es la que facilita la comunicación y suele ser de la cultura del/de la paciente, por lo que es una posibilidad que el/la paciente se vea más identificado con esta persona que habla su idioma y cree una relación con ella en vez de con el personal sanitario. Sin embargo, aunque esta es una posibilidad, el/la intérprete y el personal sanitario deben ser capaz de lidiar con estas situaciones y con estos problemas relacionados con las relaciones derivadas a su vez del triángulo.

De nuevo, debido a la relevancia práctica que tiene este debate, decidimos preguntar a los dos grupos muestrales sobre su opinión sobre este tema. Para ello, se les pidió que afirmaran o negaran la siguiente oración: «La relación asistencial se ve comprometida por la presencia del/de la intérprete».

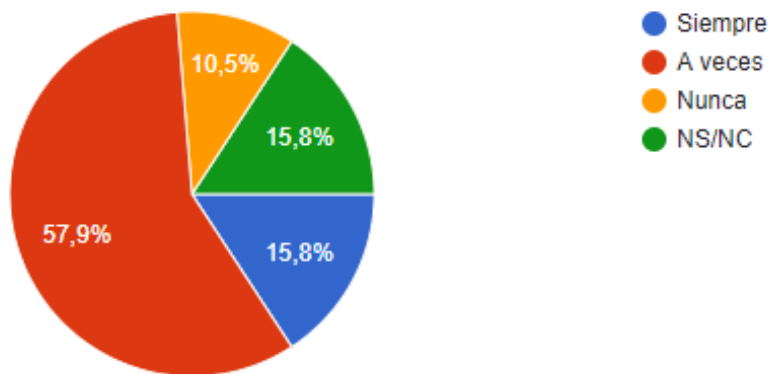


Gráfico 12: Personal sanitario: La relación asistencial se ve comprometida por la presencia del/de la intérprete.

Entre los/las profesionales de la salud mental parece que hay una idea mayoritaria, como se muestra en el Gráfico 12, ya que el 57'9 % respondió que «a veces» la relación asistencial se veía comprometida. Un 15'8 % consideró que esta relación «siempre» se veía comprometida, mientras que un 10'5 % pensaba que «nunca» se veía comprometida. Por lo tanto, entre el personal sanitario parece haber un consenso mayoritario de que la presencia del/de la intérprete puede afectar la relación asistencial, pero que no siempre lo hace.

Por otro lado, las respuestas de los intérpretes estuvieron más divididas. El Gráfico 13 resalta que un 37'5 % de las personas encuestadas dijo que la relación asistencial se ve comprometida «a veces». Sin embargo, otro 31'3 % consideró que la presencia del/de la intérprete no afecta «nunca» a la relación entre personal sanitario y paciente. Además, curiosamente, un 25 % de la muestra defendía que esta relación «siempre» se ve comprometida, un porcentaje mayor que en el caso del personal sanitario. Por lo tanto, se podría concluir que entre los/las intérpretes existe un claro debate sobre si su presencia afecta la relación asistencial, ya que los porcentajes reflejan una clara disparidad de opiniones.

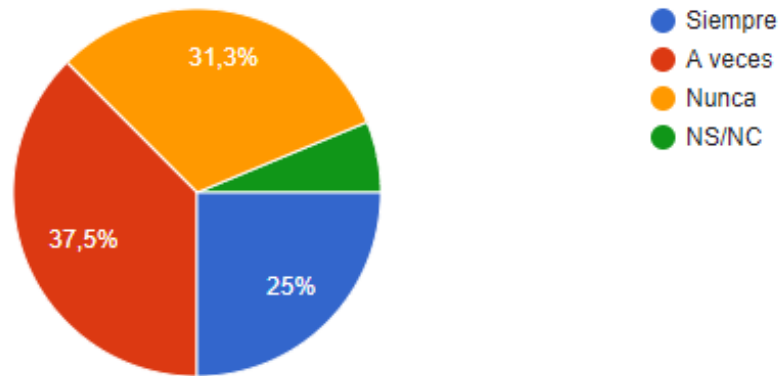


Gráfico 13: Intérpretes: La relación asistencial se ve comprometida por la presencia del/de la intérprete.

Por consiguiente, a partir de los datos recogidos al respecto se podría concluir que la mayor parte de tanto los/las profesionales de la salud mental como los/las intérpretes coinciden en que la relación asistencial se ve afectada por la presencia del/de la intérprete en ocasiones, pero que no tiene por qué ser así en todos los casos. Esta idea es probable que sea la realidad, ya que cada situación es diferente, cada paciente es diferente y cada profesional de la salud mental es diferente; por lo tanto, es poco probable que siempre se den las mismas variables que deriven en el mismo resultado. Por lo tanto, es bastante improbable que a la pregunta «¿Afecta la presencia del/de la intérprete a la relación asistencial?» se le pueda contestar con respuestas absolutas, como «siempre» o «nunca».

Por otro lado, en el ámbito sanitario, en el que se tratan temas tan personales como la salud (física y mental), la vida y la muerte, es esencial crear un ambiente seguro de confianza mutua y de respeto. Con el objetivo de dilucidar si esto ocurre en situaciones con un/a intérprete presente, se les pidió a los dos grupos muestrales que afirmaran o negaran algunas afirmaciones relacionadas con la confianza. Debido a que su objetivo es únicamente averiguar el papel del/de la intérprete en estas relaciones de confianza, no se tratará la relación de confianza entre el personal sanitario y el/la paciente, ni los problemas derivados de esta relación.

Las dos preguntas son comunes a las dos encuestas, pero la primera tiene un cambio en el planteamiento, ya que se adapta al receptor de la pregunta. A los/las profesionales de la salud mental se les pidió que afirmaran o desmintieran la siguiente oración: «Siento inseguridad por no saber si lo que el/la intérprete es fiel a lo que dice el/la paciente». A los/las intérpretes, por otro lado, se les planteó la siguiente oración: «El personal sanitario desconfía del intérprete». Las dos oraciones son paralelas y buscan lo mismo: valorar el nivel de confianza que siente el personal sanitario en el/la intérprete. La segunda frase es idéntica en las dos encuestas y dice así: «El/la paciente desconfía del/de la intérprete».

Las respuestas a la primera pregunta por parte del personal sanitario coincidieron entre ellas en gran medida. La mayoría de las personas encuestadas (un 57'9 %) opinaron, como puede verse en el Gráfico 14, que «a veces» sentían inseguridad de que el/la intérprete no fuese fiel al mensaje. Dos personas (un 10'5 %) afirmaron que «siempre» sentían inseguridad respecto a la exactitud de la interpretación y solo una persona dijo no sentir «nunca» inseguridad al respecto. Estos datos coinciden con lo que explican otros/as autores/as al respecto, ya que es habitual que el personal sanitario sienta reparos a la hora de fiar la calidad de la comunicación a una persona externa, es decir, a un/a intérprete.

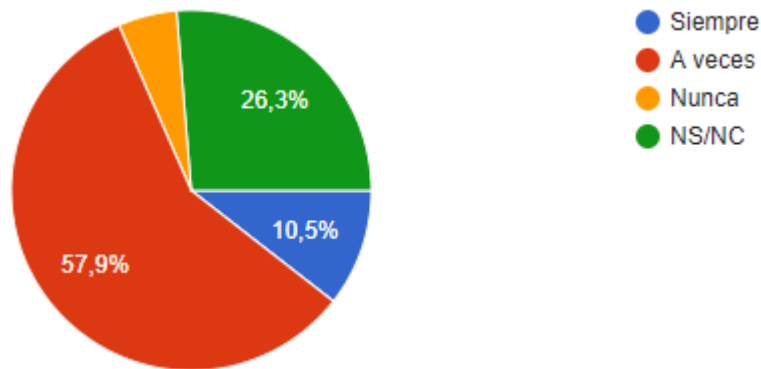


Gráfico 14: Personal sanitario: Confianza en el/la intérprete por parte del personal sanitario.

Las respuestas de los/las intérpretes también tienen una tendencia clara. En contraposición con las respuestas del personal sanitario, el Gráfico 15 muestra que la mayoría de los/las intérpretes (un 62'5 %) coincide en que el personal sanitario «nunca» desconfía del/de la intérprete. Después, un 31'3 % de las personas encuestadas opina que el personal sanitario desconfía del/de la intérprete «a veces». Solo una persona ha afirmado que el personal sanitario desconfía del/de la intérprete «siempre». Estos datos son sorprendentes en cierta medida porque contradicen los resultados de la encuesta de los/las profesionales de la salud mental.

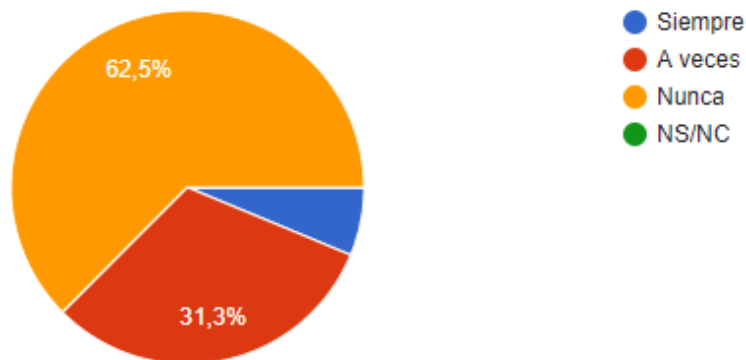


Gráfico 15: Intérpretes: Confianza en el/la intérprete por parte del personal sanitario.

Por supuesto, esto podría explicarse con que estas preguntas sobre las relaciones de confianza se basan enteramente en datos anecdóticos, por lo que podría cambiar de un centro a otro o de una localidad a otra, y es que las respuestas se basan en las diferentes experiencias que haya tenido cada una de las personas encuestadas. A pesar de que depende mucho de las vivencias de cada persona, los resultados muestran que existe un patrón y es este patrón el que se ha buscado con estas preguntas.

Por otra parte, como ya se ha mencionado, se les preguntó a los dos grupos muestrales sobre la confianza en el/la intérprete por parte del/de la paciente. En el caso de los y las profesionales de la salud mental, un 15'8 % afirmó que los/las pacientes «nunca» desconfían del/de la intérprete. Otro 31'6 % declaró que los/las pacientes «a veces» desconfían del/de la intérprete. Sin embargo, la mayoría de los/las profesionales de la salud desconocían si los/las pacientes desconfían del/de la intérprete o no (52'6 %). Los/las intérpretes, por su parte, tienen opiniones divididas. Un 56'3 % piensa que los/las pacientes «nunca» desconfían de ellos/as, mientras que un 43'8 % consideran que «a veces» sí desconfían de los y las intérpretes.

Estos datos entran dentro de lo esperado, ya que las relaciones de confianza son difíciles de crear, sobre todo cuando se tratan temas muy personales. Entre el personal sanitario y los/las pacientes es medianamente fácil crear vínculos de confianza, ya que la población general concibe al/a la profesional de la salud como un/a profesional en el/la que se puede confiar. Por supuesto, esto tiene excepciones y a veces también tienen dificultades para crear lazos de confianza. En el caso de los/las intérpretes, existen dos factores principales: uno que facilita las relaciones de confianza con el/la paciente y otro que las dificulta. Por una parte, el hecho de hablar la misma lengua que el/la paciente, incluso de ser de la misma cultura en muchos casos, facilita la creación de vínculos de confianza. Por otra parte, el pertenecer a la misma comunidad o a la misma cultura que el/la paciente, o la mera posibilidad de que así fuese, puede poner un muro de desconfianza entre el/la paciente y el/la intérprete, por miedo a represalias o a prejuicios, sobre todo en temas tan delicados como lo puede ser la salud mental, que aún está muy estigmatizada en la mayor parte de las culturas.

4.6. Situación de la interpretación en contextos de salud mental

Es innegable que en España, como en otros muchos países, se hace un uso pobre de los servicios de interpretación en los servicios públicos. Sin embargo, en el ámbito sanitario esto se agrava, debido a que, como ya hemos explicado anteriormente, ninguna ley respalda de manera explícita el uso de servicios de mediación e interpretación, al contrario de lo que ocurre en otros ámbitos como el judicial.

Las siguientes cuatro preguntas tienen que ver con la situación actual de la interpretación en contextos de salud mental, ya que el objetivo era analizar las opiniones de los dos grupos (intérpretes y personal sanitario) sobre dicha situación. Las dos primeras están dirigidas a los dos grupos por igual, mientras que las dos últimas están diseñadas únicamente para los y las intérpretes, ya que versan sobre su situación laboral específicamente.

En primer lugar se les preguntó al personal sanitario y a los/las intérpretes si creían que se hace un uso adecuado de los servicios de interpretación en contextos de salud mental, con el objetivo de averiguar sus opiniones respecto a la falta de uso de estos servicios.

En el caso del personal sanitario, el 47'4 % de las personas encuestadas respondió que no sabía, lo que no es de extrañar si se tiene en cuenta que muchas de estas personas ni siquiera tienen acceso a un servicio de interpretación en sus centros. Después, un 26'3 % de la muestra contestó que creían que «nunca» se hace un uso adecuado de estos servicios. Por otro lado, un 21'1 % de los y las profesionales de la salud mental consideraron que «a veces» sí se hace un uso adecuado de los servicios de interpretación. Únicamente una persona respondió que «siempre» se hace un uso adecuado. Esto refleja de manera bastante fiel la realidad que se nos presenta en otros estudios anteriores a este: la mayoría de los y las profesionales de la salud encuestados ni siquiera es consciente de cómo funcionan estos servicios, ya que nunca ha tenido acceso a ellos. Los que conocen mejor la situación de estos servicios, se debaten entre la respuesta absoluta de que «nunca» se hace un buen uso de ellos en contextos salud mental y la respuesta quizá más plausible de que «a veces» se hace un buen uso.

Entre los y las intérpretes encuestados/as existe una mayor contraposición de opiniones. Un 31'3 % de la muestra considera que «a veces» se hace un uso adecuado y suficiente de los servicios de interpretación. Por otro lado, sorprendentemente, un 25 % de las personas encuestadas piensa que «siempre» se hace un uso adecuado de estos servicios; mientras que un 12'5 % sostiene que «nunca» se hace un uso adecuado. El 31'3 % restante contestó que no sabía. Estos datos son sorprendentes porque un cuarto de las personas encuestadas consideran que «siempre» se hace un uso adecuado, lo que podría significar que en su entorno los centros de salud mental hacen un esfuerzo por recurrir a estos servicios. El

hecho de que casi un tercio de los/las intérpretes hayan marcado «a veces» no es de extrañar, ya que coincide aproximadamente con la respuesta dada por los y las profesionales de la salud mental. Además, como ya se ha mencionado en mención a otros resultados, en este tipo de situaciones las respuestas absolutas («siempre» o «nunca») no suelen coincidir con la realidad, que es mucho más compleja y variable.

4.6.1. La calidad de la interpretación

La calidad de la interpretación condiciona el resultado del servicio prestado, así como la concienciación y la imagen que se tiene de la profesión de intérprete, ya que si la calidad del servicio es mala, esta imagen puede verse perjudicada y, si la calidad es buena, la imagen puede mejorar. De este modo, cada intérprete tiene la responsabilidad de realizar un buen trabajo, ya que de este modo la concienciación sobre la utilidad del uso de intérpretes puede expandirse y consolidarse. Además, los códigos deontológicos recogen el principio de profesionalidad, lo que impide a los y las profesionales de la interpretación aceptar encargos para los que no se encuentren preparados/as.

La segunda pregunta dentro de este apartado de la situación de la interpretación trata sobre la calidad de la interpretación. Para ello, se les pidió a los dos grupos muestrales que afirmaran o negaran la oración «La interpretación suele ser de calidad».

El personal sanitario, como puede verse en el Gráfico 16, se divide en dos respuestas principales. El 52'6 % respondió que la interpretación es de calidad «a veces» y el 42'1 % afirmó no saber si era de calidad o no. Esto es natural ya que muchas de las personas encuestadas no habían trabajado con intérpretes con anterioridad, por lo que no podían saber si la interpretación es de calidad o no. Una única persona contestó que la interpretación «siempre» era de calidad. Si tenemos en cuenta los bajos estándares de formación entre algunas de las organizaciones que se encargan de prestar servicios de mediación e interpretación en los servicios públicos y que en su mayoría este trabajo lo realizan voluntarios/as, es natural pensar que la interpretación no siempre va a ser de calidad. Sin embargo, muchos/as mediadores/as e intérpretes que trabajan en los servicios públicos son grandes profesionales con mucha experiencia y conocimiento, que realizan un trabajo de valor incalculable, por lo que es imposible, como muestra el Gráfico 16, que la interpretación «nunca» sea de calidad.

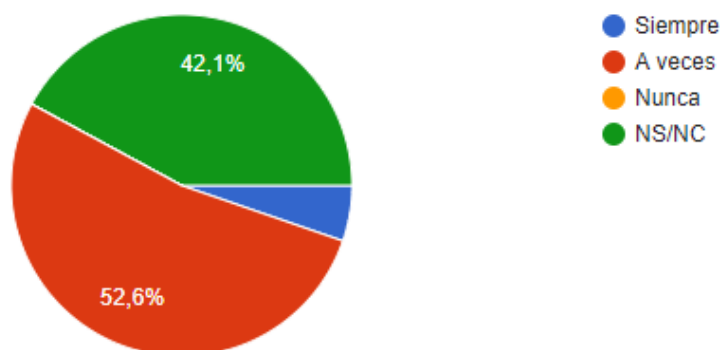


Gráfico 16: Personal sanitario: La interpretación suele ser de calidad.

Entre los/las intérpretes encuestados se dividen en dos opiniones claras, pero no opuestas. El Gráfico 17 muestra que un 56'3 % respondió que la interpretación «siempre» es de calidad, mientras que un 43'8 % consideró que «a veces» lo es. Por supuesto, las personas encuestadas son profesionales de la interpretación, conocen su trabajo y conocen sus capacidades, por lo que no es de extrañar que sus respuestas reflejen lo que ellas mismas

piensan de su propio trabajo. Respecto a los motivos de las personas que han respondido que la interpretación es de calidad «a veces», puede concluirse que podría deberse a, por una parte, la autocrítica y, por otra parte, a la conciencia de que la situación general de la interpretación sanitaria puede no ser tan positiva como su experiencia. También puede ser debido a que estas personas hayan tenido experiencias negativas respecto a la calidad de la interpretación a lo largo de su vida, ya sea como intérprete o como usuario/a de los servicios públicos.

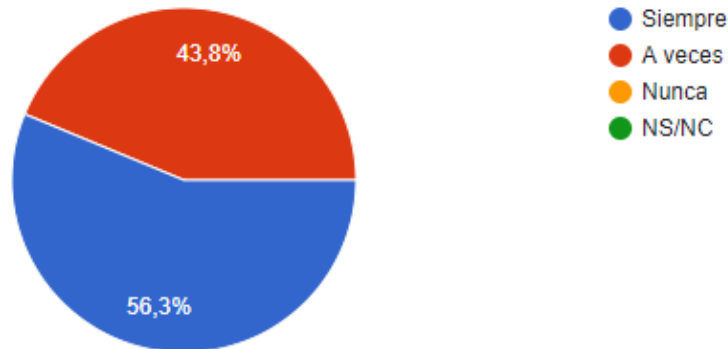


Gráfico 17: Intérpretes: La interpretación suele ser de calidad.

Para terminar, el concepto de calidad de la interpretación, aunque ha sido estudiado ya por muchos/as autores/as (Ortega Herráez, Abril Martí y Martín, 2009; Abril Martí, 2015, entre otros/as), sigue despertando un gran interés entre diferentes profesionales. Esto es debido a que la calidad de la interpretación en los servicios públicos es de vital importancia. Cuando no se cumplen los niveles de calidad, en este ámbito esto puede afectar vidas y ponerlas en riesgo, tal y como explica Abril Martí (2015: 82) en su investigación sobre la violencia de género en mujeres inmigrantes.

4.6.2. Contratación y condiciones laborales de los/las intérpretes

Unas buenas condiciones laborales son esenciales en toda profesión. Los/las intérpretes que trabajan en los servicios públicos no cobran lo mismo que los/las intérpretes de conferencias o aquellos/as que trabajan para empresas privadas. Esto puede deberse a numerosos factores, entre los que se encuentran el bajo presupuesto destinado a algunos servicios públicos, la falta de concienciación a la hora de pagar por un servicio de interpretación y la delegación de la organización de estos servicios por parte del Estado a organizaciones sin ánimo de lucro u otras asociaciones con bajo presupuesto.

Con el objetivo de descubrir qué instituciones u organizaciones suelen llevar a cabo la contratación de los servicios de interpretación en contextos de salud mental y cuáles son las condiciones laborales de las personas que trabajan en estos servicios, les preguntamos a los/las intérpretes sobre quién contrataba sus servicios y sobre la situación laboral en la que se encontraban (por cuenta propia, por cuenta ajena, voluntariado, etc.).

A la pregunta referida a quién contrata los servicios de los/las intérpretes, como puede verse en el Gráfico 18, 6 personas (37,5 %) dicen haber sido contratadas por un profesional de la salud, mientras que el mismo número de personas han sido contratadas por una asociación u ONG. Sin embargo, solo 3 personas (18,8 %) han sido contratadas alguna vez por una institución pública. Por otra parte, 4 personas (25%) dicen haber sido contratadas alguna vez directamente por los pacientes. Por último, de manera más anecdótica, una persona ha sido contratada por una clínica o centro privado y otra por una empresa intermediaria de interpretación.

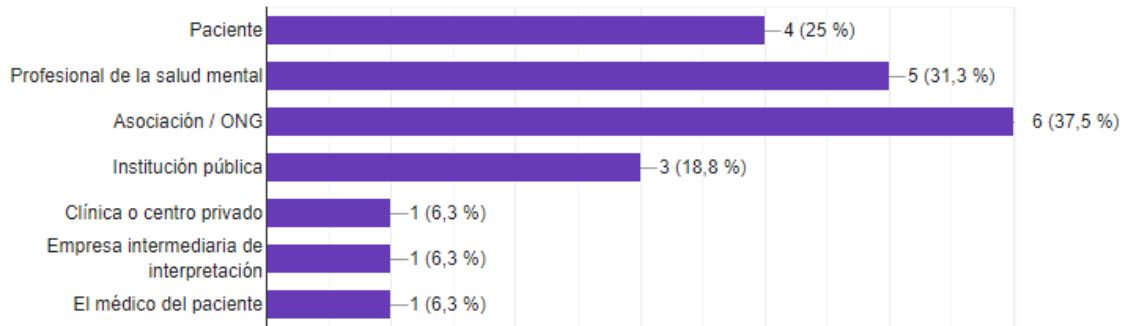


Gráfico 18: Quién contrata los servicios de los/las intérpretes.

A partir de estos resultados se podría concluir que las asociaciones y las ONG se encargan del grueso de los servicios de interpretación, como ya se había introducido en el marco teórico. Al mismo tiempo, parece ser que profesionales de la salud particulares piden servicios de interpretación cuando los necesitan. Me imagino que este será el caso de hospitales o centros que colaboren estrechamente con una asociación u organismo que les proporciona servicios de interpretación cuando los necesitan. Por otro lado, el hecho de que un cuarto de la muestra de intérpretes haya sido contratado en alguna ocasión directamente por pacientes refleja la falta de apoyo lingüístico y cultural que las instituciones dan a los y las usuarios/as de los servicios públicos, que les obliga a contratar y a pagar ellos/as mismos/as a un/a intérprete para poder comunicarse con los/as proveedores/as de un servicio gratuito que proporciona el Estado.

De hecho, solo tres de los/las 16 intérpretes encuestados/as han sido contratados/as en alguna ocasión por una institución pública, lo que refleja la falta de concienciación respecto a la importancia de brindar apoyo lingüístico a las personas inmigrantes en este país, en lugar de esperar a que se comuniquen en español o a permitir que los y las profesionales de la salud tengan que «hacer lo que puedan» con soluciones *ad hoc* como las ya mencionadas en el apartado de estrategias de comunicación. En este trabajo consideramos que la responsabilidad de garantizar los servicios de mediación e interpretación en los servicios públicos recae sobre las instituciones y que estas deberían facilitar el trabajo del personal sanitario al trabajar con personas inmigrantes que no dominan la lengua oficial.

Posteriormente, se les preguntó a los/las intérpretes por sus condiciones laborales y, para ello se les dio a elegir entre varias opciones, de las cuales podían marcar cuantas quisiesen. Las diferentes opciones presentadas pueden verse en el Gráfico 19, junto con las respuestas de las personas encuestadas. Los datos recogidos de esta pregunta coinciden con lo introducido por otros trabajos en el marco teórico: un 75 % de las personas encuestadas afirma ser voluntaria; un 12,5 % (2 personas) trabaja por cuenta propia, es decir, como autónomo/a, y un 18,8 % (3 personas) trabaja por cuenta ajena. Afortunadamente, ninguna de las personas encuestadas trabaja como intérpretes sin contrato. Sin embargo, respecto al salario, un 18,8 % (3 personas) afirma trabajar sin remuneración y únicamente 1 persona ha marcado la casilla «Cobro un salario justo».

De estos datos se podría concluir que, como ya mencionaban otros estudios ya referenciados, la mayoría de los servicios de interpretación en los servicios sanitarios están compuestos por voluntariado. A su vez, los salarios de los intérpretes no suelen ser justos, como muestra nuestra encuesta. Es un trabajo que está poco profesionalizado y mal pagado. El salario también influye en la falta de profesionalización, ya que muchos/as intérpretes profesionales que quieren dedicarse a la interpretación tienen que irse al mercado privado para conseguir vivir de ello. Al final, es una situación circular: un trabajo poco profesionalizado y consecuentemente mal pagado, lo que a su vez supone un motivo de la falta de

profesionalización. Toda esta situación se ve englobada por una falta de visibilización y de concienciación por parte de la sociedad, ya que todavía muchas personas consideran que los servicios de interpretación no son tan necesarios como realmente son.

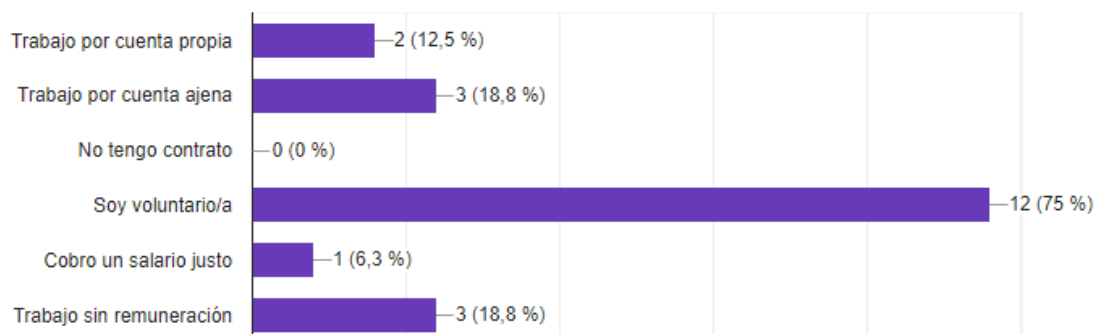


Gráfico 19: Condiciones laborales de los/las intérpretes.

4.7. Dificultades para trabajar con intérpretes en contextos de salud mental y sus posibles soluciones

Para dar con soluciones reales que realmente ayude a mejorar la situación, es importante conocer los problemas específicos que pueden tener los/as profesionales del ámbito que se estudia. Con el objetivo de conocer las dificultades principales que el personal sanitario experimenta a la hora de trabajar de manera eficaz con intérpretes, se les pidió que contasen aquellos problemas que ellos/as considerasen más acuciantes. En la Tabla 5 pueden verse en cursiva las dificultades que se propusieron en la encuesta y en redonda aquellas que el personal sanitario aportó.

<i>Falta de tiempo</i>	7 (36'8 %)
<i>Falta de confianza en el/la intérprete</i>	5 (26'3 %)
<i>No poder crear una relación asistencial de calidad</i>	7 (36'8 %)
<i>Falta de conocimiento por parte del/de la intérprete</i>	7 (36'8 %)
Falta de disponibilidad de intérpretes en mi centro	3
Falta de conocimiento sobre el tema por parte del personal sanitario	2
Falta de presupuesto para disponer de intérpretes	1
No sé si en mi centro podemos recurrir a intérpretes	1
Interferencia al impactarse emocionalmente e intervenir más allá de la interpretación pura	1
Trabajé con una intérprete paquistaní y fue una experiencia muy grata, pero la dificultad principal era coordinar las citas, ya que la intérprete tenía una sobrecarga de trabajo	1
Creo que no se ha pensado lo necesario que es	1
Desconfianza por parte del/de la paciente o familiar	1

Tabla 5: Dificultades del personal sanitario a la hora de trabajar con intérpretes.

Como puede verse en esta tabla, las dificultades propuestas fueron seleccionadas por una gran parte de la muestra. Las dificultades que más se repiten en las respuestas son la falta de tiempo, no poder crear una relación asistencial de calidad y la falta de conocimiento por parte del/de la intérprete, seguidas de cerca por la falta de confianza en el/la intérprete.

La falta de tiempo es un problema muy real que viven todos/as los/as profesionales de la salud diariamente. En muchos casos, en consulta tienen unos minutos predeterminados por persona, que son muy difíciles de cumplir. La presencia de un/a intérprete supone, irremediablemente, el uso de más tiempo de lo habitual, lo que es definitivamente un problema. Además, si se quiere realizar el mejor trabajo posible y se toma la decisión de realizar una entrevista previa con el/la intérprete, el tiempo requerido va en aumento.

El hecho de no poder crear una relación asistencial de calidad es una dificultad que preocupa en gran medida al personal sanitario, ya que está demostrado, como se introdujo en el marco teórico y como se ha explicado anteriormente en este capítulo, que la relación asistencial mejora indiscutiblemente el resultado del diagnóstico y del tratamiento.

La falta de conocimiento por parte del/de la intérprete también es un tema que ya se ha tratado en este trabajo, ya que la formación de un/a intérprete es esencial para el resultado de su servicio. En el caso de la interpretación sanitaria, la formación específica en términos médicos es muy relevante. En contextos de salud mental es especialmente importante, ya que el conocimiento de trastornos mentales y de sus síntomas pueden ayudar a la hora de interpretar de manera fiable y completar el mensaje y el comportamiento del/de la paciente.

La falta de confianza en el/la intérprete también es un tema que ya se ha tratado con anterioridad en este capítulo y aparece en dos aportaciones diferentes en esta pregunta, haciendo referencia a la confianza en el/la intérprete por parte del personal sanitario y por parte del/de la paciente y de la familia. Las relaciones de confianza son complicadas de por sí, especialmente en contextos de salud mental. Es de gran importancia, por lo tanto, que el servicio se desarrolle con calidad y profesionalidad, para poder crear lazos de confianza entre las partes integrantes del triángulo.

Posteriormente, los/las profesionales de la salud mental aportaron más dificultades. Las cuatro primeras aportaciones, expresadas en total por 7 personas, hacen referencia a la misma situación: la falta de presupuesto para disponer de intérpretes, por lo que se da una falta de intérpretes en los centros, que a su vez deriva en el desconocimiento de los y las profesionales de la salud mental sobre si pueden recurrir a intérpretes y cómo. Este es seguramente el problema principal de accesibilidad a los y las intérpretes. La sanidad pública trabaja de por sí con un presupuesto reducido y, si a esto se le suma la poca importancia que se le suele dar a los servicios interculturales e interlingüísticos, esto deriva en una falta de inversión en estos servicios. Más adelante hay otra aportación que dice así «Creo que no se ha pensado lo necesario que es». En efecto, aún no existe una conciencia a nivel institucional sobre la necesidad de la existencia de este tipo de servicios en el ámbito sanitario, así como en muchos otros ámbitos.

Las dos aportaciones restantes surgen de experiencias más específicas, pero no por ello menos interesantes, sino al contrario. Por un lado, se presenta el problema de «Interferencia al impactarse emocionalmente e intervenir más allá de la interpretación pura». Esto puede ocurrir cuando el/la intérprete se siente identificado con el/la paciente, ya sea porque tienen unas vivencias similares o porque empatiza con él/ella y le afecta la situación. Si el/la intérprete sale de su papel neutral y le da consejos o hace otro tipo de observaciones independientemente del personal sanitario presente, este puede sentirse excluido, en primer lugar porque no entiende y, en segundo, porque pierde el control de la situación al no ser

él/ella quien lleva las riendas de la conversación. Para evitar estas situaciones, el/la mediador/a o intérprete y el personal sanitario deben determinar claramente cuál es la función del/de la intérprete desde el principio y ambos/as deben ser consecuentes con esta decisión a lo largo de la sesión. Por otro lado, se presenta otra dificultad que dice así «Trabajé con una intérprete paquistaní y fue una experiencia muy grata, pero la dificultad principal era coordinar las citas, ya que la intérprete tenía una sobrecarga de trabajo». Esta es una dificultad real. Hay algunas lenguas menos comunes para las que es más difícil encontrar una mayor variedad de intérpretes profesionales. Por este motivo, si se quiere mantener al/a la mismo/a intérprete durante todas las sesiones, es necesario adaptarlas a los horarios de este/a, ya que es posible que tenga otros encargos.

Siempre que en una situación profesional se observan ciertas dificultades, lo ideal es encontrar las soluciones adecuadas para estas. Con este objetivo, se les preguntó a los y las profesionales de la salud mental qué creían que podría hacerse para superar las dificultades que se habían mencionado. En la Tabla 6 se muestran las respuestas que las personas encuestadas dieron a esta pregunta y aportaron soluciones para superar los problemas que ellos/as mismos/as habían detectado a la hora de trabajar junto a un/a intérprete.

1. Tener más conocimiento mutuo	11. Disponer de más tiempo si se necesita intérprete
2. Planificar entrevistas con el intérprete	12. Tener presente que cuanto más información se pueda tener de la persona mejor se le podrá tratar
3. Tener un contacto profesional más frecuente	13. Primero valorar magnitud del problema
4. Mayor promoción de la interpretación	14. Formación de intérpretes en la especialidad de salud mental
5. Que sanidad lo tuviera en cuenta	15. Que haya un directorio de intérpretes disponibles o que algunos estuvieran integrados como personal auxiliar a la plantilla cuando se precisarán sus servicios; y creo que sería ideal que hubiera un conocimiento previo entre los intérpretes y los clínicos...
6. Intérpretes permanentes vinculados a servicios concretos	16. Aclarar inicialmente los roles y crear atmosfera cómoda en un primer acercamiento. Continuidad en la figura de intérprete
7. Incorporar a la plantilla de trabajo	17. Debería haber más mediadores culturales. Creo que es importante el lenguaje pero también la cultura
8. Formar a los intérpretes y contratarlos	18. Formación en salud mental y vínculo entre terapeuta e intérprete
9. Tener una persona intérprete dentro del centro	19. Formación
10. No sé	

Tabla 6: Soluciones del personal sanitario a las dificultades de trabajar con intérpretes.

Las tres primeras respuestas enumeradas en la Tabla 6, junto con la segunda parte de la respuesta 18, la 16 y parte de la respuesta 15, muestran cómo algunos/as profesionales de la

salud mental consideran que un mayor contacto o una mayor relación profesional entre el personal sanitario y el/la intérprete, así como la planificación de entrevistas previas, podría ser una solución a las dificultades referidas. La relación entre ambos/as profesionales y su mutuo entendimiento, como ya se ha mencionado en otros apartados, es esencial para el buen funcionamiento del servicio y mejora exponencialmente la calidad del diagnóstico y del tratamiento. Además, favorece el trabajo en equipo de los/as dos profesionales, lo que facilita a su vez el trabajo de ambos/as.

Las respuestas 4 y 5 hacen referencia a la promoción, institucional y otras, de los servicios de interpretación; por una parte, para que la gente los conozca y hagan uso de ellos, y por otra parte, para que desde las instituciones se creen protocolos realistas en los que incluyan la existencia y la utilidad de estos servicios. Esto ya se ha realizado en algunos centros específicos de medicina general, pero es necesario que esta tendencia llegue a todas las comunidades autónomas y a todos los ámbitos de los servicios públicos, ya que el objetivo debería ser que nadie reciba una atención peor por vivir en un lugar diferente y que toda persona sea capaz de comunicarse con los/as proveedores de los servicios sin importar dónde viva ni cuál sea su lengua.

Las respuestas 6, 7, 8, 9 y 15 mencionan la incorporación de intérpretes a la plantilla de los centros como solución, ya que ayudaría a la creación de vínculos entre terapeuta e intérprete y permitiría la especialización y la formación de los/las intérpretes, además de que se garantizaría el uso de intérpretes siempre que fuese necesario. Esta solución es difícil de llevar a la práctica, por el problema que se ha mencionado en la pregunta anterior sobre la falta de presupuesto. Sin embargo, sí sería una opción vincular un servicio de mediación e interpretación a uno o varios centros de manera permanente, de forma que el personal sanitario pueda acceder a este servicio siempre que lo necesite sin traba alguna. Esto facilitaría el trabajo del personal sanitario y, al mismo tiempo, garantizaría una prestación de servicios igualitaria y respetuosa con la diversidad. La respuesta 15 también menciona la posibilidad de crear un directorio de intérpretes disponibles para que el personal sanitario pueda acceder a él y contactar con ellos/as cuando así lo precisasen. Esto tendría enormes beneficios, como la posibilidad de asegurar la formación de los y las profesionales apuntados en el directorio y la accesibilidad de estos servicios para el personal sanitario.

Las respuestas 11, 12 y 13 tratan tres temas diferentes. La primera hace mención a aumentar el tiempo que se le da al personal sanitario en caso de necesitar un/a intérprete. Esto podría argumentarse que se trata de dar privilegios a la persona inmigrante frente a la persona autóctona, pero nada más alejado de la realidad. No es dar privilegios, es garantizar la equidad en estos servicios, ya que para una persona inmigrante con un dominio bajo de la lengua oficial es necesario ayudarse de una interpretación para recibir los mismos servicios y de la misma calidad que una persona autóctona que domine la lengua oficial. La segunda hace referencia a la concienciación del personal sanitario, que deben tener presente los beneficios de los servicios de interpretación para la asistencia sanitaria. Si el personal sanitario está concienciado de la importancia de estos servicios, ellos/as mismos/as los buscarán y, si se les permite, los usarán. La tercera plantea la necesidad de llevar a cabo más estudios al respecto y de estudiar las necesidades concretas que tienen los servicios de salud mental en cuanto a la diversidad lingüística y cultural.

Sobre la cultura trata la respuesta 17, que enfatiza la necesidad de tener acceso a más mediadores/as culturales y hace especial hincapié en la importancia de la cultura, que ya se ha explicado extensamente en el capítulo del marco teórico. La presencia de estos/as profesionales en contextos de salud mental es vital, especialmente con inmigrantes. El hecho de que este/a profesional de la salud mental conociese la figura refleja que su importancia se

va extendiendo y que la conciencia de la necesidad de esta figura en los centros de salud mental, así como en los centros sanitarios en general.

Las respuestas 14 y 18 hacen referencia a la formación de los intérpretes en la especialidad de salud mental, mientras que la respuesta 19 menciona la formación en general. Esta sería una solución que mejoraría la calidad de la interpretación, así como la confianza por parte del personal sanitario hacia la figura del intérprete. Sin embargo, es necesaria la formación por parte de ambos grupos de profesionales. Tanto el personal sanitario como los/las intérpretes deben estar formados y capacitados para trabajar en contextos de salud mental con inmigrantes.

En definitiva, tanto los problemas como las soluciones aportados por el personal sanitario generan un gran interés, ya que reflejan algunos aspectos que se necesita mejorar y posibles herramientas que permitan superar esas dificultades, con el objetivo de realizar el mejor servicio posible.

4.8. Situación de la diversidad cultural y lingüística en los centros de salud mental

Para averiguar cuál es la situación de la diversidad cultural y lingüística en los centros de salud mental, en este trabajo se ha decidido centrarse en dos aspectos: la existencia de protocolos en caso de haber un paciente o familiar con un bajo dominio del español y la existencia de documentos (textos informativos, consentimientos informados, etc.) traducidos a otras lenguas. Con el objetivo de dilucidar estos dos aspectos, les preguntamos a los y las profesionales de la salud mental sobre la situación en sus centros de trabajo.

Respecto al tema de la existencia de protocolos de actuación, el Gráfico 20 muestra que solo 2 personas (10'5 %) respondieron que sí había protocolos para esta clase de situaciones en sus centros de trabajo. En contraposición, un 73'1 % de la muestra (12 personas) afirmaron no disponer de un protocolo similar. De este 73'1 %, un 52'6 % consideran necesario este tipo de protocolo; mientras que un 10'5 % no lo considera necesario. Por último, un 26'3 % de las personas encuestadas no sabían si existía un protocolo del estilo en su centro de trabajo.

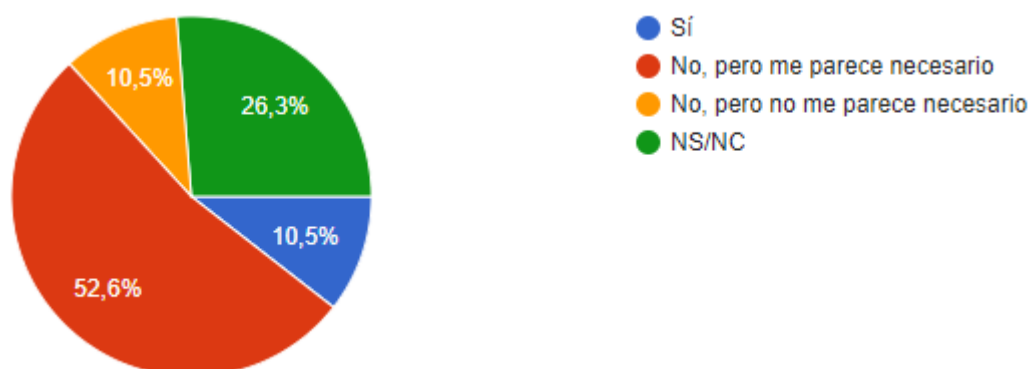


Gráfico 20: Existencia de protocolos de actuación en caso de haber una persona con un bajo dominio del español.

Estos datos muestran que, en efecto, los y las profesionales de la salud mental se encuentran desprotegidos, sin las herramientas necesarias ni las directrices para lidiar con las barreras lingüísticas y culturales. Únicamente dos personas sabían tener acceso a un protocolo específico, mientras que otras cinco personas (26'3 %) ni siquiera sabían si lo tenían a su disposición o no. La mayor parte de la muestra era consciente de la falta de un protocolo de esas características en su centro y, de este grupo, la mayoría considera necesario el desarrollo

de dicho protocolo. Esto refleja que gran parte del personal sanitario es consciente de la importancia de las barreras lingüísticas y culturales y que quieren directrices que les permitan superar estas barreras de manera eficaz, sin perjudicar el servicio que prestan. Sin estas directrices, es natural que los y las profesionales de la salud mental recurran a soluciones *ad hoc* como el español simplificado, los intérpretes *ad hoc*, los profesionales bilingües o, como mencionaron algunas de las personas encuestadas, «dibujos y gestos».

En cuanto a la existencia de materiales y documentos traducidos a otras lenguas, el Gráfico 21 refleja las experiencias del personal sanitario encuestado. Un 26'3 % sí tienen documentos traducidos a otras lenguas que no fueran oficiales, que cuando se les pidió especificar resultó ser el inglés. Por otra parte, un 31'6 % de los/las profesionales de la salud mental no tienen materiales traducidos a otras lenguas, pero sí usan la estrategia de la traducción a la vista para que los/las pacientes puedan entender el contenido de esos documentos. Al mismo tiempo, dos personas (10'5 %) dijeron no tener material traducido a otras lenguas, pero usar otros medios para hacérselos entender a los/las pacientes. A estas dos personas se les pidió que especificasen cuáles eran estos otros medios que se usaban en su centro. Una de ellas respondió que «se explican presencialmente en español simplificado y/o a través de un familiar bilingüe», es decir, que compensan la falta de material traducido con el español simplificado o los intérpretes *ad hoc*. La segunda persona que respondió que usaban otros medios respondió lo siguiente: «No se usa ningún medio pero no hay esa opción en vuestro cuestionario. Tened en cuenta también que aquí lo tenemos todo en euskera y castellano, pero no en otras lenguas». Lo cierto es que en la encuesta no se contemplaba la opción de que no se utilizase ningún medio porque se consideraba que de alguna manera tenían que comunicar la información a la población inmigrante. Lo más probable es que este/a profesional utilice, como la primera persona, el español simplificado o los intérpretes *ad hoc*, es decir, las estrategias a las que tiene acceso, pero que no las considere como un medio en sí, sino como soluciones *ad hoc* sin premeditación. Por último, el 31'6 % restante ni siquiera sabe si tienen acceso a materiales y documentos traducidos a otras lenguas en su centro.

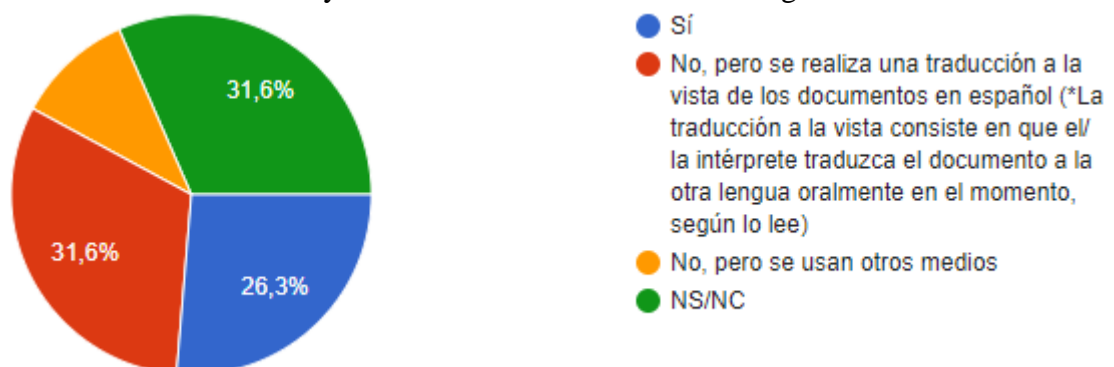


Gráfico 21: Existencia de documentos traducidos a otras lenguas.

En definitiva, estos datos reflejan la poca importancia que se les da a los materiales traducidos, sorprendente en contextos sanitarios, en los que estar informados es tan necesario. Es una buena señal que algo más de un cuarto de la muestra tenga materiales traducidos; sin embargo, estas personas especificaron que los materiales los tenían traducidos únicamente al inglés. Esto no es suficiente, ya que como puede verse en el Gráfico 22, según los datos recopilados por CEAR en el año 2018, el inglés no supuso más que el 1'30 % de las interpretaciones realizadas. Por lo tanto, tener los materiales traducidos únicamente al inglés es insuficiente y no refleja las verdaderas necesidades de los/las pacientes con un bajo dominio de las lenguas oficiales.

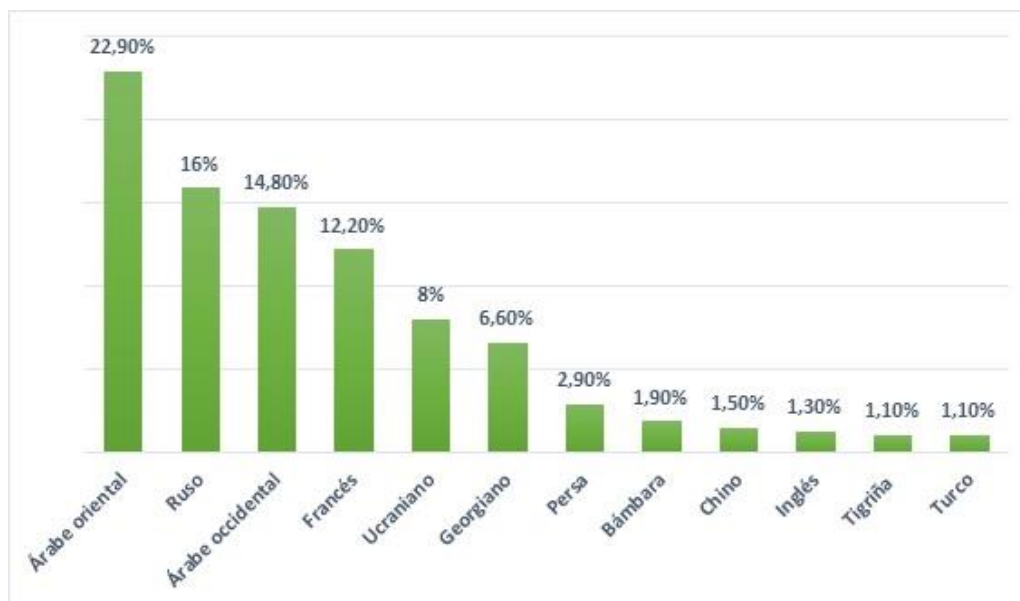


Gráfico 22: Interpretaciones realizadas por idiomas (enero 2018 – noviembre 2018) (CEAR). Disponible en: <https://www.cear.es/projects/traduccion-e-interpretacion/>.

A partir de todos los datos expuestos sobre el tema, se puede concluir que existe un amplio desconocimiento entre el personal sanitario respecto a la situación de la diversidad cultural y lingüística en los centros de salud mental en los que trabajan. No obstante, al mismo tiempo se percibe un interés creciente en los/as profesionales de la salud mental en estos temas y una determinación por aprender y por tener más recursos para hacer frente a este tipo de situaciones en los que interviene la diversidad.

Para terminar, se les pidió a los dos grupos muestrales, tanto personal sanitario como intérpretes, que reflejasen su opinión sobre la relevancia general de la interpretación profesional en contextos de salud mental. Para ello, se les pidió que valorasen del 1 al 5 la imprescindibilidad de la interpretación profesional en contextos de salud mental (el 1 simboliza lo prescindible y el 5 lo imprescindible).

En el caso del personal sanitario, un 47'4 % (9 personas) marcó el 5, por lo que consideran que la interpretación en contextos de salud mental es imprescindible. Otro 47'4 % marcó el 4, así que consideran que es imprescindible en la mayoría de los casos. Por último, 1 persona marcó el 3, por lo que no considera la interpretación en este ámbito ni prescindible ni imprescindible.

Por parte de los y las intérpretes, un 75 % (12 personas) marcó el 5, es decir, que consideran que su trabajo en contextos de salud mental es imprescindible. Sin embargo, curiosamente 1 persona marcó el 3 y otras 3 personas (18'8 %) marcaron el 1, de lo que se entiende que consideran que la interpretación profesional en salud mental es prescindible. No es sorprendente que la gran mayoría de los/las intérpretes consideren la interpretación en estos contextos totalmente imprescindible, pero sí lo es que haya intérpretes que la consideren totalmente prescindible, cuando ningún profesional sanitario lo considera de este modo.

4.9. Observaciones

Al final de la encuesta, se les facilitó a todas las personas encuestadas un espacio para dejar todas aquellas observaciones y comentarios que desearan hacer. Sorprendentemente, en total seis de estas personas, tres intérpretes y tres profesionales de la

salud mental, dejaron observaciones muy interesantes que se comentarán a continuación a modo de conclusión para este capítulo de resultados.

[Intérprete] «Es clave que el/la intérprete haga un seguimiento del caso, que sea el mismo intérprete a lo largo del tratamiento, así se genera confianza y una fructífera dinámica en las sesiones». Como explica este/a profesional, la continuidad del/de la intérprete es tremendamente beneficiosa para el buen funcionamiento de las sesiones y del servicio. Además, como el/la intérprete conoce el caso, la interpretación será consecuentemente más fluida y de mayor calidad. Por otra parte, también facilitaría el trabajo en equipo entre profesionales, lo que a su vez beneficiaría al trato con el/la paciente.

[Profesional de la salud mental] «Me parece un tema muy valioso y que investigar al respecto puede ser útil para darlo a conocer y ponerlo en el lugar que le corresponde: tema totalmente imprescindible. ¡Suerte!». Este comentario refleja el interés de este profesional por el tema de estudio de este trabajo, además de que lo considera de gran importancia y valía. Esta conciencia de la relevancia de esta profesión es lo que se necesita para promoverla y para garantizar la equidad en sanidad y que, por lo tanto, la población inmigrante reciba los mismos servicios públicos y de la misma calidad que la población autóctona.

[Intérprete] «Es importante efectivamente en nuestra sociedad multicultural poder entender, comprender al otro, lo que llega a enriquecernos a todos». Esta observación realza la importancia de la comprensión mutua en el contexto de una sociedad multicultural como la nuestra. Además, explica que esta comprensión mutua es motivo de enriquecimiento para todos/as, como ya se explicó en el capítulo del marco teórico cuando se habló sobre la importancia de la cultura y la diversidad y los perjuicios de la asimilación.

[Profesional de la salud mental] «Ya he apuntado que en salud mental, es imprescindible el contexto cultural. En nuestra Fundación tenemos varias personas de origen extranjero en el que el idioma es un problema a la hora de trabajar con la persona o su familia. [...] Tengo la impresión de que se centra en el tema idiomático. Me pregunto si aborda las dificultades de comunicación derivadas de una discapacidad. Tenemos un señor marroquí y con dificultades de comunicación derivadas de daño neurológico y esquizofrenia en el cual los problemas de comunicación están siendo un hándicap importante [...]». A partir de este comentario se pueden comentar dos temas de gran interés. En primer lugar, la lengua y la cultura forman información muy valiosa para la asistencia en salud mental, por lo que no es conveniente ignorarlas u obtener esa información con métodos no profesionales o improvisados, ya que se está tratando con la salud de personas. En segundo lugar, este/a profesional de la salud mental introduce un tema muy interesante y de gran relevancia en contextos de salud mental. Y es que las barreras lingüísticas no se limitan a hablar lenguas diferentes; en ocasiones los/las pacientes pueden padecer trastornos del lenguaje o alguna discapacidad que les impida comunicarse con normalidad. En este trabajo no se tratan estos casos, sino únicamente las barreras culturales y lingüísticas que se presentan de hablar dos lenguas diferentes o de proceder de dos culturas diferentes. No obstante, el tema de cómo la diversidad lingüística y la diversidad funcional se relacionan es un tema de lo más interesante que requiere de más investigación.

[Intérprete] «La verdad es que raramente necesitamos tratar con gente con problemas de salud mental. Yo soy voluntaria en un hospital regional, y la gran mayoría de los casos o son de urgencias o administrativos. Sin embargo, trabajando con una población muy mayor, se puede ver instantes muy conmovedores cuando una persona tiene que solucionar el cuidado de su esposa o padres con Alzheimer u otra discapacidad. En estos casos, siento una impotencia más el peso que querer hacer las cosas lo mas correctas posibles». Esta intérprete ejemplifica con sus palabras la carga psicológica que recae sobre el/la intérprete al trabajar en

contextos de salud mental. Es necesario que los/las intérpretes aprendan a lidiar con las consecuencias de vivir este tipo de situaciones, para que no acarree trastornos posteriores.

[Profesional de la salud mental] «Cada vez tenemos mayor necesidad por atender población no hispanoparlante/catalanoparlante». Esta es una realidad que ya se ha explicado al principio del capítulo del marco teórico. La llegada de población inmigrante ha aumentado enormemente en los últimos años. Por este motivo, es natural que los y las profesionales noten una necesidad mayor de atender a este tipo de pacientes.

5. Propuestas de actuación

Por último, como se estableció en los objetivos iniciales de este trabajo, se presentarán propuestas de mejora para la situación de la interpretación en contextos de salud mental. Para ello, nos hemos basado en estudios anteriores y en los modelos de respuesta ante la necesidad de servicios de interpretación de otros países con modelos diferentes al que presenta España. Por supuesto, la situación de cada región es compleja y depende de numerosos factores y, por lo tanto, de nada sirve implantar modelos que han funcionado en unos países en otros. Sin embargo, las soluciones y las decisiones que se han tomado en otros lugares pueden contribuir a desarrollar un modelo que sirva para España, ya que siempre puede aprenderse de los aciertos y los errores de los demás.

En primer lugar, se hará un repaso de los modelos de respuesta a la necesidad de comunicación entre los servicios públicos y las minorías lingüísticas propuestos por Abril Martí (2006: 95), basados a su vez en Ozolins. Según esta propuesta, se pueden distinguir cinco modelos diferentes según la respuesta que se le da a la necesidad de comunicación en los servicios públicos: ninguna respuesta, soluciones *ad hoc*, servicios lingüísticos genéricos, soluciones basadas en planteamientos legalistas y soluciones integrales.

El modelo «ninguna respuesta», como dice su nombre, no proporciona ninguna solución a las barreras comunicativas entre los/las proveedores/as de los servicios públicos y los/las usuarios/as que no conocen las lenguas oficiales. Esto se debe a la negación desde las instituciones de esta necesidad de comunicación. Como no se considera que exista un problema, no se aportan soluciones (Abril Martí, 2006: 95).

El modelo que utiliza «soluciones *ad hoc*» es el modelo que existe hoy en día en España, junto con muchos otros países europeos. Como ya se ha explicado a lo largo de este trabajo, las soluciones *ad hoc* consisten en improvisar una solución en el momento de necesidad, como el uso de intérpretes *ad hoc* o del español simplificado. Esto ocurre cuando no existe una suficiente concienciación sobre la importancia de los servicios de interpretación en los servicios públicos y sobre las consecuencias negativas del uso exclusivo de las soluciones *ad hoc* para garantizar la calidad del servicio. Además, en este modelo no suele haber un sistema de acreditación oficial, por lo que la formación y la experiencia de los/las intérpretes que trabajan en los servicios públicos no está regulado y, en ocasiones, es deficiente. Esta falta de regularización respecto a la formación de los/las profesionales de la interpretación también supone una traba para garantizar la calidad del servicio (Abril Martí, 2006: 95).

El modelo que utiliza «servicios lingüísticos genéricos», como es el caso de Reino Unido, plantea una solución única para el sector público en general. En estos casos en los que hay un solo servicio de interpretación para cubrir las necesidades de todo el sector público existe una falta de continuidad de los/las intérpretes y la continuidad es muy útil en general y prácticamente imprescindible en contextos como el de la salud mental, en el que la continuidad del/de la intérprete a lo largo del tratamiento de un/a paciente tiene grandes beneficios y propicia la creación de una relación asistencial basada en la confianza (Abril Martí, 2006: 95).

El modelo que presenta «soluciones basadas en planteamientos legalistas», como en Estados Unidos, siguen un modelo que se basa en la necesidad de intérpretes en contextos jurídicos. Por este motivo, sus servicios dan prioridad al ámbito jurídico frente al resto (Abril Martí, 2006: 95).

Por último, el modelo que presenta unos «servicios integrales», como en Australia y en Suecia, utiliza soluciones basadas en un planteamiento global, es decir, que se basa en tres

pilares: la organización de los servicios como tal, la formación de los/las intérpretes y la acreditación o certificación oficial de los/las profesionales de la interpretación (: 249).

A continuación, se presentarán algunas propuestas de mejora de la situación actual de la interpretación en contextos de salud mental en este país, teniendo en consideración la clasificación mencionada en la página anterior y algunas medidas propuestas por otros/as autores/as.

5.1. Registro de intérpretes profesionales acreditados

Arcos Álvarez (2017: 170) y Corsellis (2015: 104) expresan la necesidad de crear un listado de traductores/as e intérpretes profesionales acreditados/as por la Administración. Esto en España ya se hace con los/las traductores/as e intérpretes jurados/as y el Ministerio de Exteriores y Cooperación gestiona tanto el listado como la acreditación que se les exige a estos/as profesionales. Este tipo de registros de intérpretes ofrecen unas garantías mínimas de calidad de los servicios de interpretación, ya que para poder aparecer en el registro se deben cumplir ciertos estándares de formación y/o de experiencia.

De hecho, en Reino Unido existe un registro de intérpretes que trabajan en los servicios públicos acreditados llamado el *National Register of Public Service Interpreters* (NRPSI), que exige tener formación reglada (en concreto el DPSI, del de hablaremos más adelante) y experiencia. Esto permite que las personas e instituciones que necesiten contratar a un intérprete puedan acceder a este listado y de este modo tener la garantía de que el servicio que están contratando es un servicio profesional y de calidad.

5.2. Acreditación oficial para la interpretación en los servicios públicos

Numerosos/as autores/as resaltan la importancia de un sistema de acreditación para la traducción y la interpretación en los servicios públicos. Ortega Herráez (2006) explica que «el sistema de acreditación profesional es fundamental de cara a garantizar un mínimo de calidad y competencia en el desempeño de la interpretación» (: 99). Esto es algo que se lleva haciendo durante décadas en otros países, como Reino Unido, Australia y Suecia.

En Reino Unido disponen de un instituto de acreditación independiente que se encarga de gestionar las acreditaciones y de garantizar la calidad y profesionalidad de los/las intérpretes. Además, cuentan con una acreditación oficial llamada *Diploma in Public Services Interpreting* (DPSI), específica de los servicios públicos, que además cuenta con cuatro especialidades: «derecho inglés, derecho escocés, sanidad y servicios municipales» (: 105-106). Por otro lado, en Australia también existe desde 1977 un instituto de acreditación llamado NAATI (*National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*), que basa su acreditación en tres bases: la traducción y la interpretación son procesos diferentes, la capacidad para comunicarse en dos lenguas no garantiza la capacidad para trabajar de una lengua a la otra y el inglés debe ser parte de la combinación porque es la lengua oficial en Australia (Abril Martí, 2006). La acreditación de la NAATI es generalista, es decir, que hace referencia a la traducción e interpretación en general, no únicamente de los servicios públicos, como es el caso de Reino Unido, y consta de cuatro niveles de acreditación. Por último, en Suecia también existen exámenes de acreditación generalistas de la traducción y la interpretación, que repercuten directamente en la remuneración de los/las profesionales, y una formación reglada estrechamente relacionada con esta acreditación (Abril Martí, 2006).

Como explica Sales Salvador (2008: 80), en España hay una falta de profesionalización de los/las intérpretes debido a la falta de acreditación y de formación reglada. En los últimos años, sin embargo, se han llevado a cabo proyectos de formación

específica tanto universitaria como en asociaciones. No obstante, como apunta Sales, para mejorar la situación de manera real es necesario el apoyo de la administración, ya sea local o nacional, lo que en los últimos años ha sido complicado porque en este país «no hay una cultura de la diversidad» (: 80). A pesar de las dificultades a las que se enfrenta la profesionalización de los/las traductores/as e intérpretes, «toda profesionalización parte de una base formativa» (Franco López, 2017: 143).

5.3. Órganos de asistencia lingüística

Arcos Álvarez (2017: 170) expresa la posibilidad de crear órganos de asistencia lingüística en cada ministerio, como tienen las organizaciones internacionales, para que los servicios de traducción e interpretación se puedan gestionar desde la propia Administración. Esto facilitaría la toma de decisiones en temas relacionados con la inmigración y los consecuentes servicios lingüísticos.

Sin embargo, como ya se ha mencionado anteriormente, aunque esta medida tuviese la posibilidad de facilitar las gestiones de algunos ministerios, las políticas gubernamentales al menos por ahora no parecen mostrar interés por la diversidad del país, por lo que la incorporación de esta clase de servicios en los ministerios no parece una solución factible a corto plazo.

5.4. Protocolos de actuación y guías y documentos multilingües

Al centrar la atención en la interpretación en contextos sanitarios en general y de salud mental en particular, la necesidad de disponer de, en primer lugar, protocolos de actuación para el personal sanitario y, en segundo lugar, guías y documentos en distintas lenguas, se hace evidente.

Por un lado, la redacción de protocolos de actuación específicos que recojan las necesidades y las herramientas disponibles para cada centro es imprescindible. Por una parte, la existencia de protocolos de actuación en caso de que un/a paciente no tenga un dominio suficiente de la lengua oficial guiaría al personal sanitario en cómo actuar y facilitaría enormemente su trabajo. Es importante regular cómo deben actuar los/las profesionales de la salud mental ante este tipo de situaciones para que se garanticen los derechos de las personas inmigrantes a recibir estos servicios en su lengua. Además, en estos protocolos se deben presentar las posibles soluciones para las barreras lingüísticas, como los servicios de mediación e interpretación a disposición del centro, y pautas para trabajar con estos/as mediadores/as e intérpretes.

Por otro lado, como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, los documentos multilingües facilitan el trabajo de los/las profesionales de la salud y la prestación de servicios de calidad a los/las pacientes. La encuesta a los/las profesionales de la salud en la que se basa este trabajo muestra que no es habitual tener documentos traducidos en los centros de salud mental, pero cada vez más centros sanitarios y hospitales cuentan con documentos, guías y panfletos traducidos, algunos incluso tienen a traductores como parte de la plantilla, lo que permite generar textos traducidos con mucha facilidad. La información que un/a paciente debe recibir en este tipo de contextos es esencial y, por ello, es necesario que la reciba en una lengua en la que tenga un dominio absoluto. Además, se debe tener en cuenta el derecho de toda persona a conservar su lengua y a recibir los servicios públicos en ella.

En definitiva, disponer en los centros de salud mental y en los hospitales de textos traducidos a distintas lenguas es muy beneficioso tanto para el personal sanitario como para el/la paciente y además es muy sencillo de gestionar.

5.5. Formación sobre multiculturalidad y cómo trabajar con intérpretes para los/las profesionales de la salud mental

El desarrollo de formación y cursos sobre multiculturalidad y sobre cómo trabajar con intérpretes y mediadores/as interculturales sería de gran utilidad y enormemente beneficioso para el desarrollo de la profesión de intérpretes y mediadores/as. Esto se debe a que la concienciación parte de la formación, de educar a la gente sobre la importancia de tratar a los/las pacientes con un bajo o nulo dominio del español en su propia lengua. La creación de cursos al respecto irremediablemente abriría caminos y, además, esta formación ayudaría a los/las profesionales de la salud mental a lidiar con situaciones de multiculturalidad y multilingüismo con más eficacia y conciencia.

En otros países, como Australia, el propio Ministerio de Sanidad en su página web pone a disposición de sus habitantes protocolos, vídeos formativos y guías informativas sobre cómo trabajar con intérpretes.

Como muestran la encuesta realizada al personal sanitario de este trabajo, la mayoría está interesada en recibir formación relacionada con esta temática, por lo que sería un proyecto factible.

5.6. Servicios específicos de interpretación incorporados a centros de salud mental que tengan una necesidad habitual de estos servicios

En la encuesta a los/las profesionales de la salud en la que se basa este estudio puede observarse que no todos/as tratan a personas con bajo dominio del español de manera habitual. Esto se debe a que cada centro tiene su situación y sus necesidades. Por lo tanto, no todos los centros necesitarían la incorporación de un servicio específico de interpretación. Sin embargo, en esta misma encuesta se muestra que la incorporación de intérpretes a la plantilla del centro es una de las soluciones más repetidas por el personal sanitario para solucionar las dificultades que supone para ellos/as trabajar con un/a intérprete. Esto muestra que, aunque no todos los centros requieran de un servicio de interpretación incorporado en ellos, sí que existe personal sanitario que trata con personas con un bajo dominio de las lenguas oficiales de manera habitual que consideraría la incorporación de este servicio una muy buena solución a las barreras lingüísticas y culturales con las que lidia semanalmente.

Ya existen centros sanitarios y hospitales que han detectado la necesidad de un servicio de interpretación propio y que lo han implantado, ya sea creando el servicio en el propio centro o emparejándose con una asociación que se lo proporcione. Franco López (2017: 143) explica el caso de un hospital de Sevilla que, ante la necesidad de servicios de interpretación habituales, creó su propio servicio de interpretación incorporado en el propio hospital. Esto tiene numerosos beneficios, como la continuidad de los/las intérpretes o la posibilidad de que el propio hospital dé a sus intérpretes la formación específica que crean necesaria. Además, en este caso, se facilita enormemente la accesibilidad de los/las profesionales de la salud a los servicios de interpretación.

5.7. Condiciones laborales y asociativas de los/las intérpretes

Por supuesto, para que se profesionalice la interpretación en los servicios públicos y mejore la situación de la profesión en general, es esencial que mejoren las condiciones laborales de sus trabajadores/as.

En primer lugar y en referencia al ámbito sanitario, sería conveniente que se dejase de depender del voluntariado y que estas personas pudiesen dedicarse de manera profesional a

su trabajo. Las tarifas de interpretación en los servicios públicos deberían ser fijas y estar establecidas por la Administración o por los/las intérpretes, pero no por empresas intermediarias. En Suecia, por ejemplo, la profesión consta de tres remuneraciones diferentes y los/las intérpretes reciben una u otra dependiendo directamente de su nivel de formación y experiencia, igual que ocurre en otras profesiones.

Con el objetivo de profesionalizar el trabajo de los/las intérpretes, es recomendable desarrollar un único código deontológico bajo el que trabajasen todos/as los/as profesionales de la interpretación en los servicios públicos (Corsellis, 2015: 105), con capítulos y apartados específicos para cada ámbito, ya que se rigen por normas y necesidades diferentes. En Australia tienen el Código deontológico de AUSIT (*Australian Institute of Interpreters and Translators*), que recoge de manera general las obligaciones y las funciones de todo/a intérprete y traductor/a.

Por último, para hacer posible todo lo mencionado en este apartado, sería beneficioso la formación de un colegio profesional, como solicita Arcos Álvarez (2017: 170), para que este organismo se encargase de gestionar y regular la situación de la profesión.

5.8. Observaciones finales

Estas propuestas, inspiradas en modelos de actuación de otros países con una trayectoria mayor en el tema de la interpretación en los servicios públicos y en otras propuestas reivindicadas por algunos/as expertos/as en el tema, sirven para visualizar el camino que podría seguirse en los próximos años con el objetivo de mejorar la situación de la profesión de intérprete en los servicios públicos.

Algunas propuestas son más fáciles que otras y, desde luego, ninguna puede realizarse de un día para otro, pero en España ya existen proyectos y grupos que luchan para que todo esto se cumpla. Es imprescindible que con los años se siga para adelante, aprovechando todo lo que se ha conseguido e intentando mejorar y avanzar.

6. Conclusiones

Este trabajo de fin de máster es una investigación sobre la interpretación en contextos de salud mental en España. Los objetivos principales eran averiguar la situación de la interpretación en contextos de salud mental en este país y proponer pautas de actuación mediante la investigación y la comparación con otros sistemas de países con mayor recorrido en este ámbito. Para lograr el primer objetivo, se realizaron dos encuestas: una para los/las profesionales de la salud mental y la otra para los/las intérpretes que han trabajado o trabajan en contextos de salud mental.

A lo largo del proceso de investigación se han cumplido los objetivos, ya que se ha podido dar una imagen general de la situación actual de la interpretación en contextos de salud mental en España a través de las opiniones y las vivencias de las personas encuestadas. Además, a través de las opiniones de otros/as autores/as y de la comparación de nuestro modelo de actuación con los modelos de otros países, se ha conseguido la selección de varias propuestas de actuación que podrían ser de gran utilidad para la profesión y para la prestación adecuada de los servicios sanitarios a inmigrantes con un bajo dominio del español.

Aunque las conclusiones concretas de cada apartado ya se han recogido a lo largo del trabajo, en este último capítulo de la presente investigación se desarrollarán las conclusiones más relevantes extraídas a partir de los resultados recogidos en este trabajo.

Respecto a las estrategias de comunicación, a partir de los resultados extraídos de la encuesta al personal sanitario se puede concluir que las estrategias que más utilizan los/las profesionales de la salud mental en general son las soluciones *ad hoc*, como el español simplificado o los/las intérpretes *ad hoc*, es decir, amigos/as o familiares del/de la paciente. Esto coincide con lo ya afirmado por otros estudios anteriores. Lo sorprendente es que muchas de las personas encuestadas no habían trabajado con intérpretes nunca y, sin embargo, sí trataban de manera habitual o al menos de vez en cuando con personas sin un dominio suficiente del español, lo que refleja el uso deficiente que se hace de los servicios de interpretación y mediación en contextos de salud mental, sustituyéndolos por soluciones *ad hoc*, como ya se ha mencionado.

Estos datos que se acaban de exponer verifican la primera y la segunda hipótesis de este trabajo, que defendían que en contextos de salud mental los servicios de interpretación y mediación se usan menos de lo que se necesitan y que en vez de los servicios de interpretación y mediación, se usan soluciones *ad hoc* para satisfacer las necesidades de comunicación.

Por otra parte, fue curioso comprobar que en general los/las profesionales de la salud mental preferían el uso de estas soluciones *ad hoc* al uso de intérpretes o mediadores/as. Esto podría entenderse en parte por su poca experiencia con intérpretes. Sin embargo, las personas que sí habían tenido experiencias con intérpretes no elegían la interpretación profesional como sus preferencias. Esto refleja la falta de concienciación sobre la necesidad de una interpretación fiable y neutra para garantizar la calidad del servicio.

En cuanto a las entrevistas previas y posteriores, lo cierto es que el personal sanitario encuestado se mostraba totalmente abierto a realizarlas. El problema que les surge a los/las profesionales de la salud mental en este aspecto es la variable del tiempo, y es que no tienen tiempo suficiente como para dedicarle unos minutos antes y después de la consulta al/a la intérprete, cuando ya de por sí una consulta con intérprete suele durar un poco más de lo habitual. De todos modos, los/las profesionales tanto de la salud mental como de la interpretación son conscientes de lo beneficiosas que son estas reuniones entre

profesionales para poner en común las estrategias que se usarán en la consulta y los objetivos de esta. Además, también resaltan que estas reuniones ayudan a garantizar el trabajo en equipo entre profesionales.

Este trabajo en equipo entre profesionales es esencial para el buen funcionamiento de la sesión, como explican muchos/as autores/as mencionadas a lo largo del presente trabajo. Si ambos/as profesionales persiguen el mismo objetivo y utilizan las mismas estrategias, el resultado de la sesión será irremediamente más útil y de mayor calidad.

Respecto a la formación, la conclusión principal que querríamos resaltar, ya que la importancia de la formación en sí es una idea muy compartida y estudiada, es que la formación de los/las intérpretes en temas de salud mental y la formación de los/las profesionales de la salud mental en temas de multiculturalismo y sobre cómo tratar con intérpretes por separado, es decir, que un/a profesional la tenga y el/la otro/a no, es absolutamente insuficiente. La combinación que supone el mayor beneficio y que ayuda al desarrollo de la sesión y del servicio es aquella en la que tanto el/la intérprete como el personal sanitario tienen formación para trabajar en ese contexto multicultural en contextos de salud mental. La formación bilateral beneficia el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo, dos de las soluciones que aportó el personal sanitario en la encuesta en la que se basa este trabajo.

Siguiendo con el tema de la formación y como muestran los resultados de las encuestas, afortunadamente la mayor parte de la muestra encuestada, tanto intérpretes como profesionales de la salud mental, tiene un gran interés por recibir formación de este tipo. Este creciente interés por el tema refleja la creciente importancia que se le da a la interpretación en contextos de salud mental a nivel social.

En cuanto a la importancia del lenguaje en contextos de salud mental, tanto en el marco teórico como en el capítulo de análisis de los resultados se subraya la necesidad de la información lingüística para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. En el marco teórico esta importancia se explica en palabras de autores/as como MacSuibhne (2012), Drennan y Swartz (2002) y Hlavac (2017), que recogen los peligros y los beneficios de no entenderse respectivamente en contextos de salud mental. Por otra parte, en los resultados de las encuestas en las que se fundamenta el presente trabajo se puede observar que la gran mayoría de las dos muestras considera que el lenguaje es imprescindible para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados. La variable del lenguaje adquiere una complejidad especial en contextos de salud mental, ya que las barreras comunicativas no siempre se deben a diferencias en las lenguas, sino también a la diversidad funcional de los/las pacientes. Sin embargo, a pesar de estas barreras añadidas que puede haber en ocasiones, el lenguaje y la lengua siguen siendo las herramientas principales de diagnóstico y de tratamiento.

Estos datos que se acaban de exponer verifican la tercera hipótesis de este trabajo, que decía lo siguiente: la información lingüística es esencial para un diagnóstico y tratamiento de calidad en salud mental.

Otro tema principal de este trabajo que nos ha suscitado mucho interés es cómo se ve afectada la relación asistencial debido a la presencia de un/a intérprete. Se trata de un tema muy complejo sobre el que se han realizado numerosos estudios. La conclusión a la que se ha llegado al respecto a lo largo del presente trabajo es que la integridad de la relación asistencial es una de las preocupaciones principales de los/las profesionales de la salud mental a la hora de trabajar con un/a intérprete, como se ha demostrado en la encuesta, y que, efectivamente, la presencia de una tercera persona puede afectar a esta relación entre personal sanitario y paciente. No obstante, la falta de comunicación afecta a esta relación e impide la prestación de un servicio de calidad, por lo que la presencia de

un/a intérprete en estas situaciones es inevitable. Una vez dicho esto, tanto el/la intérprete como el/la profesional de la salud deben gestionar las relaciones y las dinámicas que se crean en la sesión para intentar gestionar la calidad de la relación asistencial entre el/la paciente y el personal sanitario.

Respecto a las condiciones laborales de los/las intérpretes, los resultados de la encuesta afirman lo que ya habían concluido otros estudios mencionados a lo largo del presente trabajo: que los servicios de interpretación suelen contratarlos y gestionarlos las asociaciones y las ONG y que los/las intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario suelen ser, en su mayoría, voluntarios/as. Esta situación es un reflejo de la falta de profesionalización de la interpretación y de todo el trabajo que queda por hacer.

A partir de las dificultades que ellos/as mismos/as expusieron, los/las profesionales de la salud mental propusieron posibles soluciones, algunas de las cuales se han usado posteriormente para redactar el capítulo de propuestas de actuación. Algunas de las soluciones que recogió el personal sanitario en la encuesta son temas de gran relevancia en este ámbito ya recogidos en estas conclusiones, como la realización de las entrevistas previa y posterior, el fomento del trabajo en equipo entre profesionales, que la Administración le dé una mayor importancia a la interpretación y a la mediación, la incorporación de intérpretes permanentes vinculados a servicios concretos, la contratación y formación de intérpretes por parte de los mismos centros de salud mental, etc. En este trabajo consideramos de vital importancia escuchar las opiniones de los/las profesionales para lograr un entendimiento más profundo de la situación real y de las necesidades que se dan en el ámbito de la salud mental.

Para la mejora de la situación, es imprescindible la existencia de material al respecto en los centros de salud mental, a disposición de los/las profesionales de la salud mental y de los/las pacientes. Por una parte, es esencial la elaboración de protocolos de actuación específicos para cada centro, según sus posibilidades, sobre cómo el personal sanitario debe actuar si se presenta una situación en la que un/a paciente o familiar no tenga un dominio suficiente del español. De este modo, se les proporciona herramientas a los/las profesionales de la salud para que puedan atender a estas personas con una garantía de calidad y para que no se vean obligados/as a «hacer lo que puedan». Además, si se regula cómo se debe actuar en estas situaciones, es menos probable que ocurran situaciones discriminatorias hacia los/las pacientes. En estos protocolos deben enumerarse las estrategias a disposición del personal sanitario y debe explicarse cómo contactar y cómo trabajar con intérpretes y mediadores/as. Por otra parte, es necesario que en los centros de salud mental existan materiales y documentos traducidos a diferentes lenguas, para que las personas inmigrantes puedan ser informadas en su propia lengua.

Como conclusión final del trabajo, las tres hipótesis presentadas al principio del proceso de investigación se verifican a través de lo expuesto a lo largo del presente estudio. Por lo tanto, se podría concluir que los servicios de interpretación y de mediación están infrutilizados en contextos de salud mental; que en lugar de usar intérpretes profesionales, se tiende a usar soluciones *ad hoc*, como el español simplificado o los/las intérpretes *ad hoc*, y que esta situación debería cambiar porque la información lingüística es esencial para el buen desarrollo del servicio sanitario en contextos de salud mental.

Llegados/as a este punto, es necesario exponer las limitaciones que presenta este trabajo. A pesar de las limitaciones de espacio y de tiempo de esta investigación, consideramos que el resultado es suficientemente completo y claro para explicar brevemente el contexto de la interpretación en salud mental. El presente trabajo pretende ser un primer estudio, una base, para futuras investigaciones. A partir de este trabajo, se abren diferentes posibilidades de investigaciones futuras. Por mencionar algunos de estos

temas, debería profundizarse en el papel de la cultura en el diagnóstico en salud mental y en la opinión que suscita este papel en los colectivos de intérpretes y de personal sanitario; en las propuestas de actuación y cómo llevarlas a cabo, y en propuestas de protocolos específicos en colaboración con algún centro de salud mental. Por otra parte, las muestras de las dos encuestas son muy restringidas, por lo que puede no considerarse representativo de las poblaciones que representan. Futuras investigaciones deben incluir un número mayor de personas encuestadas para que los resultados sean más representativos y útiles.

No querríamos terminar este trabajo sin agradecer inmensamente la colaboración de todas las personas que han querido participar en este estudio a través de las encuestas, tanto al personal sanitario como a los/las intérpretes sanitarios/as. En especial querría agradecer la disponibilidad de los y las profesionales de la salud mental, a pesar del momento de gran dificultad en los que se encuentran debido a la crisis sanitaria provocada por la enfermedad Covid-19. Sin vuestra amabilidad y vuestra disponibilidad no habría sido posible este trabajo.

A su vez, querría hacer una mención especial a las condiciones en las que trabajan todos/as aquellos/as que realizan sus servicios en la sanidad pública, tanto personal sanitario como intérpretes y el resto de personal no sanitario, que sufren una creciente falta de recursos y de financiación y que, a pesar de ello, se esfuerzan por que todos/as recibamos unos servicios de calidad.

7. Bibliografía

- 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. Granada: Universidad de Granada. Disponible en: <https://bit.ly/2YMx7xs>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Abril Martí, M. I. (2015) La interpretación en contextos de violencia de género con referencia al caso español. *TRANS. Revista de Traductología*, 1 (19), 77-94. Disponible en: <https://cutt.ly/oycIQ1b>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., y Espeso, D. (2017) Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental*, 15 (57), 13-23. Disponible en: <https://bit.ly/2L8omFM>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Alonso Araguás, I. (2006) Nuevos desafíos y viejos problemas: algunos antecedentes históricos de la mediación lingüística y la interculturalidad en la España contemporánea. *Revista Española de Lingüística Aplicada*, 1 (extra), 15-28. Disponible en: <https://bit.ly/2SLKAI0>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Arcos Álvarez, L. (2017) Adaptación a la Nueva Realidad Sociocultural en España: Propuestas para la Mejora de la Asistencia en Traducción e Interpretación Jurídica en los Servicios Públicos. *FITISPos International Journal*, 4, 162-173. Disponible en: <https://bit.ly/35Nv3GP>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Asamblea General de la ONU (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris. Disponible en: <https://bit.ly/3chkQ87>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- AUSIT (2012) *AUSIT Code of Ethics and Code of Conduct*. Disponible en: <https://bit.ly/3bgSr0o>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Baigorri Jalón, J., Alonso Araguás, I., Canas Remesal, R., Otero Moreno, C. y Russo, M. (2006) Notas sobre la interpretación en los servicios públicos de salud en Castilla y León. *Revista española de lingüística aplicada*, 1 (extra), 175-186. Disponible en: <https://bit.ly/2yD2SOH>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Blais, L. (2002) Los movimientos sociales y la desinstitucionalización psiquiátrica. El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Canadá: la experiencia en Ontario. *Cuadernos de Trabajo Social*, 15, 63-81. Disponible en: <https://bit.ly/2WGkLnA>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Burdeus Domingo, N. (2010) *Interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en la provincia de Barcelona*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en: <https://bit.ly/2xHXvNE>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- CIBERSAM (2017, 7 de abril). Menos de un tercio de las personas con depresión en España recibe un tratamiento adecuado. *CIBERSAM Noticias*. Disponible en: <https://bit.ly/2LbeoDD>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) (2019) *Informe 2019: Las personas refugiadas en España y Europa*. Madrid: CEAR. Disponible en: <https://bit.ly/3bkhY8V>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) (2019) *Traducción e interpretación*. Disponible en: <https://bit.ly/2T0Aqxa>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Collazos Sánchez, F., Mantilla Reyes, M. F. y Ortega Hernández, G. (2018). Migración y psicosis. *Revista de enfermería y salud mental*, 11, 22-29. Disponible en: <https://bit.ly/3fuxBhv>. [Última consulta: 08 mayo 2020].

- Cornes, A., y Napier, J. (2005) Challenges of mental health interpreting when working with deaf patients. *Australasian Psychiatry*, 13 (4), 403-407. Disponible en: <https://cutt.ly/AycIXmJ>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Corsellis, A. (2008) *Public Service Interpreting. The First Steps*. Londres: Palgrave Macmillan, 128-142.
- Corsellis, A. (2003) Formación de los proveedores de servicios públicos para trabajar con intérpretes y traductores. Habilidades y competencias interculturales. En: *Traducción e interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Ed. por Valero Garcés, C. Granada: Comares, 180-191.
- Corsellis, A. (2015) Strategies for progress: Looking for firm ground. *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*, 7, 101-114. ISSN: 1889-4178. Disponible en: <https://bit.ly/3beh8uz>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de octubre de 2010 relativa al derecho a interpretación y a traducción en los procesos penales *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2010, núm. 280. Disponible en: <https://bit.ly/2yDOaHe>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Drennan, G., y Swartz, L. (2002) The paradoxical use of interpreting in psychiatry. *Social Science & Medicine*, 54 (12), 1853-1866. Disponible en: <https://bit.ly/3chNiXd>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Echauri Galván, B. (2016) *Pautas para la mejora de la comunicación bilingüe y bicultural en salud mental: terminología especializada y elementos pragmáticos*. Tesis doctoral. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Disponible en: <https://bit.ly/3cixR13>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- EFE (2018, 28 de mayo). Medio millón de personas padecen desórdenes mentales en España. *La Vanguardia*. Disponible en: <https://bit.ly/2xPTyGW>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- España. Constitución Española (1978) *Boletín Oficial del Estado*, 311: 4. Disponible en: <https://cutt.ly/5ycOp7Q>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de octubre de 2011, núm. 240. Disponible en: <https://bit.ly/3fvn8m2>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 2002, núm. 274, pp. 40126-40132. Disponible en: <https://bit.ly/2zhXz7k>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- España. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado*, 2000, núm. 10, pp. 8-36. Disponible en: <https://bit.ly/2yw9pLc>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- España. Ley Orgánica 5/2015, de 27 de abril, por la que se modifican la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para transponer la Directiva 2010/64/UE, de 20 de octubre de 2010, relativa al derecho a interpretación y a traducción en los procesos penales y la Directiva 2012/13/UE, de 22 de mayo de 2012, relativa al derecho a la información en los procesos penales. *Boletín Oficial del Estado*, 2015, núm. 101, pp. 36559-36568. Disponible en: <https://bit.ly/3blZntv>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- España. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 2012, núm. 98. Disponible en: <https://bit.ly/3dlVkyu>. [Última consulta: 08 mayo 2020].

- Franco López, M. (2017) La interpretación hospitalaria: realidad, características, aspectos formativos. *Panace@*, 18 (46), 142-148. Disponible en: <https://bit.ly/2SOkbmL>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Gallardo, A. (2017, 6 de noviembre). Francisco Collazos: "Hay un exceso de diagnósticos de psicosis entre los inmigrantes". *El Periódico*. Disponible en: <https://bit.ly/2SLD4qq>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- García Luque, F. (2009) La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: realidad social y reto pedagógico. *REDIT Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación*, 3, 18-30. Disponible en: <https://bit.ly/2AbqIBF>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Gobierno vasco (2008a) *Recomendaciones para la asistencia médica al adulto inmigrante*. Vitoria, España: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Disponible en: <https://bit.ly/2YMzfoK>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Gobierno vasco (2008b) *Recomendaciones para la asistencia médica al niño inmigrante*. Vitoria, España: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Disponible en: <https://bit.ly/2LbVYTq>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- González García, E. (2006) Traducción e interpretación en los servicios públicos de la zona norte: estado de la cuestión. *Revista española de lingüística aplicada*, 1, 151-174. Disponible en: <https://cutt.ly/HycIcSh>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Hlavac, J. (2017) *Mental Health Interpreting Guidelines for Interpreters*. Monash University. Disponible en: <https://bit.ly/2ytvxpv>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Hurtado Albir, A. (2011) *Traducción y traductología, quinta edición revisada*. Madrid: Cátedra.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020) *Población extranjera por sexo, comunidades y provincias y nacionalidad*. Disponible en: <https://bit.ly/2A3iKu7>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020) *Población residente en España*. Disponible en: <https://bit.ly/3fyMX4L>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- IMIA (2010) *IMIA Guide on Medical Interpreter Ethical Conduct*. IMIA. Disponible en: <https://bit.ly/3drml1u>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Kantara. *Codice di comportamento del mediatore linguistico culturale*. Kantara. Disponible en: <https://bit.ly/3ds0qJB>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Lázaro Gutiérrez, R., y Tejero González, J. M. (2017) Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Panace@*, 18 (46), 97-107. Disponible en: <https://cutt.ly/2ycOru5>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Leanza, Y., Miklavcic, A., Boivin, I., y Rosenberg, E. (2014) Working with interpreters. En *Cultural consultation*. Ed. por L. J. Kirmayer, J. Guzder y C. Rousseau. New York: Springer, 89-114. Disponible en: <https://bit.ly/2LdE2aU>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- MacSuihbne, S. (2012) Interpreting in psychiatry: a clinician's perspective. Commentary on the need for measurable standards in mental health interpreting. *The Psychiatrist*, 36 (4), 124-125. Disponible en: <https://bit.ly/2T3FyRp>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Martínez Moneo, M., y Martínez Larrea, A. (2006) Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 63-75. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2WC1zdf>. [Última consulta: 08 mayo 2020].

- Mikkelson, H. (2014) Evolution of Public Service Interpreter Training in the U.S. *FITISPos International Journal*, 1, 9-22. Disponible en: <https://bit.ly/35IC63J>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Monleón Moscardó, A., Boehnlein, J. K., Sanz Carrillo, C., Kinzie, D. J., Monleón Moscardó, P. y Florensa Becana, M. (2009) Modelo biopsicosocial en manejo del trastorno por estrés postraumático en inmigrantes: "Centro de tratamiento de personas sometidas a tortura de Oregón" ¿se necesitan centros específicos en nuestro país? *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 198, 265-276. Disponible en: <https://bit.ly/35MCzBY>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Mora Castro, A. (2005) La participación social de las personas inmigrantes en el ámbito de la salud: mediación sociosanitaria e intervención psicosocial. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, 12. Disponible en: <https://cutt.ly/5ycljK2>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Muñoz Martínez, R. (2013) Mediación intercultural frente a la desigualdad en el acceso y disfrute a los cuidados sanitarios institucionales. Algunas consideraciones sobre las praxis profesionales en Bélgica y España. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, 33, 97-125. Disponible en: <https://bit.ly/2LduIUu>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Navaza, B. (2014) Interpretación sanitaria y mediación intercultural. En *La importancia del lenguaje en el entorno biosanitario*. Ed. por Gutiérrez Rodilla, B. y Navarro, F. Fundación Dr. Antonio Esteve: 9-16. Disponible en: <https://bit.ly/2WzsST4>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- NCIHC (2004) *A National Code of Ethics for Interpreters in Health Care*. NCIHC. Disponible en: <https://bit.ly/2xQleeQ>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- NICEM. *NICEM Code of Conduct for Interpreters*. NICEM. Disponible en: <https://bit.ly/3cg2kwF>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- NIHSSIS (2004) *Code of Ethics and Good Practice Guidelines for Interpreters*. NIHSSIS. Disponible en: <https://bit.ly/2YMBvfG>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Organización Mundial de la Salud –OMS– (2017) *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Disponible en: <https://bit.ly/2WDW5wb>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Ortega Herráez, J.M. (2006) *Análisis de la práctica de la interpretación judicial en España: el intérprete frente a su papel profesional*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada. Disponible en: <https://bit.ly/2LdssMZ>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Ortega Herráez, I., Abril Martí, M., y Martín, A. (2009) Community interpreting in Spain. A comparative study of interpreters' self perception of role in different settings. *The Critical Link 5: Quality in interpreting a shared responsibility*, 87, 149. Disponible en: <https://bit.ly/35PdICY>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Pena Díaz, C., Echauri Galván, B., y Olivares Leyva, M. (2014) Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario: habilidades y conocimientos. *Tonos Digital*, 26 (0). Disponible en: <https://cutt.ly/pyclH5A>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Qureshi, A., Revollo, H. W., Collazos, F., Visiers, C. y El Harrak, J. (2009) La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*, 35, 56-66. Disponible en: <https://bit.ly/3ceBEww>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Ra, Sophia. (2018) Intercultural Communication Challenge: The Interpreter's Role in Health Care Interpreting. En *Redefining Translation and Interpretation in Cultural*

- Evolution*. Ed. Por Seel, O. I. Pensilvania: IGI Global, 258-273. Disponible en: <https://bit.ly/2SLkwGY>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Raga Gimeno, F. (2013) Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí. *Revista de Comunicación y Salud*, 3 (1), 5-17. Disponible en: <https://bit.ly/2L5EAzs>. [Última consulta: 07 mayo 2020].
- Raga Gimeno, F. (2006) Grupo CRIT. Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario. *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA)*, 1 (extra), 217-230. Disponible en: <https://bit.ly/2YKBOiU>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Sales, D. (2008) Mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos: ¿Europa intercultural? *Pliegos de Yuste, Revista de Cultura y Pensamiento Europeos*, 7-8, 77-82. Disponible en: <https://bit.ly/3drjsQj>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Sanz Moreno, R. (2017) Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula. *Panace@*, 18 (46), 114-122. Disponible en: <https://cutt.ly/QycOuiH>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Sayed Ahmad Beirut, N. (2008) La inmigración en la encrucijada de la adaptación. *Norte de Salud mental*, 7 (32). Disponible en: <https://bit.ly/2znNsxE>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Toledano Buendía, C., Fumero, M. C., y Díaz Galán, A. (2006) Traducción e interpretación en los servicios públicos: situación en la comunidad autónoma Canaria. *Revista Española de Lingüística Aplicada*, 1, 187-203. Disponible en: <https://bit.ly/2SOlgLg>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Toledano Buendía, C., Abril Martí, M. I., Del Pozo Triviño, M. y Aguilera Ávila, L. (2015) Hacia una especialización en interpretación en el ámbito de la violencia de género: investigación, formación y profesionalización. *MonTI, Monografías de Traducción e Interpretación*, 2, 139-160. Disponible en: <https://bit.ly/2YHVHiU>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Tomé da Mata, E. (2013) La mediación intercultural: profundizando en el concepto de cultura. *Revista Internacional de Pensamiento Político*, 8, 311-318. Disponible en: <https://cutt.ly/oycIS42>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Ugarte i Ballester, X. (2015) María Isabel del Pozo Triviño and Elisa Gómez López. 2012. Traducción e Interpretación Nos Servicios Públicos e Asistenciais de Galicia. Primeiros Pasos en Investigación. *FITISPos International Journal*, 2, 153-155. Disponible en: <https://bit.ly/2LdiUI7>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Valero Garcés, C., & Dergam, A. (2003) ¿Mediador social= mediador interlingüístico= intérprete? Práctica, formación y reconocimiento social del intérprete en los servicios públicos. En *La evolución de la calidad en Interpretación: docencia y profesión. Actas del I Congreso Internacional sobre Evaluación de la Calidad en Interpretación de Conferencias, Almuñécar, 2001*. Collados Aís, A. et al (eds.). Granada: Comares, 257-266.
- Valero Garcés, C., Sales Salvador, D., y Taibi, M. (2005) Traducir (para) la interculturalidad: Repertorio y retos de la literatura africana, india y árabe traducida, *Tonos Digital: Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, 9. Disponible en: <https://bit.ly/2L7WmlM>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Valero Garcés, C. (2006). Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la zona centro. *Resla, Revista Española de Lingüística Aplicada*, Monográfico, 61-84. Disponible en: <https://bit.ly/2YLoCTk>. [Última consulta: 08 mayo 2020].

- Valero Garcés, C. (2009) Inmigración y servicios de traducción en España. *Lengua y migración*, 1 (2), 57-72. Disponible en: <https://bit.ly/2LdemuS>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Valero Garcés, C. (2014) Introduction. Translation and Interpreting in the Public Services: Crossing the Threshold into Adulthood. *FITISPos International Journal*, 1, 1-8. Disponible en: <https://bit.ly/2WePjOr>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Valero Garcés, C., y Wahl-Kleiser, L. (2014) Desencuentros culturales en el ámbito de la salud: las voces de los profesionales sanitarios y los pacientes extranjeros. *Panace@*, 15 (40), 315-328. Disponible en: <https://cutt.ly/Tycl3AF>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Valero Garcés, C. y Vigier Moreno, F. J. (eds.). Research corner: PSIT events, useful tools, projects. *FITISPos International Journal*, 4, 151-161. Disponible en: <https://bit.ly/2xJzO7I>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Valero Garcés, C. (2018) De la automatización de la traducción y los lenguajes especializados. Apuntes. *Encuentro: revista de investigación e innovación en la clase de idiomas*, 27, 220-232. ISSN 1989-0796. Disponible en: <https://bit.ly/2YKyPPC>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Vargas Urpí, M. (2017) Court Interpreting as a Shared Responsibility: Judges and Lawyers in a Corpus of Interpreted Criminal Proceedings. *Revista Canaria de Estudios Ingleses*, 75, 139-154. Disponible en: <https://bit.ly/3bf0Npt>. [Última consulta: 08 mayo 2020].
- Wotjak, G. (2006) La traducción como comunicación interlingüística transcultural mediada. *Hitama*, 5: 221-253. Disponible en: <https://bit.ly/2xH4DtE>. [Última consulta: 08 mayo 2020].

ANEXO 1: Encuestas a los/las profesionales de la salud mental y a los/las intérpretes

1. Encuesta a los/las profesionales de la salud mental

Interpretación lingüística en contextos de salud mental

En el contexto de un país multicultural, se recogen la opinión y las vivencias de los y las profesionales sanitarios sobre la interpretación y la mediación lingüística en contextos de salud mental para tener una idea más clara de cuál es la situación y de cómo esta podría mejorarse.

Profesión (ej.: psicólogo/a)

Centro de trabajo

1. ¿Con qué asiduidad suele relacionarse con pacientes o familiares con un bajo dominio del español?
 - a. Todas las semanas
 - b. Todos los meses
 - c. De 6 a 11 veces al año
 - d. De 1 a 5 veces al año
 - e. Menos de 1 vez al año
2. En estas ocasiones, ¿qué estrategias de comunicación ha usado?
 - a. Interpretación presencial
 - b. Interpretación telefónica
 - c. Aplicaciones multimedia o traductores automáticos (máquinas)
 - d. Intérpretes *ad hoc* (familiares, amigos, conocidos, etc.)
 - e. Español simplificado
 - f. Profesionales sanitarios bilingües (profesionales que sepan el idioma)
 - g. Otra: ...
3. Cuál de las estrategias anteriores sería su primera opción?

¿Por qué?

4. ¿Y su segunda opción?

¿Por qué?

5. En su centro de trabajo, ¿existe un protocolo de actuación en caso de haber un paciente o familiar con un bajo dominio del español?
 - a. Sí
 - b. No, pero me parece necesario
 - c. No, pero no me parece necesario
 - d. NS/NC
6. En su centro de trabajo, ¿existen documentos (textos informativos, consentimientos informados, etc.) traducidos a otras lenguas?
 - a. Sí
 - b. No, pero se realiza una traducción a la vista de los documentos en español (*La traducción a la vista consiste en que el/la intérprete traduzca el documento a la otra lengua oralmente en el momento, según lo lee)
 - c. No, pero se usan otros medios
 - d. NS/NC

En caso de usarse otros medios, especifique cuáles

7. Según su experiencia, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas?

El lenguaje es imprescindible para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca
- d. NS/NC

La relación asistencial se ve comprometida por la presencia del/de la intérprete.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca
- d. NS/NC

Siento inseguridad por no saber si lo que el/la intérprete dice es fiel a lo que dice el/la paciente.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca
- d. NS/NC

El/la paciente desconfía del/de la intérprete.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca
- d. NS/NC

Se hace un uso adecuado de los servicios de interpretación en contextos de salud mental.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca
- d. NS/NC

La interpretación suele ser de calidad.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca
- d. NS/NC

8. ¿Cuál cree que son las principales dificultades a la hora de trabajar de manera eficaz con un/a intérprete?

- a. Falta de tiempo
- b. Falta de confianza en el/la intérprete
- c. Me siento juzgado por el/la intérprete
- d. No poder crear una relación asistencial de calidad
- e. Falta de conocimientos por parte del/de la intérprete
- f. Otra: ...

9. ¿Qué cree que podría hacerse para superar estas dificultades?

10. ¿Considera beneficioso reunirse con el/la intérprete antes y/o después de la sesión?

- a. Sí
- b. No

¿Por qué?

11. ¿Ha realizado alguna de estas reuniones?

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. Nunca

12. ¿Ha realizado alguna formación sobre multiculturalidad?

- a. Sí
- b. No

Si sí ha realizado alguna formación al respecto, ¿cuál?

Si no ha realizado ninguna formación al respecto, ¿le gustaría hacerla?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

13. ¿Ha realizado alguna formación sobre cómo trabajar de manera eficaz con intérpretes?

- a. Sí
- b. No

Si sí ha realizado alguna formación al respecto, ¿cuál?

Si no ha realizado ninguna formación al respecto, ¿le gustaría hacerla?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

14. ¿Considera que los y las intérpretes disponen de suficiente información para trabajar en contextos de salud mental?

- a. Sí
- b. No
- c. NS/NC

15. La interpretación profesional en contextos de salud mental es...

Prescindible 1 2 3 4 5 Imprescindible

¿Observaciones?

Esta encuesta es anónima pero, si así lo desea, puede dejar su correo electrónico para futuras consultas en relación con este estudio

2. Encuesta a los/las intérpretes

Interpretación lingüística en contextos de salud mental

En el contexto de un país multicultural, se recogen la opinión y las vivencias de los y las profesionales de la interpretación y la mediación lingüísticas en contextos de salud mental para tener una idea más clara de cuál es la situación y de cómo esta podría mejorarse.

Sus lenguas de trabajo

Comunidad autónoma en la que realiza sus servicios

1. ¿Con qué asiduidad suele realizar encargos en contextos de salud mental?
 - a. Todas las semanas
 - b. Todos los meses
 - c. De 6 a 11 veces al año
 - d. De 1 a 5 veces al año
 - e. Menos de 1 vez al año
2. En estos casos, ¿qué estrategia comunicativa se utilizó?
 - a. Interpretación presencial
 - b. Interpretación telefónica
 - c. Otra: ...
3. ¿Quién suele contratar sus servicios como intérprete?
 - a. Paciente
 - b. Profesional de la salud mental
 - c. Asociación/ONG
 - d. Institución pública
 - e. Clínica o centro privado
 - f. Empresa intermediaria de interpretación
 - g. Otra: ...
4. ¿Cuáles son sus condiciones de trabajo? (Marque todas las casillas que se ajusten a su situación)
 - a. Trabajo por cuenta propia
 - b. Trabajo por cuenta ajena
 - c. No tengo contrato
 - d. Soy voluntario/a
 - e. Cobro un salario justo
 - f. Trabajo sin remuneración
5. ¿Considera beneficioso reunirse con el personal sanitario antes y/o después de la sesión?
 - a. Sí
 - b. No

¿Por qué?

6. ¿Ha realizado alguna de estas reuniones?
 - a. Siempre
 - b. Algunas veces
 - c. Nunca
7. Según su experiencia, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas?
El lenguaje es imprescindible para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados.
 - a. Siempre
 - b. A veces
 - c. Nunca
 - d. NS/NC

La relación asistencial se ve comprometida por la presencia del/de la intérprete.

- e. Siempre
- f. A veces
- g. Nunca
- h. NS/NC

Siento inseguridad por no saber si lo que el/la intérprete dice es fiel a lo que dice el/la paciente.

- e. Siempre
- f. A veces
- g. Nunca
- h. NS/NC

El/la paciente desconfía del/de la intérprete.

- e. Siempre
- f. A veces
- g. Nunca
- h. NS/NC

Se hace un uso adecuado de los servicios de interpretación en contextos de salud mental.

- e. Siempre
- f. A veces
- g. Nunca
- h. NS/NC

La interpretación suele ser de calidad.

- e. Siempre
- f. A veces
- g. Nunca
- h. NS/NC

8. ¿Ha realizado alguna formación sobre el trato con personal sanitario?

- a. Sí
- b. No

Si sí ha realizado alguna formación al respecto, ¿cuál?

Si no ha realizado ninguna formación al respecto, ¿le gustaría hacerla?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

9. ¿Considera que los y las profesionales de la salud disponen de suficiente información para trabajar con intérpretes?

- a. Sí
- b. No
- c. NS/NC

10. La interpretación profesional en contextos de salud mental es...

Prescindible 1 2 3 4 5 Imprescindible

¿Observaciones?

Esta encuesta es anónima pero, si así lo desea, puede dejar su correo electrónico para futuras consultas en relación con este estudio.

ANEXO 2: Traducción al inglés de un extracto del trabajo

1. Introduction

1.1. Background of the study

This paper studies interpreting in public services, specifically in mental health contexts. Interpreting consists, broadly speaking and in a rather simplified manner, of the transfer of linguistic information from one language to another in an oral form. It is undeniable that in the last twenty years the foreign population has increased in Spain and that, nowadays, it forms an important part of our society. According to the INE (Spanish National Institute of Statistics) (2020), Spain had 47,100,396 inhabitants in 2019 and, of these people, 5,423,198 were foreign citizens. Therefore, it could be said that around 11.5 % of the resident population in Spain is foreign. Moreover, this percentage only reflects the number of people registered, since it is based on the data from the census. However, in Spain there is an important community of immigrants in an irregular situation, who are not included in this percentage, but who still are residents of this country.

This country is based on a Welfare State, by which its inhabitants have the right to enjoy public services. Among these services provided by the State we can find public health. However, the accessibility of this service is currently limited, since the group of undocumented immigrants is deprived of the right to public health, except in certain exceptional situations. On the other hand, immigrants who do not master the country's official language face immense difficulties due to cultural and linguistic barriers. These barriers are a major impediment to receiving quality public services, as communication between service providers and the immigrant population may not be adequate. Interpreters working in public services are responsible for removing these barriers as much as possible and facilitating communication between the parties involved in the service.

In addition to language barriers, cultural differences must also be taken into consideration. In health contexts, where issues such as life, death and the concepts of health and disease are addressed, all of which may vary from culture to culture (Valero Garcés and Wahl Kleiser 2014: 316), cultural differences become even more relevant. Therefore, as will be seen throughout this work, in health care contexts not only is the presence of interpreters necessary, but also the work of intercultural mediators, who are experts in multiculturalism and capable of observing, detecting and analysing cultural behaviour without falling into generalisations and prejudices. However, in health contexts, the most common is that these two jobs (interpreter and mediator) are carried out by the same person (Valero Garcés and Wahl Kleiser 2014: 318; Lázaro Gutiérrez and Tejero González 2017: 101).

Unfortunately, immigration policies in this country, as in many others, are often linked in some way to cultural assimilationism (Lázaro Gutiérrez and Tejero González, 2017: 98), so there is a tendency to allocate more resources to the teaching of Spanish than to interpreting and mediation services. Of course, investment in the teaching of Spanish is indispensable, but without prejudice to the fact that people who do not have a sufficient command of Spanish yet may have equal access to public health services.

In mental health contexts, this situation becomes even more visible, as there are usually no physical parameters, such as blood tests or other kind of medical examinations, which can diagnose a mental disorder. For this reason, mental health professionals often need to rely precisely on behavioural parameters, which are totally affected by culture, and on

linguistic information. Without this cultural and linguistic information, the patient's diagnosis and treatment can be severely compromised.

1.2. Motivation

It was decided that this work should have as its main focus interpreting in mental health contexts for different reasons.

Firstly, as already introduced on the previous page, this topic has great social relevance. In addition, in recent years it has been possible to see an increase in the number of immigrants arriving in Spain, as will be explained in the following pages of this study, which means an increase in the number of people who would need mediation and interpreting services. Furthermore, mental health is one of the main health problems in the world. Therefore, this subject was of irremediable academic interest to us due to all the factors mentioned.

Secondly, interpreting in mental health contexts was a topic which I was interested in going into detail about because of my personal experience in this field. While studying the degree in Translation and Interpreting I worked as a companion for a deaf client in the Psychiatric Hospital of Álava [Hospital Psiquiátrico de Álava]. This person spoke Spanish Sign Language, could not speak Spanish and was illiterate, so nobody in the centre could communicate with him. For this reason, the family decided to hire a companion who would be an hour per day so that the client could communicate with someone. In this context, the mental health professionals who treated him used me as an ad hoc interpreter whenever they needed to communicate with him. I am not a Sign Language interpreter, and I told them so repeatedly. On one occasion the health staff told me that the patient was usually very aggressive and had problems with socialization and I wondered to what extent these behaviours were due to the impossibility of understanding and making himself understood, since with me he had completely opposite attitudes. The communication between the health staff and the patient when I was not there was limited to crude gestures, which the patient did not understand, because the most habitual or intuitive gestures for a hearing person mean different things to a deaf person (clear example of cultural barriers). The frustration caused by the clear communication problems between the mental health professionals at the centre and the patient led me to take a special interest in the situation of interpreting in mental health contexts and, consequently, to carry out this study.

In short, my personal experience made me interested first in the subject of this work, and then I discovered how extensive, broad and relevant it is, and for these reasons I decided that carrying out a study like this would be of great interest and could serve as an introduction or basis for future research.

1.3. Investigation purposes

This work has a double purpose: on the one hand, to clarify the current situation of interpreting in mental health contexts in Spain, and on the other hand, to propose guidelines for action through research and comparison with other systems in countries with greater experience in this field.

To achieve the first objective, we seek to look into different factors:

- (1) the frequency with which interpreting services are needed and used;
- (2) the communication strategies most used as a solution to language barriers;
- (3) the existence of specific protocols and translated documents in mental health centres;

(4) the opinion of mental health and interpreting professionals about briefings and de-briefings, the quality of interpretation, the importance of interpreting in mental health contexts, and the training of the other sample group;

(5) the training of professionals in multiculturalism and mental health respectively;

(6) the working conditions of the interpreters;

(7) the agents who most commonly employ interpreters.

To achieve the second objective, this paper will offer some guidelines for action to improve the situation of interpreting in mental health contexts. To this end, we have gathered the opinions of other professionals and experts and compared our model of response to the need for communication between public services and linguistic minorities with other models present in countries with a longer history of interpreting in public services.

1.4. Hypotheses

Taking into consideration the nature of this research and its content, we hope to verify the following hypotheses:

(1) in mental health settings, interpreting and mediation services are used less than needed;

(2) instead of interpreting and mediation services, ad hoc solutions are used to meet communication needs;

(3) linguistic information is essential for quality mental health diagnosis and treatment.

1.5. Structure

In order to achieve the above-mentioned objectives and to respond to the hypotheses raised, the present research consists of a combination of theory and practice, as reflected in its structure. This work could be divided into two large blocks: the theoretical framework and the practical part, which is in turn divided into the chapters on methodology, results and guidelines for action.

In the theoretical framework, the theoretical bases on which this work is based will be established. This section will deal with subjects such as interpreting in public services, intercultural mediation, health interpreting and mediation, the most commonly used communication strategies, codes of ethics, legal aspects of interpreting in health contexts and, finally, mental health will be explained more specifically, as well as transcultural psychiatry and interpreting in mental health contexts, as they are the main topics on which this study focuses.

Subsequently, the chapter on methodology will explain the process followed in order to design and write this work and the surveys on which the results of the work are based.

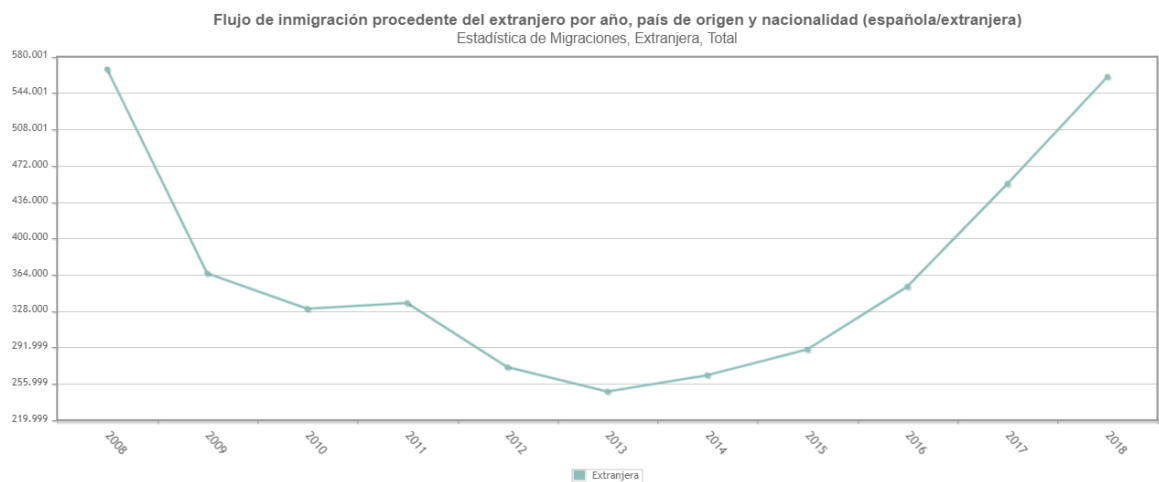
The chapter on analysis of results presents the analysis of the results obtained from the surveys carried out on a group of mental health professionals and a group of interpreters, with the aim of throwing some light on certain aspects of the situation of interpreting in public services. This chapter will explain topics such as communication strategies; briefing and debriefing; training of mental health professionals and interpreters; the importance of language in mental health contexts; healthcare professional-patient relationships and trust relationships; the situation of interpreting in mental health contexts; difficulties in working with interpreters and possible solutions; and the situation of cultural and linguistic diversity in mental health centres.

Below we can find the chapter on guidelines for action, in which some proposals are put forward, which could help the situation of interpreting in mental health contexts. Of course, professionalization is complex and depends on many factors and variables, so this section does not claim that by taking these steps all problems will be solved or that these guidelines are easy to carry out. However, the proposals provided in this chapter are useful and effective measures taken from systems in other countries, as well as from contributions made by other researchers.

Finally, the chapter on conclusions contains the main ideas of this work, together with the most relevant conclusions that can be drawn from it.

2. Theoretical framework

Since the 1990s, Spain has undergone a major migratory change from being a mainly emigrant country to being a host nation for immigrants. Since then, the number of foreign immigrants entering the country has increased until 2008. In this year, Spain experienced the arrival of an economic crisis. As can be seen in graph 1, since 2008 the number of foreign immigrants arriving in the country has fallen dramatically. According to the INE (Spanish National Institute of Statistics), 567,372 foreign people arrived in Spain in 2008. The most dramatic decrease can be seen in the following year, 2009, when the number of arriving immigrants fell to 365,367 people. The number continued to fall until 2013, when only 248,350 people were counted. However, 2013 represents a turning point in the curve, as from then on the trend changes and the number of immigrants arriving in the country increases again year after year, until 2018, when 559,998 people arrived as immigrants. This number is practically identical to the one that could be observed in 2008.



Graph 1: Immigration flow from abroad by year (INE: Spanish National Statistics Institute). Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=24282#!tabs-grafico>.

The year 2018 was, according to Eurostat data, a year of record figures regarding requests for asylum in Spain, in which 54,065 requests for asylum were registered in this country alone, more than 20,000 requests more than the previous year (CEAR, 2019: 59).

In this context of multiculturalism and of continuous arrival of foreigners, it is of vital importance that all people, regardless of their origin, have equal access to the various public services offered by the State. As Burdeus Domingo (2010: 7) explains, this equal access is a fundamental human right and this inevitably implies that the person providing the services must understand the user and vice versa. In this paper, public services are understood as those legal, healthcare, educational and social services provided by the State. In order for

this mutual understanding to occur, there is Public Services Interpreting, a term that we will develop in the following pages.

2.1. Interpreting in public services

As mentioned by some authors (Burdeus Domingo 2010: 8, Martin in García Luque 2009: 19, Torres in García Luque 2009: 19, Pöchhacker in Mikkelson 2014, among others) there are numerous terms to refer to this field: Community Interpreting, Community-based Interpreting, Liaison Interpreting, Public Services Interpreting, Cultural Interpreting, Social interpreting. In the words of Bankroft and Rubio-Fitzpatrick, Mikkelson (2014: 9) defines community interpreting as "interpreting that takes place in any community setting, with a particular focus on government and non-profit community services, particularly health care, education and human and social services".

Clearly, there is no consensus on the terminology to be used when referring to this area of interpreting; however, there are certain trends. In the US the preferred term is community interpreting, while in other countries, including those that are members of the European Union, it is often referred to as public service interpreting (PSI) (Mikkelson, 2014: 10), to avoid confusion with the interpreting made in the context of the European Union.

In Spain this field is still very young and underdeveloped. In fact, we are still in the process of defining the profile of the professional interpreter in public services, their functions and characteristics. We have as a reference other countries that have a developed system of interpreting in public services such as Australia, Canada, USA or Sweden, which received a large number of immigrants decades before Spain (Alonso Araguás 2006: 16; Ortega Herráez, Abril Martí and Martín 2009: 150), so they already had to seek solutions to facilitate communication between groups with different languages and cultures. Unlike these countries and despite being a country that receives large flows of immigration per year, Spain has not developed an efficient system to ensure that these services are of quality yet, so they still use ad hoc solutions, which will be analyzed in more detail in the following pages (Toledano Buendía, Abril Martí, Del Pozo Triviño and Aguilera Ávila, 2015: 141). Ortega Herráez, Abril Martí and Martín (2009) explain that the fact that institutions in Spain do not take charge of this type of interlinguistic and intercultural services may be due to several factors: "lack of economic resources, lack of knowledge about the work done by translators/interpreters and the fact that the official immigration policies of the Spanish state have evolved in terms of assimilationism" (: 150). Under these circumstances, NGOs have assumed the role of provider of interpreting and mediation services and the greatest workload is carried out by people without sufficient qualifications.

2.2. Intercultural mediation

Intercultural mediation is a heterogeneous and multifaceted discipline and its definition cannot be limited to facilitating communication between conversational partners who do not have the same culture. However, it is also not clear what its definition should be. Alonso Araguás (2006: 17) defines it as "the intermediary responsible for lowering the barriers that, for cultural and linguistic reasons, hinder communication between two interlocutors". Valero Garcés and Dergam (2001), in the words of Giménez, define intercultural mediation as

a relevant modality, oriented towards achieving recognition of the Other and bringing the parties together, as well as communication and mutual understanding,

learning and development of coexistence, conflict regulation and institutional adaptation, between ethnoculturally differentiated social or institutional actors.

Similarly, when proposing a definition for the discipline, the question arises as to what difference there is between an intercultural mediator and an interpreter. The difference between these two disciplines is not clear, since on many occasions their functions overlap. As explained by Pena Díaz, Echauri Galván and Olivares Leyva (2014: 2-3), some authors insist that they are different professions, since the functions performed by one and the other differ. However, other authors consider that intercultural mediation is a function understood within healthcare interpreting. This existing debate is due to the fact that the functions of these professions are not clearly determined in many cases. Pena Díaz, Echauri Galván and Olivares Leyva (2014) explain the differences between the healthcare interpreter and the intercultural mediator and, although it is true, as we will see in the next pages, that an intercultural mediator does not have to interpret from one language to another, since it can be the case that the same language is spoken but there are two different cultures or that different languages are spoken but the same culture is shared (Corsellis 2008; Ra 2018: 260), the reality is that in this type of fields it is complicated to separate both disciplines, because culture is part of communication, as we will develop in the following pages.

Therefore, in this paper we have chosen to consider that these two disciplines do not always go hand in hand, as they have different functions and roles, but that in the practical reality of public services (especially in healthcare settings, on which this paper focuses) they usually go together. Various authors (Valero Garcés and Wahl Kleiser 2014: 318; Lázaro Gutiérrez and Tejero González 2017: 101) explain that the figure of the "invisible interpreter" is not the practical reality in the healthcare field. Of course, both models (invisible and visible interpreter, interpreter and mediator) have their context and importance. However, as a professional interpreter, one must be able to adapt to the situation and the recipient of the interpretation (Valero Garcés and Wahl Kleiser 2014: 324). This confusion and debate between the two figures reflects their low level of professionalization and their lack of acceptance by society (Lázaro Gutiérrez and Tejero González 2017: 101). In fact, many professionals and researchers have spoken of the need to change the paradigm established in deontological codes on invisibility, which does not apply to the reality experienced by interpreting professionals, in which, in the words of Valero Garcés and Wahl Kleiser (2014), "they are seen and their presence can condition the communicative situation beyond what is presupposed by existing protocols" (165). Some guides and codes of ethics, such as the Code of Ethics and Code of Conduct (2012) of AUSIT (the Australian National Association of Translators and Interpreters), set limits on the role of the interpreter and specify that the interpreter should not explain cultural issues unless these are hindering communication between the two parties. However, in practice, interpreting cannot always be carried out in this way and depends very much on the situation at hand. Another point of view, exemplified by Pena Díaz, Echauri Galván and Olivares Leyva (2014) through the words of Antonin and Sales, would be to consider interpreting as one more aspect of intercultural mediation.

As a result, it can be concluded that the functions of an interpreter who works in public services are wider and that they are not restricted to linguistic communication (Alonso Araguás, 2006: 18). The foreign population faces not only linguistic but also cultural communication problems. As Raga Gimeno (2012: 7) explains, "cultural differences can also be a major communication barrier", especially in healthcare settings, where culture becomes as important as linguistic communication (Valero Garcés and Wahl Kleiser 2014: 316), since in this field different conceptions of health, illness, death and other related ideas that change from culture to culture come into conflict.

2.2.1. Culture, assimilation and integration

Interpreting is by definition a cross-cultural activity. In fact, in order to guarantee the quality of communication, it is essential to give importance to cultural barriers. There are many definitions of cultures, as it is a very broad and abstract concept. Below, we present the definition proposed by Wotjak (2006):

Culture is therefore exteriorized through people's behaviour, their way of dressing, acting and evaluating facts, giving priority to certain aspects and ignoring or minimizing other factors of coexistence and daily life (: 224).

On the other hand, Tomé da Mata (2013: 313) defines culture "as the set of actions and behaviours that both an individual and a population group have, in a certain contextualised environment, with themselves, with others and with nature".

We would also like to present the definition that, in the words of Wolf, Valero Garcés and Wahl Kleiser (2014) offer: "Culture is best considered as a series of processes that construct, reconstruct and dismantle cultural materials in response to determinants". They also explain that these determinants in the field of medical anthropology and social medicine are known as "biosocial conditions of health" (: 316).

As can be concluded from the three definitions above mentioned, culture is a complex and constantly changing concept and this nature makes it difficult to study and compare. In fact, Raga Gimeno (2006: 216) explains that in the field of intercultural communication, one can distinguish between "material culture" and "communicative culture". The first consists of "clothing, cooking, work, parties, or habits and customs in general"; the second, on the other hand, is characterized by "the ways of interacting, of gesturing, of exchanging turns of speech, of organizing conversations, of addressing the interlocutors, of dealing with sensitive subjects, etc.". Therefore, we could say that the communicative culture directly affects communication, since it gathers all those learned communicative patterns that differ among some cultures.

Cultural diversity is often seen as a problem. It is common to hear about obstacles and difficulties, but the reality is that cultural diversity brings new ideas and greatly enriches our system (Valero Garcés and Wahl Kleiser, 2014: 325). The problem is not in the diversity itself, but in our way of facing it and in the incapacity of some countries to provide effective solutions for the challenges that coexistence between different cultures implies. At present, there is a tendency called "cultural globalization" (Tomé da Mata, 2013: 313), which consists in "unifying tastes, behaviours, actions, pretensions, etc." (: 313), which has generated a cultural homogeneity, ethnocentrism and the dichotomy between the developed and the underdeveloped. However, it is important to qualify that this dichotomy is nothing new. The human being develops his identity from dichotomies, differentiating his own group from the Other, the stranger.

This tendency to unify culture is materialized in Western societies in assimilationist immigration policies, which expect immigrants to change their language and culture to those of the receiving country and to adapt completely to this place. These forms of immigration management, common in Spain, do not favour the development of healthy, egalitarian and enriching cultural dialogues and coexistence and, therefore, do not favour interculturality (Tomé de Mata, 2013: 316). In the words of Millán, Lázaro Gutiérrez and Tejero González (2017: 98) define interculturality as "the communicative interaction that occurs between two or more human groups of different cultures". From this definition it can be concluded that the most relevant factor to aspire to in modern multicultural societies is communication, specifically, what is usually called intercultural communication. This communication has to

be egalitarian and respectful, with integration (which should not be confused with the assimilation we have mentioned before), which Lazaro Gutierrez and Tejero Gonzalez (2017: 98) define as "the gradual process by which new residents become active participants in the economic, social, civic and cultural life of the host country". Integration is bilateral, that is, it requires an effort by both parties, both the receiving society and the immigrant population (Sayed Ahmad Beiruti, 2008: 62). This process allows people to maintain their original identity, unlike assimilation. In an integration system the "'other' is recognized in its difference, as well as in its equality of rights and duties to contribute and enrich the social set" (Lázaro Gutiérrez and Tejero González, 2017: 98).

For all this, it is very useful that the professionals have training in multiculturalism and diversity, since this would speed up communication, would help to achieve an effective communication and would avoid those problems that arise from stereotypes and the process of minorization, which consists, as Raga Gimeno (2006: 222) explains, in creating negative valuation judgments from a behaviour based on cultural communicative guidelines different from their own. The two examples given by Raga himself are the following:

when an individual of Maghreb origin comes so close to us when speaking that he throws his breath in our face, we do not think that Arab culture has proxemic guidelines different from ours, but that the individual or group in question is characterized by being meddlesome or impertinent, by taking on excessive trust; and when an individual of Chinese origin remains silent in the face of a question that seems trivial to us, we do not think that Chinese culture has a different response time in the exchange of turns of speech than ours, we think (or rather feel) that this individual or this group is slow, uncommunicative, or distrustful (: 222).

The cultural elements that most affect health care are "the concepts of health and disease, the conception of the body, religious beliefs, health care referents, communication patterns between doctor and patient, and gender mandates" (Navaza, 2014: 11).

However, it is important to be careful not to fall into stereotypes and to avoid the dichotomies of the one and the other, since each person is different, with different experiences, and culture affects only to a certain extent. As Ra (2018: 258) explains, studies that reflect this dichotomy of otherness do not reflect the complex diversity that exists today in many countries and that will increase as the years go by. It is vitally important to keep in mind that within a group, such as healthcare professionals, there can be a variety of backgrounds and experiences. Similarly, within the group of the "other" there are also very diverse realities. "Culture cannot be divided into dichotomous or homogeneous groups." (: 258).

To end this section, we would like to conclude with a reflection made by Valero Garcés, Sales Salvador and Taibi (2005): "translation is a wonderful way of getting to know other worlds, other cultures, other ways of communicating, of perceiving things, but for this purpose it is necessary to develop a willingness to really listen (in the field of social work we speak of 'active listening')."

2.2.2. Intercultural mediation services in Spain

As we have already mentioned, institutions systematically ignore the figure of the interpreter/intercultural mediator and there are no mandatory accreditation systems for working in public services (Ortega Herráez, Abril Martí y Martín, 2009: 151). However, during the first decade of the 21st century there was some timid progress by institutions in Spain with the implementation of mediation and interpreting services in some areas of public

services. Unfortunately, the arrival of the economic crisis in 2008 and the consequent cuts led to the dismantling of many of these services (Ugarte i Ballester, 2015). As Valero Garcés (2006) explains, in 2006 there was a growing interest in intercultural mediation and the creation of regional programmes and plans to guarantee the proper functioning of public services when dealing with the immigrant population, such as the SEMSI (Intercultural Social Mediation Service [Servicio de Mediación Social Intercultural]) of the Madrid City Council [Ayuntamiento de Madrid], whose objective was to "favour the social integration of the foreign immigrant population resident in the municipality of Madrid based on the philosophy and methodology of intercultural mediation" (: 64). In any case, there are still groups that study and work to improve the field of translation and interpreting in public services, such as the CRIT group of the Universidad Jaume I university, the COMUNICA network and the FITISPos group of the Universidad of Alcalá university, which carry out various initiatives and projects to improve the situation in this field.

Despite the existence of this type of groups, the institutions do not take charge of developing this type of services, which is so necessary in many areas, and it is the NGOs that are usually in charge of providing the necessary services to the users of public services. The institutions are not aware that a good mediation and interpreting service speeds up public services and facilitates the work of professionals, which means that services become cheaper (Ugarte i Ballester 2015: 153). Some of the NGOs that take charge of these services, among many others, are Accem, the Red Cross, CEAR and the Federación Andalucía Acoge. The interpreters and mediators who work in these associations are usually volunteers.

The main factors that complicate this situation, according to Valero Garcés (2006), are the "lack of homogeneity in the provision of services, the diversity of the profiles of the translators and interpreters, the variety in the functions that they must carry out and the absence of access requirements to act as a translator and interpreter" (: 77). Furthermore, to briefly go into the issue of homogeneity in the provision of services, it should be said that although the situation is similar throughout Spain, the situation varies from one community to another, even from one hospital to another or from one service to another.

With regard to training, today there is an increasing amount of specific training in interpreting and mediation in public services, both at a university level and in the form of courses developed and delivered by NGOs or other associations. At a university level, some universities have added a specific subject within the degree in Translation and Interpreting; however, the Master's Degree in Intercultural Communication, Interpreting and Translation in Public Services at the Universidad de Alcalá, the module on Public Services Interpreting and Intercultural Mediation in the Official Master's Degree in Translation and Intercultural Studies at the Universidad Autónoma de Barcelona, and the speciality of Interpretation and Intercultural Mediation in the Master's Degree in Professional Translation and Intercultural Mediation at the Universidad de Las Palmas de Gran Canaria are particularly noteworthy.

2.3. Interpreting and mediation in health care

For reasons of space saving, when talking about the healthcare field, the word "interpreter" will be used to refer to both the interpreter and the mediator, since the most common thing in this field is that both roles are assumed by the same person.

The foreign population in general uses the healthcare services between 5 and 10% less than the native population (Raga Gimeno, 2012). Despite this reality, over the last thirty years the immigrant population has increased to such an extent that their presence in public services is increasingly noticeable and, therefore, the need for an interpreting and mediation service is becoming more and more evident. The objective of healthcare interpreting and

mediation is to facilitate communication between healthcare providers and patients when they do not speak the same language. Although the main objective of health institutions is the improvement and well-being of people, and although bilateral communication is essential to build the relationship between patient and health professional, which is so necessary in the healthcare field (Ra, 2018: 259), González García (2006) highlights that the healthcare field "is one of the areas that has received the least attention in terms of the provision of translation and interpreting services" (: 162). It is necessary to always bear in mind that, in the field of health services, at the level of communication, there should not be a monologue, but rather a dialogue between the parties and, to achieve this, it must be guaranteed that all parties are able to express themselves fluently and easily (Valero Garcés, 2014).

2.3.1. Interpreting techniques in the health field

The main interpreting techniques are simultaneous interpreting, whispered interpreting, consecutive interpreting, liaison or bilateral interpreting, telephone interpreting and sight translation. All of them could be used in healthcare settings, depending on the context, as will be explained below.

Simultaneous interpreting consists of interpreting at the same time as the speaker, a few seconds behind. In the healthcare field this technique is less common and is usually used if there is hurry or if the speaker is giving a long message and the interpreter considers it appropriate in the situation. In addition, this technique can help the health professional to pay attention to the non-verbal communication of the patient at the same time as they receive the information from their oral speech, so, depending on the objective of the consultation, it can be very useful. Finally, it could be said that in the field of public services this technique is carried out in the same way as the so-called whispered interpreting, which consists of making a simultaneous interpreting "in the ear" to a person or to a very small group of people.

Consecutive interpreting is that in which the speaker speaks for a few minutes and in the meantime the interpreter takes notes so that, at the end of the speaker's speech, the message can be delivered again in the other language. It is often said that one of the main differences between consecutive and simultaneous interpreting is that in the former the interpreter is more visible. However, in the context referred to in this paper, this difference is not relevant, since in public services the interpreter will always be visible. Consecutive interpreting is widely used in this field, together with the following technique, since it is usually expected that the speaker has finished a message unit (a sentence or an idea expressed in several sentences) in order to interpret. If the message units to be interpreted are long, the interpreter usually takes notes while the speaker speaks.

Liaison or bilateral interpreting is the most widespread in public services. It consists of a triangular situation, with two interlocutors and one interpreter in between transferring information from one language to another, bilaterally. Interventions in this technique are usually shorter, more typical of a colloquial conversation. In healthcare settings, this technique is the most common, as it is usually interpreted sentence by sentence or idea by idea.

Telephone interpreting, which we will explain in more detail later, consists of the interpreter performing the interpretation over the phone, without being present along with the service provider and the patient. In healthcare settings, it is most common for the two interlocutors to be in the same room, while the interpreter does their work over the phone.

Sight translation can be defined as "the oral translation of a written text" (Hurtado Albir, 2011: 82). It consists of orally interpreting a written text at the same time as it is read. Most centres and hospitals only have written materials in Spanish, so this technique is

performed in healthcare contexts very often, either to do a sight translation of a brochure, an informed consent or a medical history. This technique will be explained in more detail in the following sections.

2.3.2. Unequal triangular relationship and healthcare professional-patient relationship

Although interpreters are subject to codes of ethics that dictate the correct actions of these professionals, it is important to have critical thinking, to know how to analyze the situation and make your own decisions. Of course, one must try to follow the guidelines dictated by the codes whenever possible, but at the same time one must be able to be flexible and adapt to each situation that arises. This is what, as Ra (2018) explains, Metzger calls "the interpreter's paradox", which he describes as the fact that "[i]nterpreters have expressed the goal of not influencing the form, content, structure, and outcomes of interactive discourse, but the reality is that interpreters, by their very presence, influence the interaction" (: 265).

The relationships of this interaction are usually represented in a triangle, where each side represents a participant: the service provider, the service user and the interpreter (Vargas Urpí, 2017: 140). Although this relationship is usually represented in an equilateral triangle, as can be seen in Image 1, the truth is that there is a situation of general social inequality between the parties that benefit from the interpreting (Mora Castro, 2005). Burdeus Domingo (2010) explains that "we always find one party that holds the power (the one that offers public services) and another (the immigrant) that is in a situation of inferiority, since they need the service that the other party offers them" (: 7). Linguistic and cultural differences can increase this power gap. As already mentioned, the presence of the interpreter influences this unequal relationship. Although all three parties (health care provider, interpreter and patient) have a common goal, the health of the patient, the mere fact that the patient does not belong to the same culture or language already represents a decrease in "power", because they need help to communicate. In turn, the service provider sees their "power" decrease because they also need help and feel that they are losing control of the situation. The interpreter may sometimes have a privileged position in the situation because they are the only person who understands everything that is happening (Navaza, 2014: 11).

The presence of this "third party" can complicate the healthcare professional-patient relationship, that is, the relationship between the health professional and the patient, and it is possible that the patient develops a stronger bond with the interpreter, because they speak the same language and in many cases belong to the same culture. It has been shown that a good healthcare relationship between doctor and patient leads to better medical outcomes. In fact, the quality of the professional-patient relationship is closely related to the quality of the diagnosis and treatment, and the adherence to treatment and patient satisfaction. This is why the interpreter must be able to manage this triangular relationship and try to make the main interaction occur between the health professional and the patient, without focusing too much attention on themselves (Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers and El Harrak, 2009: 60).

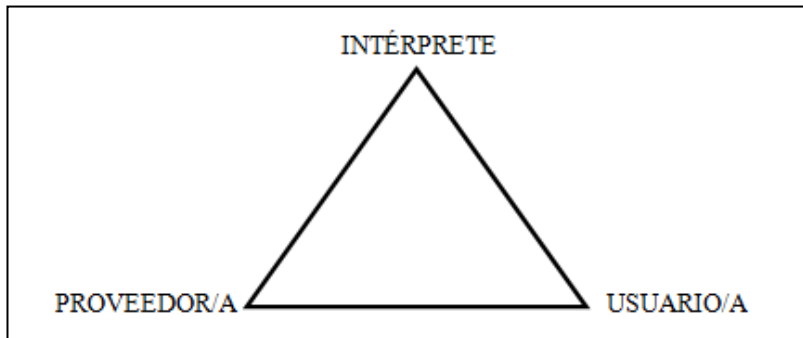


Figure 1: The unequal relationship of triangularity in interpreting contexts

2.3.3. Briefing and de-briefing

Some codes of ethics mention the briefing and the de-briefing. These are meetings between the health professional and the interpreter that take place before and/or after the consultation itself. Many researchers have stressed the importance of the previous meeting with the interpreter to update them on the situation and discuss the main points of the case (Corsellis, 2008).

The code of ethics of the Northern Ireland Health and Social Services Interpreting Service (NIHSSIS) (2004) explains what the briefing can be used for:

clarifying terminology and procedures, analysing information about the case, determining the purpose of the consultation, discussing the appropriate interpreting methods for the situation, mentioning any previous problems due to the healthcare professional's lack of knowledge of any cultural implications, discussing any complicated attitudes that may occur and how the interpreter should act and determining how to pronounce the patient's name.

This preliminary conversation between the two professionals helps them to work as a team in the consultation that will follow, which improves the quality of the service exponentially (Valero Garcés and Wahl Kleiser, 2014: 325). The same code of ethics also mentions the importance of a de-briefing, once the consultation is over. This can be used to review what has happened in the consultation and to clarify cultural aspects or doubts that the healthcare professional may have.

In mental health contexts, these interviews are especially necessary, especially the previous one, since this way the two professionals can talk about what the objectives of the consultation are, what the mental health professional hopes to achieve and what methods or therapies they will use and what the role or attitude of the interpreter should be. It can also be agreed how and for what purpose the patient will be spoken to, which interpreting techniques are most appropriate to use, etc. (Hlavac, 2017: 7).

In short, these interviews require extra consultation time that healthcare professionals often do not have, so it is often difficult to carry them out. However, making the effort to make them possible makes the work of the consultation exponentially easier and the quality of the service provided is guaranteed. In addition, this allows healthcare and interpreting professionals to get to know each other and establish a professional relationship, specifying common objectives and methods to be followed. The benefits presented by these interviews are too relevant to ignore.

2.4. Communication strategies

In the Spanish healthcare system, when a patient who is not fluent in Spanish arrives at the clinic, there are several trends that are usually followed. The solutions given to communication problems are often ad hoc, such as asking the patient to be accompanied by someone to help them (Valero Garcés, 2006: 70); using the centre's bilingual staff (Valero Garcés, 2006: 70; Alonso Araguás, 2006: 19); using a pivot language, such as English or French (Raga Gimeno, 2006: 226); use of NGOs and the voluntary work provided by them (Valero Garcés, 2006: 70); use of non-verbal language, gestures and multilingual information leaflets (Raga Gimeno, 2006: 226), and calling embassies or consulates if available to ask for someone who knows the language (Valero Garcés, 2006: 70).

As Raga Gimeno (2006: 226) explains, the problem with these measures is that they are not always available and only allow for a very basic level of communication, which is not sufficient to conduct a proper clinical interview. The best solution, according to Raga, is to employ a third person to act as an intercultural mediator (: 227). Next, we will explain what the most usual communication strategies are in healthcare contexts.

2.4.1. Ad hoc and professional interpreters

An ad hoc interpreter is a person who knows both languages and who, in many cases, is bilingual and performs "improvised" interpreting services for a friend, family member, etc. As mentioned in the previous paragraphs, the public services encourage immigrants to be accompanied by someone who knows the language, to act as a mediator (González García, 2006: 162). In the words of Burdeus Domingo (2010), "the interpreting is not simply a knowledge of languages, it also implies knowledge of the two cultures involved" (: 8) and I would dare to add that it is also necessary, as we will see later, knowledge of the field in which they are interpreting. There is a clear agreement in relation to the idea that a bilingual person does not have the same skills that are required to be an interpreter. A bilingual person without interpreting training may not gather all the information, may make omissions or add information, and may not be as aware of false friends or other linguistic specificities. In addition, a bilingual person may not be aware of the code of ethics to which interpreters adhere, and therefore may not know what the interpreter's duties are, and may go beyond them, jeopardizing the quality of the interpreting.

In a healthcare context, it is essential to promote the training and professionalization of such an important service as that of enabling communication between institutions and users of public services. Thanks to past experiences, Alonso Araguás (2006) observes how ad hoc interpreters often present a lack of confidentiality and neutrality due to their proximity to the patient (: 23), two of the main bases of interpreters' codes of ethics. This lack of respectful and professional behaviour towards the speech is due to the fact that these people are not professional interpreters and this can lead to problems. To give an example, minors who are relatives of the interlocutors are often used for interpreting. This way, they are forced to assume responsibilities that do not concern them, performing tasks that often require considerable emotional stability (: 23). Leanza, Miklavcic, Boivin and Rosenberg (2014: 98) explain that many researchers have concluded that such practices can expose children to unnecessary stress and can have traumatic effects on them. On the other hand, in the case of adult children or adult relatives, who in many cases are a very useful resource to know and understand the reality of the patient, this is not the same as working as an interpreter. It is important to use a neutral and professional person outside the situation, so that the information that reaches the healthcare professional is as accurate as possible (: 98).

Both Raga Gimeno (2012: 9) and Abril Martí (2015: 82) expand on the problems that arise from the use of ad hoc interpreters. The former (Raga Gimeno, 2012), in his work on

interpreting in reproductive healthcare contexts, explains that on many occasions "it is perceived by a large part of the healthcare professionals more as a problem than as a solution, since the husband's interaction conditions the interview and can aggravate the problems of intercultural communication" (: 9), referring to women attending obstetrics consultations accompanied by their husbands. The second (April Martí, 2015), whose study deals with interpreting in contexts of gender violence, highlights that

very often these are friends or relatives, even children, or other victims who speak the language better. More times than expected, victims are accompanied by their partners, i.e. their aggressors, which blatantly nullifies the possibility for the woman to communicate freely (: 82).

Both authors focus on the complications that the use of non-professional interpreters can cause and, as we have seen, on some occasions these can be very serious.

In contrast to what Raga Gimeno (2012: 9) stated, in reference to a study published by the MIRAS Group in 2009, Pena Díaz, Echaury Galván and Olivares Leyva (2014) explain that "contrary to what might be thought at first glance, both users and public service workers themselves are generally more satisfied with the results obtained through the mediation of family members, friends and volunteers". However, they themselves explain that the authors of this study believe that this may be due to factors such as "the limited possibilities of having professional mediators, the consequent need to adapt to the available resources or the scarce training of some supposedly qualified mediators". To this same argument, Corsellis (2003) adds that on many occasions, "for reasons of convenience", it is taken for granted that these people have a sufficient command of their second language to interpret properly, when this is not the case. On many occasions, they are unaware of the specific terminology and/or culture of the patient, which may make communication difficult.

On the other hand, bilingual healthcare professionals often do the work of interpreters. Using this type of professional guarantees that the person acting as an interpreter has a deep knowledge of the field, which is very useful in healthcare contexts. Unfortunately, this does not guarantee that they have the skills and knowledge necessary to provide quality interpreting, because a health professional does not necessarily have to have knowledge of the terminology in the other language, nor do they have to know the particularities of the patient's culture. It is also necessary that this person be willing to carry out this extra practice, which is not included in their responsibilities. Of course, if these professionals were trained to carry out this type of service, they would be a valuable and useful resource.

Despite all the disadvantages that have been listed regarding the use of ad hoc interpreters, it is worth noting the great work done by all these people who, in the absence of an interpreting service, greatly assist communication between public service providers and users.

[...].

3. Methodology

This research is a case study that provides quantitative information through two surveys, based on the work purposes and on previous research on health interpreting.

3.1. First steps

The process of developing this work began with the reading of several research manuals, with the aim of having a clear idea of how this type of research works. Once these

manuals had been read, we continued with the collection of articles related to health interpreting in general and to mental health interpreting in particular, in order to gather information on the status of the issue and to have a ground to design the objectives of the work. This way it was possible to observe how the data collection processes used to be and the different methods that were usually used, since the decision to use surveys had not been made yet.

Taking into account the research manuals and the papers already read, it was considered that the best decision was to develop two surveys: one for health personnel working in mental health contexts and another for interpreters also working in this context. The use of surveys was chosen because it was possible to reach a greater number of people than by conducting individual qualitative surveys or interviews. On the other hand, the decision to design two different surveys was taken, one for health personnel and the other one for interpreters, with the aim of finding out the opinions of both groups and to have a more global idea of the needs of the sector, the opinions on interpreting in this sector and the current situation in mental health contexts with immigrants. Moreover, the two surveys are complementary, since they seek to collect the opinion of the two population samples on the same or very similar topics and, this way, it would be possible to compare the opinions of the professionals part of one group with the opinions of the professionals in the other group.

Therefore, thanks to these two surveys, it would be possible to receive quantitative information, easy to analyse and very visual, from two of the three groups affected by this situation. It was considered important that the information could be collected visually, through the use of charts and tables, because this way the results of the surveys could be presented more clearly. We did not consider it appropriate to design a survey for the immigrant population with experience in mental health services because we thought that it might be difficult to access the contacts, as the information of the patients is totally confidential. For this reason, the results obtained from these surveys would inevitably be incomplete, since only two thirds of the people involved in these triangular relationships that occur in health contexts with an interpreter participate.

3.2. Contact with the sample groups

Before designing the surveys, in February, I contacted numerous associations, professional bodies and hospitals by e-mail, in order to find health care personnel willing to participate in my study, and numerous associations and organizations, in order to find interpreters. The selection of these groups was made through the Internet, by means of closed and specific searches. I selected the associations, professional associations and hospitals that were specialized in mental health or had a specific section on mental health and/or interpreting. In order to have a proper record of the people that had already been contacted and which ones had responded, all this data was written down in an EXCEL file, in order not to lose track.

I sent via e-mail the following message to those associations, professional colleges and hospitals where I was looking for health personnel:

Good morning:

I'm a student at the Universidad de Alcalá and I'm doing my Master's final thesis on the importance of interlinguistic interpreting in psychiatric contexts in the multicultural society in which we live.

I am contacting you because I consider that the opinion of health professionals is fundamental to my study and I was wondering if it would be possible for you to share

my survey with your associates, with the aim of making my research more complete and reflecting the real needs of professionals.

Thank you very much for your time and best regards.

First of all, I contacted the Spanish Association of Neuropsychiatry [Asociación Española de Neuropsiquiatría], the Spanish Association of Private Psychiatry [Asociación Española de Psiquiatría Privada], the Spanish Foundation of Psychiatry and Mental Health [Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental], the Spanish Society of Psychiatry [Sociedad Española de Psiquiatría], the Illustrious Official College of Physicians of Madrid [Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid] and the College of Psychology of Catalunya [Colegio de Psicología de Cataluña] and specific mental health centres both in Madrid and in the Basque Country. However, I did not receive a response from any of these organisations, except for the Mondragon Mental Health Centre [Centro de Salud Mental de Mondragón] and the Etxebidea Residential Centre for Intellectual Disability and Mental Health [Centro Residencial de Discapacidad Intelectual y Salud Mental Etxebidea], both in the Basque Country, whose teams undertook to respond to the survey when it was ready.

Among the contacts to which this message was sent was the Psychopathological and Psychosocial Care Service for Immigrants and Refugees [Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados] (SAPPPIR), which is located in the Hospital Sant Pere Claver, in Barcelona. They answered me immediately in a very friendly way and committed to share the survey among their health professionals.

Another of the organizations I contacted, the Professional Association of Psychology of Bizkaia [Colegio Profesional de Psicología de Bizkaia], was kind enough to ask me to call them to explain what my project was. They were very interested in the subject and offered to share the survey among their members. However, as I will explain in the next pages, the health crisis we are experiencing in this year 2020 made it impossible for this professional association and three other centres in Madrid to help.

On the other hand, to find interpreters interested in participating in this study, I sent the following message via e-mail:

Good morning:

I am a student at the Universidad de Alcalá and I am doing my Master's final thesis on the importance of interpreting in psychiatric contexts in the multicultural society we live in.

I am contacting you because I consider it essential to gather in my study the opinion of interpreters working in the health care field and to ask you if you could share my survey with your team.

Thank you very much for your time and best regards.

In this case, I contacted specific interpreters from the lists of some interpreting associations and NGOs, such as Accem and CEAR, but there was no luck and I did not receive any response. The Red Vértice, which I also contacted, was kind enough to share my survey with all the interpreting associations in Spain. The company Voze, which manages a telephone interpreting service, also responded and distributed the survey among its employees. The same was done by the association AVISA (Association of Volunteer Interpreters in the Healthcare Field in the Axarquía Region [Asociación de Voluntarios Intérpretes en el ámbito Sanitario en la comarca de Axarquía]) and the team of Salud entre Culturas, an interpreting service of the Hospital Universitario Ramón y Cajal in Madrid.

3.3. Design of the surveys

All the questions in the two surveys on which this work is based were written with the objectives of the study in mind and based on the papers read on Public Services Interpreting, on Health Interpreting, on Mental Health Interpreting and psychiatry in the immigrant population. I decided that the way to receive more complete information was to design surveys with closed answers that would provide quantitative information, but at the same time to introduce some open questions in them to get qualitative information as well. Once the surveys were designed, they were presented to a group of experts for its piloting. This expert group was composed of two researchers in the field of mental health interpreting, a psychiatrist who is an expert in working with interpreters in the United Kingdom and a professional interpreter who works in public services. The opinions and input of this expert group were very helpful in the final design of these two surveys.

3.3.1. Survey for healthcare professionals

The survey for mental health professionals consists in 17 questions, with two introductory questions, fifteen main ones and two as a final conclusion. Some of them have their respective sub-sections.

The two introductory questions aim to determine the profession and workplace of the respondent. In this way, a profile of the surveyed sample could be drawn. Within the main questions, the first one seeks to collect how often they deal with patients with a limited command of Spanish. This way, it is possible to know how often it would be necessary to have an interpreting and mediation service. The second question is based on the work of Bárbara Navaza (2014: 12-13), in which she explains the most common communication strategies in healthcare settings, and tries to find out which strategies are the most used among the options that are proposed. Questions three and four try to explain which strategies health professionals prefer and why. The fifth question raises the issue of the existence of action protocols in the case of a patient or family member with a limited command of Spanish. The sixth question questions the existence of translated materials in mental health centres and the use or lack of use of sight translation in the event that there are none. The seventh question is a multiple choice question that includes six statements and asks health professionals to answer whether these are true or not. Questions eight and nine were contributed by one of the experts, the psychiatrist who is an expert in working with interpreters in the UK, and they ask about the difficulties that healthcare staff see in working with interpreters and how to overcome them. Questions ten and eleven deal with the briefings and the de-briefings. Questions 12 and 13 question whether health workers are trained in multiculturalism or in how to work effectively with interpreters and whether they are interested in such training or not. Question thirteen is also the contribution of the same expert mentioned above. Question fourteen seeks to find out whether health staff think that interpreters have enough information to work in mental health contexts. Question fifteen asks the mental health professional to choose between 1 and 5 on how essential professional interpreting in mental health contexts is. Finally, the two concluding questions have been used for possible observations that the respondents would like to make and to leave their contact if they wish so.

3.3.2. Survey for interpreters

The survey for interpreters consists in 14 questions, with two introductory questions, ten main questions and two final questions. As in the survey of health professionals, some of the questions have their respective sub-sections.

The aim of the two introductory questions is to determine the profile of the interpreters surveyed, asking them about their working languages and the autonomous community in which they perform their services. The first question is parallel to the first question of the survey of healthcare professionals. This way, a contrast is created between how often mental health professionals treat a person with a limited command of Spanish and how often they use interpreting services. The second question is also parallel to the second question of the other survey and tries to specify the communication strategies most used by interpreters. The third question seeks to capture who usually hires the interpreting services most often. The fourth question asks about the working conditions under which professional interpreters work. The fifth and sixth questions are parallel to questions 10 and 11 of the previous survey, about the briefings and de-briefings between the interpreter and the healthcare professionals. In question seven, parallel to the seventh question in the previous survey, the interpreters are asked to affirm or deny the same statements that were presented in the survey to the mental health professionals. Question eight is intended to capture whether interpreters are trained to deal with health workers. Question nine, in turn, asks them whether they think healthcare workers have enough information to work with interpreters. The tenth question is identical to question 15 in the other survey. Finally, the last two questions, by way of conclusion, serve to collect possible observations and contact details, should respondents wish to provide them.

3.4. Data collection, analysis and limitations

Once the surveys were designed, they were sent in March to the contacts who had responded positively to our first consultation in February. Many of them shared the survey as agreed; however, others found it impossible. This is because on 14 March this year, 2020, the state of alarm was declared in Spain due to the health crisis caused by the Covid-19 pandemic. This crisis has affected the whole country, but above all the healthcare field, which is precisely what this paper is about.

For this reason, many of the centres, professional associations and people who were initially pleased to participate in the survey, due to the situation, were not able to do so. This is why we ended up getting fewer responses than we originally expected: 19 healthcare professionals and 16 interpreters. We are aware that this is an insufficient number of participants; however, the responses have proved to be significant, as some of them are very interesting and, although they may not be representative of the whole country, they do reflect very well the current situation of interpreting in mental health.

This situation of global health crisis has also influenced the readings that have been used to develop this work. Due to the confinement imposed on all citizens and the closure of libraries, it has been necessary to find all materials online, which is sometimes a restriction, since some books can only be found in physical form. Therefore, it can be seen that in the bibliography most of the references are to journal articles. However, this has not been a major problem, as nowadays there is a lot of material online and, in addition, large and very up-to-date studies can be found in journals.

Finally, in April we set out to analyse the answers obtained in the surveys, to generate graphs and to write the chapter on results.

6. Conclusions

This Master's final thesis is an investigation on interpreting in mental health contexts in Spain. The main objectives were to find out about the situation of interpreting in mental

health contexts in this country and to propose guidelines for action through research and comparison with other systems in countries with greater experience in this field. In order to achieve the first objective, two surveys were conducted: one for mental health professionals and the other for interpreters who have worked or are working in mental health contexts.

Throughout the research process the objectives were met, as it was possible to give a general picture of the current situation of interpreting in mental health contexts in Spain through the opinions and experiences of the people surveyed. Furthermore, through the opinions of other authors and the comparison of our model of action with models from other countries, we have achieved the selection of several proposals for action that could be very useful for the profession and for the adequate provision of healthcare services to immigrants with a limited command of Spanish.

Although the specific conclusions for each section have already been collected throughout the work, in this last chapter of the present investigation the most relevant conclusions drawn from the results of this work will be developed.

With regard to communication strategies, from the results extracted from the survey of health professionals, it can be concluded that the strategies most used by mental health professionals in general are those ad hoc solutions, such as simplified Spanish or ad hoc interpreters, that is, friends or relatives of the patient. This coincides with what has already been stated by other previous studies. Surprisingly, many of the respondents had never worked with interpreters before, yet they did regularly or at least occasionally deal with people who were not sufficiently fluent in Spanish, reflecting the poor use of interpreting and mediation services in mental health settings, replacing them with ad hoc solutions, as mentioned above.

These data verify the first and second hypotheses of this paper, which argued that in mental health contexts, interpreting and mediation services are used less than needed and that instead of interpreting and mediation services, ad hoc solutions are used to meet communication needs.

On the other hand, it was interesting to note that mental health professionals generally preferred the use of these ad hoc solutions to the use of interpreters or mediators. This could be understood in part by their limited experience with interpreters. However, people who did have experience with interpreters did not choose professional interpreting as their preference. This reflects a lack of awareness of the need for reliable and neutral interpreting to ensure the quality of the service.

As for the briefings and de-briefings, the truth is that the healthcare professionals surveyed were totally open to carrying them out. The problem for mental health professionals related to this is the time factor, which is that they do not have enough time to spend with an interpreter a few minutes before and after the consultation, given that a consultation with an interpreter usually lasts a little longer than usual. However, both mental health professionals and interpreters are aware of the benefits of these meetings between professionals to share the strategies to be used in the consultation and the objectives of the consultation. Furthermore, they also stress that these meetings help to ensure teamwork between professionals.

This teamwork between professionals is essential for the smooth running of the session, as explained by many authors mentioned throughout this paper. If both professionals pursue the same objective and use the same strategies, the result of the session will inevitably be more useful and of higher quality.

With regard to training, the main conclusion we would like to highlight, since the importance of training in itself is a widely shared and studied idea, is that the training of interpreters in mental health issues and the training of mental health professionals in multiculturalism and how to deal with interpreters separately, i.e. that one professional has it

and the other does not, is absolutely insufficient. The combination that provides the greatest benefit and helps the development of the session and the service is one in which both the interpreter and the healthcare professionals are trained to work in a multicultural context in mental health contexts. Bilateral training benefits mutual knowledge and teamwork, two of the solutions provided by healthcare professionals in the survey on which this work is based.

Still on the subject of training, and as the results of the surveys show, fortunately most of the sample surveyed, both interpreters and mental health professionals, are very interested in receiving this kind of training. This growing interest in the topic reflects the increasing importance given to interpreting in mental health contexts at a societal level.

As regards the importance of language in mental health contexts, both the theoretical framework and the chapter analysing the results emphasise the need for linguistic information in order to make a proper diagnosis and treatment. In the theoretical framework, this importance is explained in the words of authors such as MacSuibhne (2012), Drennan and Swartz (2002) and Hlavac (2017), who point out the dangers and benefits of not understanding each other in mental health contexts. On the other hand, in the results of the surveys on which this work is based, it can be seen that the vast majority of the two samples consider language to be essential for proper diagnosis and treatment. The language variable acquires a special complexity in mental health contexts, since communication barriers are not always due to differences in languages, but also due to the functional diversity of the patients. However, despite these added barriers that may sometimes exist, language and speech continue to be the main tools of diagnosis and treatment.

These data verify the third hypothesis of this paper, which was that linguistic information is essential for quality diagnosis and treatment in mental health.

Another main topic of this work, which is really interesting, is how the healthcare professional-patient relationship is affected by the presence of an interpreter. This is a very complex subject on which numerous studies have been carried out. The conclusion reached in this study is that the integrity of the healthcare professional-patient relationship is one of the main concerns of mental health professionals when working with an interpreter, as demonstrated in the survey, and that the presence of a third person can affect this relationship between health personnel and patients. However, lack of communication affects this relationship and prevents the provision of quality service, so the presence of an interpreter in these situations is inevitable. Having said this, both the interpreter and the healthcare professional must manage the relationships and dynamics that are created in the session in order to try to manage the quality of the healthcare professional-patient relationship between the patient and the healthcare professional.

With regard to the working conditions of interpreters, the results of the survey confirm what other studies mentioned throughout this study had already concluded: that interpreting services are usually hired and managed by associations and NGOs and that interpreters working in healthcare settings are usually volunteers. This situation is a reflection of the lack of professionalization of the interpreting services and all the work that remains to be done.

Based on the difficulties that they themselves presented, the mental health professionals proposed possible solutions, some of which have subsequently been used to write the chapter on guidelines for action. Some of the solutions collected by the healthcare professionals in the survey are highly relevant issues in this field already included in these conclusions, such as conducting briefings and de-briefings, encouraging teamwork among professionals, the Administration giving greater importance to interpreting and mediation, the incorporation of permanent interpreters linked to specific services, the hiring and training of interpreters by the mental health centres themselves, etc. In this work, we consider it vital to

listen to the opinions of professionals in order to achieve a deeper understanding of the real situation and needs in mental health settings.

In order to improve the situation, it is essential to have material on this subject in mental health centres, available to mental health professionals and patients. On the one hand, it is essential to draw up specific action protocols for each centre, according to its possibilities, on how healthcare professionals should act if a situation arises in which a patient or family member have a limited command of Spanish. This way, healthcare professionals are provided with tools so that they can take care of these people with a guarantee of quality and so that they are not forced to "do what they can." In addition, by regulating how to act in these contexts, it is less likely that discriminatory situations towards patients will occur. These protocols should list the strategies available to health workers and explain how to contact and work with interpreters and mediators. On the other hand, it is necessary that in mental health centres there are materials and documents translated into different languages, so that immigrants can be informed in their own language.

As a final conclusion of the work, the three hypotheses presented at the beginning of the research process are verified through what has been exposed throughout the present study. Therefore, it could be concluded that interpreting and mediation services are underused in mental health contexts; that instead of using professional interpreters, ad hoc solutions tend to be used, such as simplified Spanish or ad hoc interpreters, and that this situation should change because linguistic information is essential for the good development of the healthcare service in mental health contexts.

At this point, it is necessary to explain the limitations of this work. Despite the space and time limitations of this research, we consider that the result is sufficiently complete and clear to briefly explain the context of interpreting in mental health. This paper is intended as a first study, a basis, for future research. From this work, different possibilities for future research are opened. To mention some of these topics, we should look more deeply into the role of culture in mental health diagnosis and the opinion this role arouses in groups of interpreters and healthcare professionals; into proposals for action and how to carry them out, and into proposals for specific protocols in collaboration with some mental health centres. On the other hand, the samples for the two surveys are very restricted, so they may not be considered representative of the populations they represent. Future research should include a larger number of respondents to make the results more representative and useful.

We would not want to finish this work without immensely thanking all the people who have wanted to participate in this study through the surveys, both healthcare professionals and healthcare interpreters. I would especially like to thank the mental health professionals for their availability, despite the difficult time they are having due to the health crisis caused by Covid-19 disease. Without your kindness and availability this work would not have been possible.

At the same time, I would like to make a special mention of the conditions in which all those who work in the public health system, both healthcare professionals and interpreters and the rest of the professionals working there, who suffer from a growing lack of resources and funding and who, in spite of this, make an effort to ensure that we all receive quality services.