

La comunicación intercultural en el sistema público de salud mental en España

Communicating interculturally in the mental health public system in Spain

Carmen Pena Díaz

Universidad de Alcalá de Henares (UAH)
España

ONOMÁZEIN | Número especial XIII – Retos presentes y futuros para la traducción e interpretación en los servicios públicos: Interculturalidad, multilingüismo y tecnología: 19-38

DOI: 10.7764/onomazein.ne13.02

ISSN: 0718-5758



Carmen Pena Díaz: Departamento de Filología Moderna, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Alcalá de Henares, España. Orcid: 0000-0002-2329-756X. | E-mail: carmen.pena@uah.es

Fecha de recepción: enero de 2023

Fecha de aceptación: marzo de 2023

Resumen

El acceso a la información pública es un derecho democrático que no solo corresponde a las personas que pueden comunicarse eficazmente dentro de su cultura dominante, sino que también a todos los ciudadanos, por lo que debe estar disponible y ser accesible para todos. Sin embargo, las dificultades lingüísticas y culturales en el acceso y uso de los servicios públicos, así como la facilitación de la comunicación a todos los niveles, son problemas que aún no han sido abordados por las autoridades en España. Los servicios que se utilizan actualmente para resolver las necesidades relacionadas con la comunicación entre la población no hispanohablante y los profesionales sanitarios no son del todo eficaces en los hospitales españoles. La mayoría de los profesionales médicos explican que, en sus consultas con inmigrantes que no hablan español, les piden que traigan consigo a un familiar o amigo que lo hable. En lo que respecta a la salud mental, un área en la que la comunicación es de suma importancia y el tratamiento muy a menudo implica terapia y, por tanto, comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, las barreras lingüísticas y culturales con frecuencia crean obstáculos adicionales para un tratamiento correcto.

En este artículo se presentan los resultados de una investigación narrativa realizada con una muestra de profesionales de la salud mental sobre sus percepciones y experiencias al trabajar con pacientes de habla no hispana.

Palabras clave: traducción; interpretación; mediación intercultural; servicios públicos; salud mental.

Abstract

The access to public information is a democratic right that is not just for people who can communicate effectively within their dominant culture but for all citizens, thus it must be available and accessible to all. However, linguistic and cultural difficulties regarding the access and use of public services, as well as communication facilitation at all levels are problems which have not yet been tackled by authorities in Spain. The services currently used to tend to communication-related needs between the non-Spanish speaking population and healthcare professionals are not completely effective in Spanish hospitals, and most medical professionals will explain that, in their consultations with migrants who do not speak Spanish, they ask them to bring along a family member or friend who speaks Spanish. Con-

cerning mental health—an area in which communication is of the utmost importance and treatment very frequently involves therapy and, thus, communication between the health provider and the patient—, language and cultural barriers often create further obstacles for an adequate treatment.

This paper will present the results of a narrative inquiry of a sample of mental health clinicians on their perceptions and experiences when working with non-Spanish speaking patients.

Keywords: translation; interpreting; intercultural mediation; public services; mental healthcare.

1. Introducción

El término ‘comunicación’ procede del latín *communicare*, que significa ‘compartir’, y refiere a un proceso mediante el cual se intercambian mensajes entre un emisor y un receptor. En estos mensajes se comparten ideas, pensamientos, sentimientos, actitudes e información. En este sentido, autores como Angelelli (2000: 580) afirman que la comunicación es mucho más que palabras o signos. En la comunicación intervienen la intención, el contexto, la forma, la esencia, el gesto, el tono o las relaciones de poder, entre otros factores. Así pues, sería inconcebible una sociedad en la que sus miembros no pudieran comunicarse de algún modo, ya que es la base de todo entendimiento.

Tal como establece el artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, toda persona tiene derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas por cualquier medio de expresión, sin consideración de su procedencia. Por tanto, la comunicación no es solo un derecho de los ciudadanos que pueden comunicarse eficazmente dentro de la cultura mayoritaria (McLeod, 2018: 3-4), sino que el acceso a la información pública es también un derecho democrático (Greenwood y otros, 2017; O'Brien y otros, 2018) y ello implica que todo el mundo debe poder comunicarse. Interactuamos e intercambiamos información e ideas y, por lo tanto, la comunicación está en el centro de la sociedad y la humanidad. Toda información pública debería estar disponible y ser accesible para todos. Este derecho se subraya en la guía de la ONU titulada *COVID-19 y los derechos humanos de los migrantes: Orientaciones* (Naciones Unidas, 2020: 16), en la que se aclara que todas las personas que se encuentren en el territorio o bajo la jurisdicción de un Estado, independientemente de su nacionalidad o estatus migratorio, tienen derecho igualitario a la salud. Los Estados tienen la obligación de garantizar este derecho a todos sin discriminación, incluso por motivos de nacionalidad y estatus migratorio. La escasez de recursos no es una justificación satisfactoria para tratar de forma diferente las necesidades sanitarias de los inmigrantes.

Para que la comunicación sea eficaz se requiere un elemento principal: la lengua. La lengua no es la única base del entendimiento entre personas de distintos lugares con códigos lingüísticos diferentes, sino que las características y diferencias, como costumbres, normas, rituales, leyes, entre otros, también pueden generar obstáculos en la comunicación. Cuanto más diferentes son las culturas, más difícil es que las personas se entiendan y más probable es que se encuentren con percepciones diferentes que den lugar a malentendidos y problemas de comunicación. Académicos como Valero-Garcés y Wahl-Kleiser (2014: 325), que analizan estudios sobre las diferencias culturales que experimentan varios grupos (marroquí, hindú y chino) en el sistema sanitario español, determinan que las diferentes convenciones conducen a problemas de comunicación que van más allá del nivel lingüístico en el ámbito sanitario. De hecho, explican que “la conceptualización que cada cultura tiene de la enfermedad, la salud y la muerte, es el resultado de prácticas sociales” (Valero-

Garcés y Wahl-Kleiser, 2014: 315, traducción del autor). Resulta evidente que los elementos culturales juegan un papel muy importante en la comunicación.

El diccionario Merriam-Webster define la cultura como “las creencias habituales, las formas sociales y los rasgos materiales de un grupo racial, religioso o social” (s.f.). Otros investigadores, como Newmark (1988: 94), la definen como “la forma de vida y sus manifestaciones propias de una comunidad que utiliza una lengua determinada como medio de expresión”, y, así, introducen el aspecto lingüístico en relación con la cultura. Esta relación entre lengua y cultura también la avalan investigadores como Nida (1945) o Aixelá (1996).

En este sentido, podría decirse que los elementos culturales influyen en la forma en que los usuarios perciben la información y determinarán cómo cumplen las instrucciones. A su vez, los servicios públicos deben ser capaces de comprender estas diferencias o apoyarse en alguien que pueda sensibilizar y explicar las posibles diferencias culturales, traducir el mensaje y sus implicaciones. Sabemos que los extranjeros que van al médico pueden venir de una realidad completamente diferente a la española y muchas veces no entienden la información que el médico les dice, no solo por el idioma, sino también porque ciertas costumbres no existen o tienen un fuerte estigma o rechazo en el país del que vienen (López Vélez, 2018). Esto, obviamente, incluso podría ocurrirle a la población que sí habla el mismo idioma, pero, en el caso de una lengua extranjera, la complicación es mayor.

Así, las diferencias culturales son cruciales para entender a las personas de distintos lugares y, como explica Valero-Garcés (2003: 183), “los hábitos, valores y creencias necesarios para el tratamiento terapéutico difieren, lo que podría dificultar la labor del personal sanitario y sus resultados” (traducción del autor). Por ejemplo, en algunas culturas no conciben someterse a extracciones de sangre debido a sus creencias, lo que podría repercutir en su tratamiento si se requiere este procedimiento. En este sentido, los ciudadanos necesitan comprender tanto lingüística como culturalmente los mensajes que se les transmiten para actuar de forma cívica y responsable, es decir, como se espera de todo buen ciudadano. La falta de comprensión puede crear un desajuste entre las convenciones culturales de su lugar de origen y la sociedad de acogida, lo que puede hacer que no sigan las instrucciones y, en consecuencia, no actúen como se espera de ellos, con la consiguiente pérdida de tiempo y dinero y, potencialmente, la infracción de la ley.

Un ejemplo de mala gestión en relación con el acceso de los inmigrantes a la información pública podría tomarse de la pandemia del COVID-19, cuando las instrucciones al público sobre llamar por teléfono al centro de salud si solo se tenían síntomas leves de la enfermedad se dieron únicamente en español. Lo mismo ocurrió con el resto de las instrucciones, incluidas aquellas que ordenaban que los ciudadanos permaneciesen aislados hasta que recibieran información adicional sobre su estado. Para la población que no podía comunicarse en español, esto dificultó seriamente su tratamiento médico y disminuyó los efectos

de las medidas de prevención, ya que no podían entender las instrucciones ni comunicarse eficazmente por teléfono para describir sus síntomas o pedir más información. En esta línea, Álvaro Aranda (2020: 466-467), que estudió la traducción de materiales relacionados con el COVID-19 para la población no hispanohablante, considera que el idioma o la cultura de una persona no debe ser un factor que aumente la vulnerabilidad del inmigrante en lo que se refiere a su salud y muestra cómo la traducción es clave en situaciones de crisis.

Estos ejemplos demuestran que son necesarias acciones urgentes para superar esta falta de entendimiento y la principal solución para ello son profesionales de la lengua que pueden salvar esa brecha, no solo la lingüística, sino también la relativa a las diferencias culturales: los traductores e intérpretes formados para los servicios públicos.

Este trabajo presentará un estudio usando como metodología el análisis narrativo obtenido a partir de entrevistas realizadas a una muestra de ocho médicos especialistas sobre sus experiencias de comunicación con usuarios extranjeros que no pueden comunicarse en español y, por tanto, sus problemas para acceder a los servicios sanitarios y recibir los servicios adecuados.

2. La mediación intercultural y el acceso a la sanidad pública

En los servicios públicos de España, por lo general, la mediación intercultural la lleva a cabo el personal sanitario que intenta comunicarse con un paciente que no habla español. Este profesional puede conocer o no la lengua del paciente. Puede tratarse, por ejemplo, de un trabajador social que domine el inglés, pero no sepa ni una palabra de punjabi y, sobre todo, no entienda la cultura. Así pues, hay que combinar la traducción de los elementos lingüísticos con la mediación de los culturales. En este sentido, el profesional que resultaría más adecuado para este tipo de trabajo es el Traductor e Intérprete en los Servicios Públicos (TISP), un área de la interpretación y la traducción que consiste en facilitar el acceso a los servicios públicos (servicios sanitarios, educativos, jurídicos, etc.) a usuarios que se encuentran limitados por una barrera lingüística o cultural y mediar entre los usuarios y los profesionales de la administración pública. De hecho, autores como Raga Gimeno (2005: 130) sugieren que el papel del mediador cultural no se limite a la traducción de la lengua, sino que incluya un acercamiento pedagógico hacia el usuario para poner a su disposición aspectos culturales y pautas de comunicación.

2.1. Disposiciones de comunicación para los inmigrantes en España

La inmigración es un fenómeno en aumento en España desde hace más de dos décadas y, sin embargo, el acceso a los servicios públicos (Colectivo Ioé, 2003: 3; Sancho Pascual, 2013: 5) por parte de los usuarios con dificultades lingüísticas y culturales no ha sido abordado por las autoridades. De hecho, ya en 2003 Valero-Garcés (181) sostenía que el personal sa-

nitario llevaba diez años atendiendo a inmigrantes. Sin embargo, las cuestiones lingüísticas y culturales no suelen reconocerse como parte integrante de los movimientos migratorios o de la integración social. Mientras que los profesionales de la comunicación interlingüística e intercultural saben que la lengua y la cultura son componentes clave para lograr la integración de los inmigrantes y consolidar una sociedad verdaderamente multilingüe, los responsables políticos a escala local, nacional o supranacional no siempre parecen ser conscientes de los riesgos y costes de no prestar servicios de interpretación y traducción, en particular los que afectan a la salud de los usuarios. De hecho, Reyes y otros (2021: 66-68) postulan que la integración ha sido rechazada en las dos últimas décadas, debido a que los medios de comunicación y la política la entienden como asimilación cultural y creen que es necesario animar a las sociedades receptoras a responder a las necesidades lingüísticas de los inmigrantes, especialmente en su relación con las instituciones.

El acceso a los servicios públicos para los inmigrantes en España está garantizado en las mismas condiciones que para los españoles y comparten los mismos derechos y obligaciones. Así, en Madrid, los extranjeros empadronados con permiso de residencia tienen garantizado el acceso casi universal a los servicios públicos, en línea con las políticas desarrolladas en otros países europeos con mayor tradición migratoria. El Barómetro Migratorio de 2016 (Comunidad de Madrid, 2016) indica que el 62 % de los extranjeros ha encontrado algún obstáculo para integrarse en la sociedad española, siendo los principales las dificultades lingüísticas (30 %), la discriminación social (15,6 %) y las diferencias culturales (13,6 %). Cox (2017: 2) afirma que los pacientes que proceden de una “variada gama de entornos culturales, lingüísticos y socioeconómicos, con marcos de referencia muy divergentes [...] tienen un mayor riesgo de falta de comunicación”, que fue la premisa con la que iniciamos nuestro estudio.

Aunque, en teoría, los servicios públicos como los hospitales contratan a empresas de traducción o interpretación que han licitado el servicio, principalmente a través de la interpretación telefónica (normalmente un servicio de interpretación con una lista externa de intérpretes acreditados y no acreditados), en la práctica, actualmente no existen disposiciones eficaces para los problemas de comunicación en los hospitales españoles. Las soluciones actuales pasan por el recurso a ONG (Cruz Roja, CEAR, etc.), si el migrante pertenece a alguna, el uso de un idioma pivote (normalmente el inglés) que ni el clínico ni el paciente pueden dominar muy bien, y la provisión principal proviene del uso de intérpretes *ad hoc* (familiares, vecinos o amigos). Así, autores como Angelelli (2000) informan de la intervención de ONG, asociaciones o personal sanitario bilingüe que actúan como puentes para resolver las brechas de comunicación con los pacientes extranjeros y, especialmente, los médicos suelen pedir a los usuarios extranjeros que lleven a un familiar o amigo que sepa comunicarse (parientes, hijos, amigos, vecinos, etc.). En este contexto, existen evidentes cuestiones éticas y problemas de comprensión y malentendidos. Una abundante bibliografía (Antonini, 2010; Bauer, 2006; Weisskirch, 2010; Pena Díaz, 2019) describe situaciones

en las que familiares, hijos, amigos o cualquier persona que hable o entienda un idioma ayuda a romper las barreras lingüísticas y, aunque es una práctica muy frecuente y común con la que debemos convivir y ayudar a mejorar, no es la más ética ni profesional, ya que no hay garantía de que se produzca una comunicación efectiva.

2.2. La salud mental en España: la salud en cifras

Los problemas de salud mental constituyen uno de los mayores retos de salud pública de los últimos años. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (2004) concluía que en el mundo había alrededor de 450 millones de personas con trastornos mentales. Según datos obtenidos de la última Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2022), un estudio europeo sobre la prevalencia de los trastornos mentales en Europa estimaba que el 38,2 % de la población en Europa padece un trastorno mental. Por otro lado, la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) (Ministerio de Sanidad, 2022) señala que el 5,84 % de la población con 15 años o más padece ansiedad crónica diagnosticada; el 5,28 %, depresión diagnosticada, y el 10,86 % toma medicación para dormir. Por último, la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) sitúa la prevalencia de los problemas de salud mental en atención primaria en el 27,4 % en 2017.

A la vista de estos datos, en relación con la lengua y cultura, es fundamental tener en cuenta el uso de los servicios sanitarios en salud mental por parte de los inmigrantes. Según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, el estrés provocado por el cambio de hogar y cultura, y la discriminación y el sentimiento de desarraigo, son los principales motivos por los que alrededor del 50 % de los inmigrantes necesita atención en salud mental. Las enfermedades más diagnosticadas entre los inmigrantes son los trastornos de ansiedad, los trastornos de adaptación, los trastornos depresivos y el síndrome de Ulises (Loizate y otros, 2010).

2.2.1. Organización del sistema de atención a la salud mental

Teniendo en cuenta estos datos, es importante entender cómo está organizado el sistema de atención a la salud mental en España. Está coordinado por el Ministerio de Sanidad, pero cada Comunidad Autónoma se organiza de una manera diferente, aunque sus sistemas sanitarios suelen ser bastante similares.

Existe una primera Unidad de Salud Mental Comunitaria ambulatoria, que constituye el primer nivel asistencial y coordina el resto de las unidades asistenciales. También hay unidades específicas, como las de salud mental infanto-juvenil, que se centra en la población joven, así como unidades de geronto-psiquiatría, trastornos de la conducta alimentaria o drogodependencias, entre otras. Asimismo, hay unidades de rehabilitación que reciben a pacientes con trastornos graves derivados de las unidades comunitarias y tienen como objetivo su reinserción social y laboral.

Existen hospitales de día de salud mental, que ofrecen atención diurna a pacientes derivados desde atención primaria. Un paso posterior son las unidades de hospitalización de salud mental, para hospitalizaciones de corta estancia y pacientes que necesitan más asistencia médica.

Además, existen unidades de rehabilitación de media estancia, destinadas al tratamiento intensivo de pacientes con diagnósticos graves y unidades residenciales, diseñadas para regímenes de larga estancia.

2.2.2. El acceso a la atención de salud mental en España

El acceso al tratamiento psiquiátrico es como el de otros tipos específicos de asistencia sanitaria. Para acudir a una consulta en un centro de salud mental es necesaria la derivación del médico de cabecera del paciente desde atención primaria. Lo mismo ocurre cuando un paciente es trasladado a un centro de rehabilitación, ya que, de igual manera, debe ser derivado por su médico y, dependiendo de la comunidad autónoma, cada caso individual debe ser evaluado por un comité de expertos. Por otro lado, también es posible acudir a centros de atención primaria y de salud mental, que proporcionarán la atención necesaria. El uso de estos servicios se aplica tanto a los ciudadanos españoles como a los extranjeros empadronados y a los extranjeros no empadronados legalmente, tal y como establece el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

2.2.3. La traducción y la interpretación en el sector sanitario

La Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de octubre de 2010, establece el derecho a un intérprete en los procesos penales. Aunque en muchas ocasiones las condiciones o la formación del intérprete no son óptimas, esta normativa es ya un precedente interesante para la traducción e interpretación en el ámbito sanitario, ya que actualmente no es un derecho que esté regulado a nivel institucional y legal.

Sin embargo, en España, la mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de un servicio de interpretación telefónica 24 horas, subcontratado por empresas privadas (en 2022, por ejemplo, Dualia fue subcontratada en regiones como País Vasco, Baleares, Extremadura y Andalucía), donde se ofrecen alrededor de 50 idiomas. Hay otras regiones, como Navarra, que reciben traductores e intérpretes a través de subvenciones gubernamentales y, por desgracia, también hay regiones como Galicia donde se utilizan intérpretes *ad hoc* sin demasiada formación (Santana García, 2021).

Además, en general, aunque la interpretación telefónica (o teletraducción, como se ofrece en algunas regiones) se ha implantado en la mayoría de los lugares, gran parte de los hospitales no utilizan traductores ni intérpretes. A la vista de estos datos, no son de extrañar los resultados de uno de los estudios del Subprograma de Salud e Inmigración del CIBERESP (s.f.), que informa que los inmigrantes tienden a hacer un menor uso de la atención

en salud mental, posiblemente debido a la falta de conocimiento de la cultura inmigrante entre los profesionales sanitarios, lo que hace que la atención ofrecida no responda a las necesidades de los inmigrantes.

En España, existen propuestas que tratan de abordar la atención transcultural en salud mental, proponiendo estrategias y metodologías para mejorar el trato a los inmigrantes. Una de ellas, por ejemplo, es el programa de la Junta de Andalucía para la atención a la salud mental de la población inmigrante (Junta de Andalucía, 2012), que se centra en medidas para garantizar una buena atención y trata temas como el duelo migratorio. Sin embargo, solo menciona la traducción, la interpretación y la mediación intercultural de forma anecdótica, como importantes "siempre que sea posible", pero no obligatorias.

2.2.4. Recursos culturales y lingüísticos

En un artículo de Valero-Garcés (2014, apud Burdeus-Domingo, 2018) se afirma que los principales problemas de los inmigrantes que intentan acceder al sistema sanitario son la desatención activa, el desconocimiento, la complejidad burocrática y las dificultades con el idioma y las diferencias culturales, sociales y religiosas.

En 2012, el grupo FITISPos de la Universidad de Alcalá (Sandín-Vázquez y otros, 2012) realizó un estudio para tratar de determinar qué recursos disponibles para inmigrantes eran más necesarios, cuáles necesitaban ser traducidos con mayor urgencia y qué materiales había disponibles para los profesionales que trabajan con inmigrantes. El resultado fue la creación de un catálogo de recursos para un sitio web que ya no parece estar disponible. Sin embargo, en 2022 se puso en marcha el proyecto MentalHealth4All, que consiste en la creación de un repositorio multilingüe europeo de recursos para inmigrantes en el ámbito de la atención a la salud mental. El proyecto aún está en fase de desarrollo, pero, sin duda, marcará la diferencia una vez finalizado.

En cuanto a la información institucional, como las versiones en inglés de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud español, rara vez están disponibles y nunca incluyen información relativa a los inmigrantes. En los últimos años, se han publicado en español documentos para la prevención de las enfermedades mentales y el suicidio, que pueden encontrarse en las páginas web de las distintas comunidades autónomas, como el Servicio Andaluz de Salud. Incluyen guías de autoayuda para la depresión, el duelo o la ideación suicida, pero están dirigidas a la población general, no a la intercultural. Existen algunas administraciones, como el Ayuntamiento de Parla, en Madrid, que cuentan con un Servicio de Mediación Intercultural para la salud y se encargan de traducciones administrativas, diagnóstico y tratamiento, consultas clínicas, derivaciones, etc. Además, en el artículo "Health Plans for Suicide Prevention in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents" (Sufrate-Zorzano, 2022), se realizó una revisión de los recursos publicados en los últimos diez años en España disponibles en inglés y español sobre prevención del

suicidio, que se pueden encontrar en las páginas web oficiales de cada región. Sin embargo, aunque existen algunos recursos en casi todas partes, es importante recordar que solo están disponibles en inglés y en las lenguas cooficiales de España y que no están realmente orientados al paciente, sino, más bien, a las instituciones. Además, hay que tener en cuenta que la oferta de recursos en otras lenguas más minoritarias deja mucho que desear y no tienen la calidad necesaria.

Es fundamental destacar la labor de la organización Salud entre Culturas (SEC), que forma parte de la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas y se centra en proporcionar recursos sanitarios en diferentes idiomas. SEC organiza cursos de formación, edita guías "culturalmente adaptadas" sobre distintas enfermedades (como el VIH o la enfermedad de Chagas) en español, inglés y francés, y cuenta también con un servicio de interpretación presencial y mediación intercultural. Además, realiza campañas de sensibilización y voluntariado.

En el ámbito de la salud mental, la SEC ha creado el programa de Psicología Transcultural¹, definido en su página web como "un programa de atención psicosocial [...] dirigido a inmigrantes con problemas psicoemocionales relacionados con el propio proceso migratorio, la adaptación al nuevo contexto y/o un diagnóstico de patología crónica, entre otros". Las actividades llevadas a cabo por este grupo se centran en terapias individuales y grupales, actividades de educación en salud mental en el contexto de la migración y actividades de formación y sensibilización para profesionales sociales y sanitarios. Lamentablemente, a este programa solo se puede acceder por derivación desde las unidades de Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas del hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Por último, centrándonos en la lengua inglesa, que es la más traducida, las búsquedas en Internet para un angloparlante no proponen resultados oficiales. Predominan los blogs de expatriados, como expatica.com, que explican, desde la experiencia, cómo funciona el sistema sanitario y se pueden leer experiencias de inmigrantes que han accedido a él, pero no son específicos de salud mental.

2.2.5. Formación

La formación profesional como intérprete sanitario es un área que está creciendo lentamente en este país, pero de la que todavía no hay mucha información. A nivel universitario existe, por supuesto, el máster CITISP de la Universidad de Alcalá, y cursos específicos de interpretación en servicios públicos en algunas universidades, como la Universidad de Granada, la Universidad de La Laguna y la Universidad de Alicante.

1 <https://www.saludentreculturas.es/que-hacemos/psicologia-transcultural/>.

Hay muchos cursos de interpretación sanitaria y, aunque no son específicos de salud mental, algunos sí la abordan. Por ejemplo, los cursos de verano de la Universidad Menéndez Pelayo suelen dedicarle un espacio; cursos de AulaSic, como el Curso de Psicopatología: Teoría y Práctica para Traductores; o cursos de otras organizaciones internacionales, como la Red de Intérpretes Sanitarios.

Es importante mencionar que un estudio de Menoyo García de Garayo (2020), centrado en entrevistas a intérpretes y profesionales sanitarios, demostró que el 30 % de los entrevistados aseguraba haber realizado cursos de formación relacionados con la salud mental, como cursos online, formación profesional para auxiliares de enfermería, cursos de mediación/interpretación en el ámbito hospitalario o los cursos de Salud entre Culturas. Todos ellos, eso sí, de forma personal y autónoma.

2.2.6. El uso del lenguaje en salud mental

Utilizado de forma constructiva, el lenguaje puede tener un impacto sustancial en la vida de las personas. En el contexto de la enfermedad mental, la salud mental y el bienestar, las palabras negativas pueden percibirse como condescendientes, aislantes y estigmatizadoras, mientras que las palabras positivas pueden transmitir dignidad, empatía y esperanza. Colleen Vojak (2009) comenta que, cuando se utilizan indiscriminadamente, las palabras pueden crear barreras, conceptos erróneos, estereotipos y etiquetas difíciles de superar. Las etiquetas pueden fomentar la separación y el aislamiento, al tiempo que promueven diferencias jerárquicas de poder.

En salud mental, los médicos prescriben fármacos, pero es un ámbito en el que se prescriben muchas otras cosas, como asesoramiento, diferentes terapias, etc., en el que hay que crear relaciones de confianza entre todas las partes y en el que se conversa mucho. Se trata, por tanto, de un ámbito en el que la comunicación médico-paciente es esencial.

Este artículo presenta un análisis de indagación narrativa obtenido a partir de ocho entrevistas recogidas de una muestra de ocho clínicos de salud mental del Hospital La Paz de Madrid sobre sus experiencias de comunicación con usuarios extranjeros cuyo idioma no es el español y, por tanto, experimentan problemas para acceder a los servicios sanitarios y recibir los tratamientos adecuados.

3. Metodología

La metodología empleada para llevar a cabo el estudio es el análisis narrativo, un enfoque interpretativo en el que la narrativa se convierte en objeto de estudio, centrándose en cómo los individuos o grupos dan sentido a los acontecimientos y acciones de sus vidas y proporcionan una oportunidad para que el paciente o clínico narre su experiencia para el

investigador. De hecho, Barrett y Stauffer (2009: 7) definen la ‘narrativa’ como “la capacidad de hablar y, a través de ese medio, construir una versión de los hechos”. En nuestro caso, el instrumento específico que hemos utilizado para recoger los datos corresponde a las entrevistas semiestructuradas, en las que el participante pudo transmitir plenamente sus narrativas internas, y que contaron con un total de 7 preguntas, presentadas a continuación. Se realizó la transcripción literal de estas entrevistas.

La teoría narrativa aplicada a los Estudios de Traducción fue introducida por primera vez por Baker en su libro *Translation and Conflict: A Narrative Account* en 2006. Baker (2009 y 2010) se basó posteriormente en ese trabajo pionero. Desde entonces, muchos otros autores (Apter, 2005; Baker, 2009, 2010; Inghilleri, 2008; Bielsa, 2009; Inghilleri y Harding, 2010; Beltrán, 2013) han investigado temas de traducción desde la perspectiva de la teoría narrativa, que considera el comportamiento humano como determinado por las historias y los acontecimientos que narran los individuos. Las narrativas individuales y, por extensión, las locales, forman parte de narrativas más amplias. Esta configuración de relaciones y acontecimientos humanos está poblada por seres humanos necesitados de intercambios comunicativos claros y tiene lugar también en un entorno de variedad de medios.

4. Resultados

En esta sección se presentarán las preguntas de las entrevistas con las respuestas resumidas:

1. ¿Tiene pacientes con los que no puede comunicarse en español?

Todos los clínicos habían tenido pacientes con los que no podían comunicarse en español. Sin embargo, ninguno tenía pacientes que no hablaran español en sus grupos terapéuticos.

2. ¿Qué hace cuando tiene pacientes extranjeros con los que no puede comunicarse en español?

En esas situaciones, afirmaron que intentaban comunicarse en un idioma común. Esta solución plantea la cuestión de si médico y paciente pueden hablar con fluidez, cuál es su nivel de dominio de dicha lengua común y si están familiarizados con la terminología sanitaria específica en dicho idioma. Cuando no es posible el uso de una lengua común, los clínicos suelen preguntar a los pacientes si tienen algún acompañante que se comunique mejor en español.

3. ¿Utiliza intérpretes o mediadores interculturales para comunicarse con los pacientes extranjeros? En caso afirmativo, ¿qué tipo de intérpretes utiliza (cara a cara/ videoconferencia/ teléfono, a través de una plataforma interactiva multilingüe, como, por ejemplo, Universal Doctor Speaker)?

Los médicos no conocían los servicios de interpretación o mediación de su organización. No sabían si podían contratar intérpretes externos y ninguno de ellos lo había hecho nunca.

4. ¿Disponen de un servicio propio de interpretación o mediación en su organización? ¿El servicio lo presta su organización o está subcontratado? En caso afirmativo, ¿cómo se llama la empresa que presta el servicio? ¿Solo interpretan o puede pedirles que traduzcan a la vista o texto?

No es habitual que los médicos utilicen intérpretes o mediadores interculturales, ni siquiera el programa de interpretación telefónica disponible en su hospital. En su lugar, prefieren hablar por teléfono con un familiar que domine la lengua en cuestión.

Este servicio telefónico de interpretación fue mencionado por alguno de ellos, pero declararon que nunca lo habían utilizado y que ni siquiera habían preguntado cómo se utilizaba.

5. ¿Utiliza intérpretes *ad hoc* (familiares, compañeros, colegas que hablan otros idiomas, otros pacientes...)?

Todos los clínicos habían recurrido en algún momento a familiares, pero afirmaron que no era todo lo satisfactorio que desearían, por lo que suelen recurrir a la traducción automática (TA) en línea, como *Google Translate*. Asimismo, recurren a los niños, que hablan español con bastante fluidez, pero aun así los clínicos tuvieron que simplificar la terminología al máximo.

6. ¿Distribuye traducciones (de folletos, formularios de consentimiento informado, etc.) en otros idiomas? ¿Qué tipo de recursos escritos utilizan para comunicarse con los pacientes extranjeros (folletos multilingües, consentimientos informados traducidos, listas de direcciones traducidas, escalas en distintos idiomas, páginas web, etc.)?

Los únicos documentos escritos traducidos de los que han dispuesto son consentimientos informados y folletos informativos en los que estuvieron trabajando becarios para sus créditos de Prácticas, los alumnos del Máster de Comunicación Intercultural, Interpretación de Servicios Públicos y Traducción de la Universidad de Alcalá.

7. ¿Cómo de satisfactoria cree que es su relación clínica con sus pacientes?

Los cuatro profesionales afirmaron que los pacientes que no hablaban español nunca acudían a las sesiones de apoyo en grupo y no llegaban muy lejos en sus terapias.

Dos de ellos solo hablaron con los pacientes en una primera fase en la que se anotaron las historias clínicas, y normalmente pedían a los pacientes que los acompañara algún familiar. Los otros dos hablaban de sus pacientes no hispanohablantes como si no estuvieran interesados en las terapias y normalmente ni siquiera les daban información sobre sesiones de grupo o asesoramiento.

Su forma de gestionar estas situaciones consistía básicamente en recetar medicamentos y citarlos para otras consultas.

Parece significativo que no haya pacientes de habla no hispana en sus grupos de asesoramiento o terapia y que no se preguntaran por qué o incluso pensarán de antemano que los pacientes no estarían interesados.

Cuando se les preguntó si creían que sería de ayuda contar con intérpretes, no estaban seguros, ya que no están acostumbrados a trabajar con ellos y no están seguros de que se pudiera establecer la confianza y la conversación, pero les hizo tomar conciencia de la necesidad de contar con ellos.

5. Conclusiones

Los datos recogidos a través de las entrevistas, junto con la información presentada en la introducción y el marco teórico, nos permiten establecer las siguientes conclusiones: una comunicación eficaz que requiera competencias lingüísticas y culturales adecuadas facilita el acceso a los servicios sanitarios y la comprensión de información importante, lo que constituye un derecho fundamental de todos los ciudadanos, tal y como se recoge en el artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, según el cual la comunicación "no es solo un derecho de quienes pueden comunicarse eficazmente dentro de su cultura dominante". Además, en 2011, la Organización Mundial de la Salud ya destacó la comunicación como uno de los mayores retos. Desde entonces, no parece que hayamos avanzado mucho, especialmente en áreas sensibles como la salud mental. De hecho, según se desprende de las entrevistas, los ciudadanos que no hablan español no parecen estar accediendo a recursos de salud mental, como grupos de terapia. En la mayoría de los casos, son citados y atendidos por un clínico y luego solo se les deja seguir un tratamiento farmacológico. No solo eso, sino que también ciertos clínicos incluso hablan de sus pacientes como si no estuvieran muy interesados en estos grupos, ocultándoles esta información.

En cuanto a las soluciones empleadas para salvar la brecha lingüística y cultural, el método preferido por los profesionales sanitarios parece ser:

- TA en línea
- seguida de la intervención de un intérprete *ad hoc* que sea un acompañante o familiar del paciente
- a continuación, el uso de una lengua común con independencia de su nivel de fluidez y conocimiento de la especificidad necesaria para transmitir el significado en un entorno especializado

- y, en último lugar, el uso de programas informáticos de interpretación telefónica, que algunos de ellos desconocen o no saben utilizar.

El hecho de que algunos de esos intérpretes *ad hoc* sean niños es especialmente llamativo, sobre todo si se tiene en cuenta que el entorno sanitario es el de la salud mental. Esto podría tener varias implicaciones éticas y potencialmente repercutir en la comunicación, ya que, como se ha visto, los médicos deben simplificar la terminología empleada y los niños, aunque hablen y entiendan español, no necesariamente comprenden las implicaciones de la interpretación en tales situaciones. Así pues, la calidad de la mediación lingüística y cultural resultante sería, cuando menos, cuestionable.

Otra posible solución, especialmente aplicable a las primeras citas, en las que podría proporcionarse información más general, podría ser el uso de material escrito traducido. Sin embargo, los clínicos no disponen de ellos más allá de algunos consentimientos informados y folletos informativos traducidos por estudiantes de máster.

Al mismo tiempo, parecen existir problemas de confianza, que podrían derivarse de una interferencia de barreras lingüísticas y culturales en la comunicación clínico-paciente y del uso de intérpretes no profesionales, como se puede observar en los resultados de las preguntas 5 y 7. Por un lado, los médicos piensan que los pacientes extranjeros no se toman en serio los tratamientos y los pacientes no siempre entienden lo que está pasando. Esto puede dar lugar a una mayor falta de comunicación, que, a su vez, influye en los procesos negativos de toma de decisiones (por ejemplo, no seguir el tratamiento), y que las percepciones negativas, como el miedo, la falta de confianza y las barreras de comunicación, incluidas las barreras lingüísticas y culturales, influyan enormemente en los procesos de toma de decisiones en todos los contextos, pero especialmente en el sanitario. Esto puede verse una vez más en la respuesta de los clínicos que deciden ni siquiera dar información sobre las sesiones de grupo, debido a una percepción preconcebida de que los pacientes que no hablan español no se interesan por ellas.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto la necesidad de contar con profesionales interlingüísticos e interculturales cualificados que puedan paliar las lagunas comunicativas. Como sugieren Álvaro Aranda y otros (2021: 8), los intérpretes deberían actuar como "aliados clínicos y terapéuticos, negociadores metalingüísticos y empoderadores de pacientes". Otras soluciones consistirían en concienciar a los clínicos sobre la existencia de intérpretes profesionales y la implementación de directrices sobre cómo trabajar con ellos, junto con la elaboración de directrices específicas para los entornos de salud mental. Esto podría constituir un incentivo para que los clínicos recurrieran a profesionales para mediar. La producción de materiales multilingües o traducidos también podría ser una forma rentable de abordar el asunto. Como se ha visto, aún queda mucho por hacer para garantizar el acceso de los no hispanohablantes a los servicios

sanitarios. Como ya se ha dicho, debemos seguir sensibilizando a los clínicos y a los servicios públicos para lograr este objetivo.

6. Bibliografía citada

AIXELÁ, Javier Franco, 1996: "Culture-Specific Items in Translation" en Román ÁLVAREZ y M. Carmen-Africa VIDAL (eds.): *Translation, Power, Subversion: Multilingual Matters*, 52-78.

ÁLVARO ARANDA, Cristina, 2020: "La traducción de materiales sanitarios sobre la COVID-19 para población inmigrante: análisis exploratorio de propuestas en España", *TRANS: Revista De Traductología* 24, 455-468.

ÁLVARO ARANDA, Cristina, Raquel LÁZARO GUTIÉRREZ y Li SHUANGYU, 2021: "Towards a Collaborative Structure of Interpreter-mediated Medical Consultations: Complementing Functions Between Healthcare Interpreters and Providers", *Social Science and Medicine* 269, 1-9, doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113529.

ANGELELLI, Claudia Viviana, 2000: "Interpreting as a Communicative Event: A Look through Hymes' Lenses", *Meta* 45, 580-592, doi: 10.7202/001891.

ANTONINI, Rachele, 2010: "The Study of Child Language Brokering: Past, Current and Emerging Research", *mediAzioni* 10, 1-23.

APTER, Emily, 2005: "Translation after 9/11" en M. BAKER (ed.) (2006): *Transit* 2 (1). *Translation and Conflict*, London: Routledge.

BAKER, Mona, 2006: *Translation and Conflict: A Narrative Account*, Routledge.

BAKER, Mona, 2009: "Resisting State Terror: Theorizing Communities of Activist Translators and Interpreters", *Globalization Political Violence and Translation*, Palgrave Macmillan, 222-240.

BAKER, Mona, 2010: "Interpreters and translators in the war zone. Narrated and narrators", *The Translator* 16 (2), 197-222.

BARRETT, Margaret, y Sandra STAUFFER, 2009: "Narrative Inquiry: from Story to Method" en Margaret BARRETT (ed.): *Narrative Inquiry in Music Education*, Springer, 7-17, doi: 10.1007/978-1-4020-9862-8.

BAUER, Elaine, 2006: "Practising Kinship Care: Children as Language Brokers in Migrant Families", *Childhood* 23 (1), 22-36, doi: 10.1177/0907568215574917.

BELTRÁN, Gil, 2013: *El papel y la ética de los intérpretes en situaciones de conflicto*. Disertación Máster en Traducción Profesional e Institucional, Universidad de Valladolid.

BIELSA, Esperança, 2009: "Globalization Political Violence and Translation. An Introduction", *Globalization Politic Violence and Translation*, Palgrave Macmillan, 1-21.

BURDEUS-DOMINGO, Noelia, 2018: "Interpreting in Mental Health: An Effective Communication", *Current Trends in Translation Teaching and Learning E 5*, 71-105.

CIBER EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA (s.f.): *Migración y salud en España*, CIBERESP Subprograma de Migraciones y Salud.

COLECTIVO IOÉ (PEREDA, Carlos, Walter ACTIS y Miguel Ángel DE PRADA), 2003: "La sociedad española y la inmigración extranjera", *Papeles de Economía Española, FUNCAS 98*, 16-31.

COMUNIDAD DE MADRID, 2016: *Barómetro de la inmigración de la Comunidad de Madrid*, https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/barometro_de_inmigracion_2016_0.pdf.

COX, Antoon, 2017: *The dynamics of (mis)Communication in Language Discordant Multi-Party Consultations in the Emergency Department*. Tesis de doctorado, Vrije Universiteit Brussel, Zeltate.

GREENWOOD, Deborah, Perry GEE y Malinda PEEPLES, 2017: "A Systematic Review of Reviews Evaluating Technology-Enabled Diabetes Self-Management Education and Support", *Journal of Diabetes Science and Technology 11 (5)*, 1015-1027, doi: 10.1177/1932296817713506.

INGHILLERI, Moira, 2008: "The Ethical Task of the Translator in the Geo-political Arena: From Iraq to Guantánamo Bay", *Translation Studies 1 (2)*, 212-223.

INGHILLERI, Moira, y Sue-Ann HARDING, 2010: "Translation and Violent Conflict", *The translator. Studies in Intercultural Communication 16 (2)*, 165-173.

JUNTA DE ANDALUCÍA, 2012: *Programa de atención a población inmigrante en salud mental (PAPI-SM)*, Servicio Andaluz de Salud.

LOIZATE, Joseba Achotegui, María Manuela SUÁREZ-VARELA MORALES, Pablo CERVERA BOADA, Celia QUIRÓS BAUSET, José Vicente PÉREZ FUSTER, Natalia GIMENO CLEMENTE, Agustín LLOPIS GONZÁLEZ, Jorge MOLTÓ LORENZO, Alberto Manuel TORRES CANTERO y Carme BORRELL, 2010: "Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises", *Norte de Salud Mental 8 (37)*, 23-30.

LÓPEZ VÉLEZ, Rogelio, 2018: *Boletín*, Entreculturas.

MCLEOD, Sharynne, 2018: "Communication rights: Fundamental human rights for all", *International Journal of Speech-Language Pathology*, 3-4.

MENOYO GARCÍA DE GARAYO, Usue, 2020: *Análisis de la interpretación en contextos de salud mental en España y propuestas de actuación*. Tesis de Máster, Universidad de Alcalá de Henares.

MENTALHEALTH4ALL, enero 2022 - diciembre 2024: "Development and implementation of a digital platform for the promotion of access to mental healthcare for low language proficient third-country nationals in Europe/MHEALTH4ALL", AMIF-2020-AG-CALL-02, Asylum, Migration and Integration Fund, DG HOME, <https://www.mhealth4all.eu/es/>.

MERRIAM-WEBSTER, s.f.: "Cultura", <https://www.merriam-webster.com/dictionary/culture>.

MINISTERIO DE SANIDAD, 2020: Encuesta Europea de Salud en España (EESE), https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm.

MINISTERIO DE SANIDAD, 2022: Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026, Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad, https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

NACIONES UNIDAS, 2020: *Migración y Derechos humanos: en esto estamos todos juntos*, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/OHCHRGuidance_COVID19_Migrants_sp.pdf.

NEWMARK, Peter, 1988: *A Textbook of Translation*, Prentice-Hall International.

NIDA, Eugene, 1945: "Linguistics and Ethnology in Translation-Problems", *WORD* 1 (2), 194-208, doi: <https://doi.org/10.1080/00437956.1945.11659254>.

O'BRIEN, Sharon, Federico FEDERICI, Patrick CADWELL, Jay MARLOWE y Brian GERBER, 2018: "Language translation during disaster: A comparative analysis of five national approaches", *International Journal of Disaster Risk Reduction* 31, 627-636, doi: 10.1016/j.ijdr.2018.07.006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004: *Invertir en salud mental*, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1>

PENA DÍAZ, Carmen, 2019: "Child language brokering: Challenges in Spanish intercultural education", *Intercultural education* 30 (4), 368-382.

RAGA GIMENO, Francisco, 2005: "Médicos, marabouts y mediadores: problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés" en Carmen VALERO GARCÉS (ed.): *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*, Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones, 123-133.

REYES, Charo, Silvia CARRASCO y Laia NARCISO, 2021: "Language and Social Integration in Times of Increasing Anti-Immigration Discourses. Challenges for Teachers and Migrant Adult Learners in the European Union", *Migraciones* 51, 61-91, doi: mig.i51y2021.003.

SANCHO PASCUAL, María, 2013: "La integración sociolingüística de la inmigración hispana en España: Lengua, percepción e identidad social", *Lengua y migración* 5 (2), 91-110.

SANDÍN VÁZQUEZ, María, Isabel RÍO SÁNCHEZ y Rosana LARRAZ, 2012: "Salud e inmigración: creación de un catálogo de recursos para mejorar la comunicación", *Revista de Calidad Asistencial* 27, 240-241.

SANTANA GARCÍA, Mónica, 2021: *La interpretación sanitaria en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación*. Tesis de doctorado, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

SUFRATE-SORZANO, Teresa, Elena JIMÉNEZ-RAMÓN, María Elena GARROTE-CÁMARA, Vicente GEA-CABALLERO, Ángela DURANTE, Raúl JÚAREZ-VELA e Iván SANTOLALLA-ARNEDO, 2022: "Health Plans for Suicide Prevention in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents", *Nursing Reports* 12 (1), 77-89, doi: 10.3390/nursrep12010009.

VALERO-GARCÉS, Carmen, 2003: "Comunicación interlingüística en hospitales y centros de salud en la zona centro: Realidad y futuro" en Carmen VALERO-GARCÉS (ed.): *Traducción e interpretación en los servicios públicos, Contextualización, actualidad y futuro*, Comares, 51-69.

VALERO-GARCÉS, Carmen, y Lissie WAHL-KLEISER, 2014: "Desencuentros culturales en el ámbito de la salud: las voces de los profesionales sanitarios y los pacientes extranjeros", *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* 15 (40), 315-328.

VOJAK, Coleen, 2009: "Choosing language: social service framing and social justice", *Br J Soc Wor* 39, 936-49.

WEISSKIRCH, Rorbert, 2010: "Child Language Brokers in Immigrant Families: An Overview of Family Dynamics", *MediAzioni* 10, 68-87.