



Con este artículo pretendemos poner de manifiesto que actuar como intérprete en los servicios públicos es una tarea compleja que implica una formación específica en la terminología, cultura y técnicas interpretativas más utilizadas en ese contexto, el conocimiento de los centros para los que trabajaremos y, especialmente en el caso de los principiantes, se deben conocer las implicaciones sociales y personales que la tarea conlleva, cuestión que a menudo no se tiene en cuenta de antemano.

El objetivo principal de este trabajo es analizar las dificultades de tipo psicológico y comunicativo con las que puede encontrarse el intérprete social no experimentado que trabaja en contextos sanitarios. De este modo, consideraremos los problemas a los que éste debe enfrentarse para poder aplicar posibles soluciones a la enseñanza de la interpretación comunitaria en los centros universitarios.

**PALABRAS CLAVE:** interpretación, psicología, contexto sanitario, formación, estrategias.

# La enseñanza de la interpretación social en el contexto biosanitario: la preparación psicológica del intérprete médico

Aurora Ruiz Mezcua  
*Universidad de Córdoba*  
*Con la colaboración de Raimundo Aguayo*  
*Estremera, psicólogo*

## *Teaching Community Interpreting in Health Contexts: Psychological Training for Medical Interpreters*

*With this article we would like to highlight that working as a community interpreter is a complex task, which requires specific training in the terminology, culture and techniques used in this context. It is also necessary to know the structure of the place he/she works for, and the beginner must be prepared for the social and personal implications it can entail.*

*The main objective of this study lies on the evaluation of the psychological and communicative difficulties young interpreters have to face when working in health contexts. In this article we try to present a community interpreting training proposal focused on these particular difficulties.*

**KEY WORDS:** *interpreting, psychology, health context, training, strategies.*



## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. *Definición de Interpretación Social*

144

Resultaría imposible realizar un estudio sobre la interpretación social sin realizar un breve análisis terminológico sobre el concepto. En primer lugar, «interpretación» puede definirse de manera funcional como «la transmisión de mensajes orales entre dos lenguas (...) transfiriendo todos los componentes para que dos personas que no comparten una misma lengua puedan interactuar sin que el idioma sea una barrera» (García Beyaert y Serrano Pons, 2009: 56).

En el ámbito académico, suele diferenciarse entre la *interpretación de conferencias*, llevada a cabo en contextos más o menos formales y delimitados (congresos, reuniones de alto nivel, ruedas de prensa, presentaciones de libros, etc.) y cuyas modalidades intrínsecas son la consecutiva y la simultánea; y la *interpretación social*, *interpretación de los servicios sociales*, *interpretación de enlace o comunitaria*<sup>1</sup>. La interpretación de conferencias tradicionalmente ha gozado de más prestigio y se ha reconocido profesionalmente con anterioridad. En cambio, la interpretación social ha estado relegada a un segundo plano, pues se consideraba una tarea resoluble con la participación de personas que conocían los idiomas, en muchas ocasiones, familiares de los interesados o voluntarios que no habían sido formados previamente. Sin embargo, parece ser que en la actualidad el interés por la interpretación social, desde el punto de vista docente e investigador, ha experimentado un

gran auge dentro de los estudios traductológicos. Concretamente, según la investigadora Anne Martin (2003: 440), dicho interés comienza de forma visible en España a partir los años noventa.

Dejando este tema a un lado, por el momento, para centrarnos en la delimitación del estudio, cabe considerar que lo cierto es que no existe una noción unívoca referida a la interpretación social, con lo cual, en este trabajo, partiremos de una definición genérica que nos parece bastante completa:

[La interpretación social es] aquella que facilita la comunicación entre los servicios públicos nacionales —policiales, judiciales, médicos, administrativos, sociales, educativos y religiosos— y aquellos usuarios que no hablan la lengua oficial del país y que habitualmente pertenecen a minorías lingüísticas y culturales: comunidades indígenas que conservan su propia lengua, inmigrantes políticos, sociales y económicos, turistas y personas sordas (Abril Martí, 2006: 5).

### 1.2. *La interpretación en los contextos sanitarios de Andalucía*

Probablemente, como podemos extraer a partir de la cita anterior, uno de los aspectos que dificultan la conceptualización de la interpretación social se deriva de la variedad de contextos en los que los intérpretes sociales trabajan: «Uno de los primeros problemas de la traducción/interpretación en los servicios públicos es su definición, que revela la falta de acuerdo en lo relativo a la delimitación de su campo de acción» (Sales Salvador, 2005: en línea). Ése es uno de los principales motivos por los que consideramos necesario limitar nuestro campo de estudio a una de las diversas situaciones comunicativas en la que la modalidad puede

<sup>1</sup> Existe una gran variedad de términos para denominar esta actividad. En inglés, idioma de los países a los que debemos el reconocimiento, primeros estudios y mayor bibliografía, se conoce principalmente como *Community Interpreting*.

efectuarse: los contextos sanitarios, en concreto, los de Andalucía<sup>2</sup>.

Hemos escogido esta comunidad autónoma por diversas razones: la primera de ellas es que se trata de una de las regiones que recibe más cantidad de extranjeros dentro del territorio español<sup>3</sup>. Dichos extranjeros provienen, por un lado, de países en vías de desarrollo, principalmente africanos (Marruecos, República democrática del Congo o Nigeria, por poner algunos ejemplos), que pretenden mejorar su nivel de vida o, por otro, de países desarrollados cuya intención primordial es visitar la zona en turismo vacacional o buscar una segunda residencia (Reino Unido, Alemania, Holanda o Francia están a la cabeza en este aspecto). En ambos grupos hay individuos que no conocen las lenguas oficiales de la nación española y que, por lo tanto, encuentran problemas a la hora de interactuar en ciertos ámbitos. Por otro lado, en la Comunidad Autónoma de Andalucía hay cuatro universidades que ofertan los estudios de Traducción e Interpretación (por orden alfabético, las universidades de Córdoba, Granada, Málaga y Pablo de Olavide de Sevilla), lo cual viene a confirmar la demanda académica existente en el territorio. Y, por último, nuestro conocimiento profesional y docente se centra en esta región; por lo tanto, pretendemos ofrecer humildemente una propuesta docente basada en la situación real que nuestros alumnos pueden encontrar en el futuro.

Cabe destacar que, a excepción de casos muy

poco frecuentes en los que los centros hospitalarios cuentan con un intérprete en plantilla, los profesionales que suelen trabajar en este tipo de organismos no están especializados en el ámbito médico<sup>4</sup>, sino que son intérpretes (en el mejor de los casos) autónomos cuya contratación depende de una empresa privada que dispone de sus datos o de ONGs que se ponen en contacto con ellos cuando surge algún caso en el que se requiere su presencia. En demasiadas ocasiones son familiares, voluntarios o personas que conocen los idiomas necesarios los encargados de desempeñar la labor de interpretación, pues los implicados o las autoridades pertinentes consideran que es más «rápido y sencillo» que esperar la llegada del intérprete (y no siempre se puede conseguir uno, dadas las circunstancias). Según la investigadora Dora Sales Salvador, que ha estudiado la mediación intercultural en los servicios públicos de España en profundidad:

La situación, hoy por hoy, podría resumirse diciendo que (...) hay una creciente demanda de sus servicios [de los intérpretes] que va acompañada de una falta de formación adecuada, control de calidad profesional, código deontológico reconocido y remuneración y condiciones laborales dignas. Hace falta el apoyo decidido de la administración local y nacional, la concienciación de la propia sociedad sobre la necesidad de estos servicios y el reconocimiento de la labor que estos intermediarios desarrollan (2005; en línea).

Existen algunos convenios, relativos a la acogida y asistencia sanitaria de inmigrantes, elaborados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Fundación Progreso y

<sup>2</sup> Por supuesto, algunos de los conceptos y técnicas aquí tratados pueden tener una aplicación formal en otros casos y en otros contextos.

<sup>3</sup> Según una nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística con fecha 3 de junio de 2009: «Las comunidades donde se ha producido mayor aumento de extranjeros en términos absolutos durante el año 2008 son Cataluña (80.402), Andalucía (44.814) y Comunidad de Madrid (37.752)».

<sup>4</sup> Hay intérpretes que sí están especializados en esta rama del conocimiento, pero no suelen dedicarse a la interpretación social, sino a la interpretación de conferencias, cuyo reconocimiento y remuneración es muy superior.





Salud a los que pueden adscribirse los centros sanitarios de la comunidad. Dichos acuerdos recogen en sus textos la labor de interpretación, pero en la aplicación real se ha probado que, una vez más, se proporcionan soluciones no profesionalizadas, pues resultan más o menos eficaces para consultas médicas programadas (en las que el trabajador social del centro, generalmente, se pone en contacto con la ONG en cuestión para solicitar la asistencia lingüística indicando fecha, hora e idioma). Sin embargo, otras cuestiones, como las urgencias, siguen resolviéndose por medio de familiares, amigos, etc. (cf. Martín, 2006: 134). Además, otras conductas que favorecen este tipo de actuaciones vienen determinadas por las propias creencias del personal sanitario. Por ejemplo, para determinado tipo de entrevistas, algunos facultativos cuestionan de antemano la labor del intérprete:

Fernando León, presidente del Colegio de Médicos de Córdoba, pone en duda [la asistencia por parte de los intérpretes], alegando la importancia de una relación privada y confidente entre médico y paciente, entorpecida, según él, por el traductor: «El intérprete nos parece muy bien para transmitir una historia clínica, pero no estamos de acuerdo en que una persona no sanitaria esté presente en una consulta» (*Gaceta Médica*, octubre de 2007: 9)<sup>5</sup>.

La formación previa que reciben las personas que van a trabajar en este tipo de contextos por parte de los organismos contratadores es, en la mayoría de las ocasiones, insuficiente:

(...) en algunos casos reciben una formación inicial corta, ofrecida por el centro sanitario o bien por los intérpretes coordinadores

del servicio (...) se trata de una formación que gira en torno a los primeros auxilios, técnicas médicas, etc. —conocimientos muy útiles por otra parte— pero no incluye técnicas de interpretación» (Martín, 2006: 135).

Además, al tratarse de voluntariado, no se puede exigir ni el dominio lingüístico ni las habilidades necesarias para desempeñar la labor. Especialmente desde las universidades, se está intentando cambiar la situación con respecto a esta falta de instrucción y reconocimiento de la profesión, pues son ya varias las que incluyen en sus planes de grado asignaturas relacionadas con la interpretación social<sup>6</sup>.

### 1.3. *Justificación del estudio y metodología*

Es objetivo de este trabajo contribuir, en la medida de nuestras posibilidades, a la enseñanza de la interpretación social destacando un aspecto que hemos visto poco abordado, en general, y que nos parece de gran relevancia para la docencia.

Como decíamos, la mediación intercultural en los servicios públicos o sociales en general y en los de Andalucía en particular no siempre resulta adecuada. Es imprescindible tener en cuenta que el hecho de trabajar como intérprete social, incluso aunque se trate de un profesional experimentado y cualificado, no siempre implica que la persona sea capaz de efectuar su labor

<sup>6</sup> Las universidades de Tarragona, Granada y Alcalá de Henares son pioneras en este campo. En esta última, por ejemplo, se imparten cursos de especialización desde hace ya varios años sobre la Traducción e Interpretación en hospitales y centros de salud o La Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos (que es un máster que incluye lenguas como el rumano, búlgaro, ruso, polaco o árabe). En la actualidad, existen más universidades que comienzan a ofertar asignaturas de este tipo en sus planes de estudio (concretamente, a partir de la implantación de los planes de grado); es el caso, por ejemplo, de la Universidad Autónoma de Barcelona o la Universidad de Alicante, por citar algunas.

<sup>5</sup> Disponible en línea en: <<http://www.gacetamedica.com/gacetamedica/documentacionpdf/gacetapdf/2007/216.pdf>> [Consulta: 14 de diciembre de 2009].

en cualquier circunstancia. Así lo demuestra la siguiente cita, referida al comportamiento de uno de los intérpretes diplomáticos más reconocidos de la historia: «Birse [intérprete de la delegación británica de Churchill] tuvo que acompañar al embajador británico al hospital para una intervención quirúrgica en un ojo. Nada más ver la sangre, se desmayó el intérprete y lo tuvieron que reanimar [...]» (Baigorri Jalón, 2000: 245).

Con esto queremos decir que es necesario que el intérprete y, especialmente, aquel en formación, conozca la terminología apropiada, la cultura de los interlocutores y el contexto en el que trabaja, pero también debe conocer de antemano las dificultades personales o emocionales que pueden derivarse del contacto con los pacientes. En este artículo, que no pretende ser definitivo, sino una aportación más al estudio de la interpretación social y sus implicaciones didácticas, nos centraremos principalmente en este último aspecto.

## 2. PROPUESTA DIDÁCTICA PARA LA INTERPRETACIÓN SOCIAL EN EL CONTEXTO BIOSANITARIO

### 2.1. *Objetivos del estudio*

En esta sección proponemos un ejercicio cuyo propósito principal es, por una parte, que el alumno ponga en práctica las destrezas adquiridas a través de los contenidos que vamos a incluir a continuación y, por otra, que tanto el alumnado como el profesorado de interpretación dispongan de un sistema de evaluación con el que puedan saber si dichos contenidos se han aprendido correctamente. De este modo, los objetivos de esta sección serían que los alumnos y las alumnas:

- Distingan entre las diferentes modalidades

de interpretación y conozcan los contextos donde se practica la interpretación social de forma general y el ámbito sanitario de forma específica

- Se familiaricen con la cultura y costumbres de los países cuyas lenguas de trabajo se utilicen en clase
- Desarrollen las destrezas productiva y receptiva a nivel de expresión oral en las lenguas A y B, es decir, fomenten la comprensión y practiquen la expresión oral en ambos idiomas
- Aprendan a documentarse y asimilar la terminología específica y especializada que puede aparecer en este ámbito de trabajo
- Pongan en práctica las habilidades de comunicación no verbal requeridas para cada contexto según las culturas de los idiomas que se estudien en clase
- Conozcan las dificultades emocionales con las que puede encontrarse el intérprete que trabaja en los contextos sociales, en concreto en la rama sanitaria, y aprendan a reaccionar ante ellas
- Desarrollen la capacidad de improvisación y la búsqueda de soluciones en el menor tiempo posible

### 2.2. *Contenidos de la Unidad Didáctica*

#### 2.2.1. *Contenidos teóricos*

En primer lugar, resultaría necesario explicar al alumnado las diferentes modalidades de interpretación (con mayor o menor detalle, dependiendo del conocimiento previo de los aprendices) y los contextos donde se practica la interpretación social, de forma general, y el ámbito sanitario, de forma específica (todos estos contenidos están brevemente expuestos en el apartado introductorio de este trabajo).

A continuación, es importante que el alum-





nado conozca las dificultades traductológicas, por una parte, y las emocionales, por otra, con las que puede encontrarse el intérprete que trabaja en los contextos sociales, en concreto en la rama sanitaria, ya que existe un gran desconocimiento en este terreno. Así, hay que indicar que el intérprete que actúa en estas situaciones desempeña un triple papel: por un lado, y con todas las salvedades posibles, adopta el rol del profesional, en el caso de interpretación en sanidad, del médico, en tanto que comunica el discurso especializado y se dirige al paciente. Por otro, traduce (o interpreta) e intenta ayudar al paciente; y por último, es uno de los agentes que actúan durante el intercambio lingüístico por sí mismo, es decir, tiene sus propias experiencias y sentimientos. Teniendo en cuenta esta triple vertiente, podemos dividir las necesidades del intérprete en los contextos sanitarios en dos grandes tipos: la necesidad de preparación lingüístico-cultural y comunicativa cuando actúa como profesional sanitario y la necesidad de preparación emocional para que no le afecte personalmente la situación del paciente.

a) Preparación lingüístico-cultural y psicológica del intérprete como transmisor de la información médica al paciente. Según los estudios consultados que tratan el tema<sup>7</sup>, los pacientes, en general, no están satisfechos con la preparación comunicativa de los médicos. En principio se trata de un obstáculo que, en nuestra opinión, el intérprete debe intentar salvar

<sup>7</sup> Por ejemplo, el subdirector general de la Oficina de Planificación y Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, Enrique Terol, asegura en una entrevista para la revista *Pacientes Online* que «la falta de entendimiento entre médicos y pacientes se debe, por un lado, a la falta de tiempo en las consultas sanitarias, y por otro, a la falta de formación en habilidades de comunicación de los facultativos». <[www.pacientesonline.org/medicina/noticias/nota369.php](http://www.pacientesonline.org/medicina/noticias/nota369.php)> [Consulta: 30 de mayo de 2008].

cuando realice su trabajo, pues su papel es de un mediador y profesional de la comunicación interlingüística. Por este motivo consideramos oportuno que éste reciba formación a este respecto y aprenda las estrategias relativas a la comunicación del mensaje al paciente:

a.1) *Estrategias de comunicación referidas al contexto*. Será recomendable que el intérprete, en la medida de sus posibilidades:

- Cree una atmósfera en la que los pacientes se sientan cómodos para comunicarse abiertamente. Para ello, escuchará al paciente evitando interrumpirlo y mirándolo directamente. La mayoría de los encuentros comienzan con un contacto visual y un saludo cordial<sup>8</sup>:

...Interpreters (...) have an obligation to treat everyone in the encounter with dignity and courtesy, respecting the rights and duties of each individual, including their own. An essential implication of this principle is that the interpreter respects the autonomy and expertise that each party brings to the encounter» (Código Ético del National Council on Interpreting in Health Care<sup>9</sup>, 2004: 20).

- Se sitúe al mismo nivel que el paciente, es decir, si éste está sentado, el intérprete debería sentarse, también, en el centro de la silla, con las piernas formando un ángulo recto, los brazos descruzados y la espalda recta o ligeramente inclinada hacia adelante. Si por el contrario está de pie, recomendamos que

<sup>8</sup> No obstante, puede haber excepciones con respecto a ciertas conductas (por ejemplo, las cuestiones relativas al contacto físico); por eso es importante que el intérprete conozca de antemano las normas de conducta o el código ético del centro para el que trabaje.

<sup>9</sup> El documento completo puede consultarse en la siguiente dirección: <<http://www.ncihc.org>>.





adopte lo que los expertos llaman una *postura abierta* (Acinas, 2004: 121), es decir, cabeza erguida, brazos a ambos lados del cuerpo, mirando al interlocutor y al entorno con expresión relajada.

- Se sitúe a una distancia adecuada. La proximidad física desempeña un papel importante en la comunicación, ya que para que los usuarios se sientan cómodos es importante que los interlocutores mantengan un espacio interpersonal apropiado. Éste es un aspecto que difiere entre culturas; por ejemplo, los norteamericanos, británicos y canadienses necesitan una mayor distancia interpersonal que los latinoamericanos, japoneses y árabes (Sharon *et alii*, 2004: 7)<sup>10</sup>. En España, ésta oscila entre 46 y 120 cm<sup>11</sup> (Acinas, 2004: 144-146).
- En caso de que el médico hable directamente con el intérprete y no con el paciente, es aconsejable que el intérprete le recuerde su papel como mediador y le pida al facultativo que se dirija al paciente<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Pueden distinguirse cuatro zonas principales según la distancia de separación: la zona íntima (sólo se permite la entrada a seres allegados), personal (la que suele utilizarse en reuniones sociales, en el lugar de trabajo, etc.), social (normalmente, se emplea con aquellas personas a las que no se conoce) y pública (usada para dirigirse a grupos de personas desconocidas, como por ejemplo en ponencias). Recomendamos que el intérprete se sitúe en la segunda de las zonas comentadas.

<sup>11</sup> Para exponer esta medida nos hemos basado en el manual *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario I*.

<sup>12</sup> En este punto, nos parece importante señalar los cuatro tipos de participación que, según los teóricos en este campo, puede adoptar el intérprete dentro de la comunicación bilateral: *message converter* (simplemente se facilita el flujo conversación entre las dos partes), *clarifier* (se intenta obtener más información por parte del hablante para poder explicar el mensaje de manera más clara), *culture broker* (se proporcionan o confirman datos, de manera transparente, referidos a los aspectos culturales) o *advocate* (en caso de que el intérprete proporcione ayuda activa, generalmente

a.2) *Estrategias referidas a la comunicación verbal*. Será necesario que el intérprete:

- Conozca la terminología adecuada. Un traductor/intérprete necesita comprender el sentido del mensaje original para transmitirlo en lengua meta. Para ello es básico que esté familiarizado con el vocabulario que se utiliza con más frecuencia en el contexto en el que trabaja. Una de las cuestiones que pueden plantear problemas para los intérpretes sociales es el uso de los lenguajes de especialidad, especializados<sup>13</sup> o lenguajes para fines específicos, en nuestro caso, del lenguaje médico<sup>14</sup>. Recordemos, además, que el intérprete no dispone de tiempo para documentarse cuando se encuentra con difi-

al paciente). Este último punto es muy controvertido. La mayoría de los investigadores opinan que sólo puede producirse, dentro de la interpretación social, en el contexto sanitario y consideran que sólo deben practicarlo en casos muy concretos intérpretes experimentados, pues puede resultar arriesgado tanto para el paciente como para el propio intérprete (Angeli, C. *et alii* [2007]. «The California Standards for Healthcare Interpreters» en Wadensjö, C. *et alii*. *The Critical Link 4: Professionalisation for Community Interpreting*. John Benjamins: Estocolmo, p. 173).

<sup>13</sup> Para algunos autores de reconocido prestigio en el ámbito de la terminología y la lingüística, como M.<sup>a</sup> Teresa Cabré, no sería correcto utilizar el término «lenguajes especializados» en sentido estricto, sino frases como «usos especializados de una lengua» (2006: 43).

<sup>14</sup> En realidad existen numerosos estudios acerca de este «tecnolecto» (que quizás sea el que goce de más prestigio dentro de los lenguajes científico-técnicos). Muchos investigadores afirman que existen diferentes niveles dentro de él, por ejemplo, Christopher Tulloch afirma: «En primer lugar, encontramos un léxico de habla familiar, no especializado. Un ejemplo de este registro popular sería cuando hablamos de «anginas» o de «la enfermedad de las vacas locas». Un segundo nivel es la utilización de términos más expertos. Es decir, el discurso de la comunidad profesional cuando habla de «osteoartritis», de «trombosis» o de la «enfermedad de Creutzfeldt-Jakob». Es un lenguaje más específico, más reservado y no encuentra muchas salidas en el vocabulario del paciente. El tercer nivel es aquel que incorpora múltiples latinismos» (2002: 447). Habría que añadir que, además de latinismos, hay numerosas voces griegas o con reminiscencias clásicas.



150

cultades de tipo terminológico, sino que debe aprenderlas de antemano para poder resolver la situación de manera satisfactoria.

- Use un lenguaje comprensible en lugar de excesivamente técnico. Siguiendo la terminología de Grice (46: 1975), debe aplicar la *máxima de manera* o *modo*, es decir, evitar la oscuridad y ambigüedad para intentar ser lo más claro y ordenado posible<sup>15</sup>, ya que el principal fin de la interpretación es la comunicación interlingüe.
- Neutralice las asimetrías entre culturas. Ya sabemos que el intérprete es un puente entre culturas, no únicamente entre lenguas y, en algunas ocasiones, es necesario que explique las diferencias que existen entre éstas<sup>16</sup>. Si un doctor europeo prescribe una dieta para un paciente musulmán con tuberculosis o anemia durante el mes de Ramadán, sin la mediación del intérprete, el paciente podría renunciar al tratamiento al considerar la insistencia del doctor como una falta de respeto a su religión.
- Sepa cómo comunicar las noticias desagradables. Ésta es una cuestión de gran importancia, pues al trabajar en contextos sanitarios este tipo de situaciones suelen ser muy frecuentes. En primer lugar, es importante que el intérprete no parta de la falsa impresión de que el objeto de la noticia es responsabilidad suya, pues si esto ocurre, se

<sup>15</sup> Máximas conversacionales de H. P. Grice: cantidad (*quantity*), calidad (*quality*), relevancia (*relation*) y modo (*manner*).

<sup>16</sup> Los profesores de traducción e interpretación consideran de vital importancia el hecho de que los alumnos se hagan expertos en cuestiones culturales. En palabras de la profesora Laura Berenguer «deberían desarrollar esta competencia, es decir: tomar conciencia de la propia cultura y de los mecanismos específicos que la rigen, y la vez, aprender a valorar correctamente los fenómenos culturales ajenos» (1996: 16).

sentirá intimidado por la tarea y no sabrá cómo abordarla. Lo ideal es que adopte un enfoque asertivo, directo y a la vez comprensivo. Es posible que lo más complicado en este tipo de situaciones sea el inicio de la conversación. Algunos profesionales de la salud prefieren comenzar su discurso con una frase preparatoria, como por ejemplo «Siento comunicarles que...». Es aconsejable que no se comuniquen este tipo de noticias de pie, ya que este comportamiento transmite prisa y poca dedicación (Acinas, 2004: 98-99).

- Proporcione información clara, sencilla, suficiente y siempre de manera gradual. Los expertos recomiendan que se evite «dar demasiadas informaciones en el primer encuentro. La información dosificada nos permitirá percatarnos de la respuesta del enfermo a la información recibida» (Gómez Sancho, 2006: 123). Así, la persona podrá comprender y anticipar parte de lo que se le va a decir.
- Emplee pautas reflexivas, para que el paciente pueda asimilar la información.

Igualmente, existen artículos y trabajos científicos, por ejemplo los realizados por los Departamentos de Bioética y Humanidades Médicas y Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Bascañán, 2007: 29), que estudian las estrategias comunicativas más adecuadas que los médicos deben utilizar inmediatamente después de la comunicación de malas noticias y que, en nuestra opinión, pueden aplicarse a los intérpretes. Entre éstas destacan tres: proporcionar información adecuada (folletos, direcciones útiles, etc.), no titubear ante preguntas delicadas o tratar de transmitirle que se va a estar a su lado para entenderle y ayudarle.





b) La preparación psicológica y emocional del intérprete. En este apartado, analizaremos el tipo de dificultades y necesidades relativas al intérprete como individuo con sus propios sentimientos. Como hemos mencionado más arriba, el intérprete médico puede sufrir daños emocionales al trabajar para los servicios de salud. En principio, para sobrellevar esta actividad, el intérprete debe tener estabilidad emocional, es decir, debe ser una persona equilibrada, que sepa controlar sus emociones e impulsos y que no se altere con facilidad en su trabajo. A pesar de todo, hay ciertas situaciones en las que el intérprete puede verse afectado de forma más evidente, por ejemplo, si trata con pacientes con los que pueda verse identificado, con personas que han experimentado situaciones violentas (torturas, abusos, graves pérdidas familiares<sup>17</sup>), si trata con usuarios alterados en exceso o con patologías graves o si le resulta imposible ofrecer ayuda, es decir, se siente impotente al no poder realizar su trabajo.

En este punto nos parece importante señalar que una implicación excesiva con el paciente o sus problemas puede ser perjudicial para el intérprete, ya que puede crearse una unión emocional que le lleve a querer ayudar por encima de sus propias posibilidades. Las consecuencias de esta vivencia pueden llegar, por ejemplo, hasta el punto de sufrir el síndrome

de estar quemado o *burnout*<sup>18</sup> o al desgaste por empatía o *compassion fatigue*<sup>19</sup>. Así lo demuestran algunos estudios realizados a este respecto, como por ejemplo, el llevado a cabo en 2006 por el Área de Medicina Interna en uno de los hospitales de tercer nivel del *Servizo Galego de Saude* (SERGAS), en cuyos resultados los autores afirman que:

...las profesiones sanitarias son especialmente sensibles a esta patología [*burnout*] incluida por la OMS en el capítulo XXI del CIE-10 como un factor de riesgo para la salud. El síndrome de desgaste, agotamiento profesional o burn out, tiene tres componentes esenciales en la situación de sobrecarga que implica: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional (Masc y Villamil, 2007: 50).

Las consecuencias de trabajar en esos contextos pueden llegar a ser muy perjudiciales si el intérprete no toma conciencia y no está preparado para superarlas. De esta forma, en el contexto profesional, las alteraciones emocionales pueden producir el fenómeno de transferencia-contra-transferencia psicoterapéutico, ansiedad y estrés, percepciones erróneas, problemas de memoria, problemas de corazón (en casos extremos), así como el mencionado síndrome de estar quemado o *burnout*, que a su vez puede

<sup>17</sup> La mayoría de los intérpretes que trabajan en los servicios sociales tratan especialmente con el colectivo de inmigrantes y se encuentran con usuarios que presentan un cuadro clínico que últimamente se ha acordado denominar «Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o *síndrome de Ulises*» (aún no aparece en referencias como el DMS) y que se caracteriza, de acuerdo con algunas investigaciones, como las llevadas a cabo por Joseba Achotegui, profesor de psiquiatría y director de un centro hospitalario en Barcelona, por la acumulación de estresores y duelos como la soledad, el fracaso, la lucha por la supervivencia (alimentación, vivienda) o el miedo (Achotegui, 2004: 39-52).

<sup>18</sup> Se trata de un término muy conocido y utilizado en psicología que Freudemberguer acuñó en 1974 para referirse a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral de determinados profesionales como resultado del mantenimiento de expectativas demasiado elevadas (Masc y Villamil, 2007: 50).

<sup>19</sup> Éste podría definirse como las emociones y conductas naturales resultantes del conocimiento de un evento traumático experimentado por otra persona. Se caracteriza por cuatro grupos de síntomas: reexperimentación del suceso, evitación de situaciones relacionadas con la vivencia, embotamiento psíquico e hiperarousal o hiperactivación (Morrissette, 2004: 53-54).



manifestarse en desilusión, falta de motivación, apatía, agotamiento físico y mental, pérdida de energía y sensación de frustración. Fuera del lugar de trabajo, el intérprete puede padecer problemas en las relaciones familiares, depresión y los efectos del trauma vicario. Blair y Ramones (1996) describen este fenómeno de la siguiente manera:

Las interminables historias de violencia, crueldad, explotación y atrocidad; el impacto emocional de experimentar el terror del otro, el dolor y la angustia y la continua exposición a los aspectos oscuros de la condición humana pueden producir síntomas notablemente similares a los síntomas postraumáticos de los pacientes<sup>20</sup>.

Aun así, parece ser que los intérpretes que trabajan en los contextos médicos valoran su trabajo, en general, como positivo, pues consideran que su labor es útil. Aunque, por otro lado, también comentan que tiene efectos negativos en ellos. Por ejemplo, en un estudio realizado por Karen Baistow, de la Universidad Brunel (Reino Unido)<sup>21</sup>, el 49% de los sujetos había sentido cambios de humor o de comportamiento. De estos, el 76% relata que los efectos duraron pocas horas, el 50% considera que duraron varios días, el 69% se muestra de acuerdo con la afirmación: «Algunas veces me siento enfadado por lo que tengo que interpretar» y el 53% se muestra de acuerdo con la afirmación: «De vez en cuando me siento preocupado y ansioso por la interpretación».

<sup>20</sup> Citado por Carmen Valero Garcés (2006).

<sup>21</sup> Estudio titulado *The Emotional and Psychological Impact of Community Interpreting*. Aparece citado en el artículo «El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. Un factor a tener en cuenta», escrito por Carmen Valero y reflejado en la bibliografía de este trabajo.

b.1) *Recomendaciones y estrategias para afrontar el impacto psicológico:*

1. *Concienciación, motivación y conocimiento de algunos conceptos psicológicos esenciales.* Antes de ejercer por primera vez, el intérprete debería tomar conciencia de que el trabajo puede afectarle emocionalmente, por eso es importante que el profesor comente con los estudiantes los problemas psicológicos que ésta puede ocasionarle. En ningún caso se trata de infundirle temor, sino de que ajuste sus expectativas de trabajo a la realidad del contexto laboral. Asimismo, es importante que el alumno conozca algunos términos básicos sobre psicología que pueden ayudarle a comprender la situación y que adjuntamos en el Anexo I de este trabajo.

2. *Estrategias para afrontar y resolver los problemas laborales.* Son técnicas psicológicas que pueden ayudar al intérprete a prevenir el surgimiento de problemas físicos y mentales causados por el estrés en el contexto laboral. Destacaremos algunas de las más recomendadas por los psicólogos que tratan a los trabajadores sanitarios: estrategias de relajación, resolución de problemas, distracción cognitiva, método de autoinstrucciones, hora de preocuparse y fomento de la autoestima<sup>22</sup>.

### 2.2.2. *Contenidos prácticos*

Para la puesta en práctica de los conocimientos teóricos adquiridos, proponemos la realización de un simulacro de actividad profesional, en concreto, optamos por la interpretación en la modalidad de diálogo o enlace<sup>23</sup>. En

<sup>22</sup> Se proporciona una explicación detallada de cada una de ellas en el Anexo I de este artículo.

<sup>23</sup> En el estudio de la interpretación aparecen discrepancias terminológicas que en ocasiones afectan a la descripción de las modalidades. Normalmente se suele distinguir entre cuatro variedades: «interpretación simultánea», «interpretación consecutiva», «interpretación de enlace» y «traducción a la vista» (Bordons y Jiménez, 1996: 227).

esta variedad de interpretación, el intérprete actúa como «acompañante» de uno o más oradores y realiza una interpretación consecutiva en ambos sentidos, tanto cuando el orador habla como cuando el orador requiere comprender lo que se dice en otra lengua (Basich Peralta, 2009: 7). De este modo, será necesario que los alumnos trabajen desde y hacia las dos lenguas que se enseñen en clase (A y B). Con frecuencia, los estudiantes están poco acostumbrados a utilizar su lengua B de forma activa. No obstante, como primer ejercicio, proponemos una actividad que se prepare en casa con el fin de que los alumnos no tengan que improvisar las estructuras ni el vocabulario que se utilizará posteriormente en clase. Además, se habrá explicado previamente el contexto interpretativo y se habrán analizado las cuestiones terminológicas y los problemas de traducción/interpretación más frecuentes, con lo que el alumnado sabrá realizar dichas tareas de antemano y sólo tendrá que aplicar sus conocimientos a la situación concreta. El ejercicio que describimos a continuación consta de dos partes: elaboración del diálogo y exposición-interpretación en clase.

a) *Elaboración del diálogo*: En esta primera fase, se ofrece a un grupo de dos alumnos unas pautas para la elaboración de un diálogo que tendrán que pronunciar en clase. Dichas pautas serán el contexto interpretativo, en nuestro caso, un centro hospitalario, que es la situación que habríamos estudiado previamente. De este modo, los alumnos tendrán que inventar una situación en la que un miembro del personal sanitario tenga que comunicarse con un paciente que no entienda el idioma del país donde se encuentren. Uno de los alumnos representará el papel del médico y otro el del usuario. Además, se proporcionará a dichos estudiantes una lista de vocabulario y documentos en ambas lenguas

que los alumnos utilizarán para confeccionar su exposición. De esta manera nos aseguramos de que van a emplear una terminología específica estudiada en clase. Posteriormente, los alumnos entregarán el diálogo ya confeccionado al profesor para que éste pueda revisarlo. Después, el docente elaborará una lista final con el vocabulario necesario en ambas lenguas y lo repartirá al resto de la clase para que todos sean partícipes del ejercicio (también puede colgarlo en la página Web o plataforma de la asignatura, en caso de que se utilice).

b) *Exposición-interpretación en clase*: Ésta es, en realidad, la parte del ejercicio que más nos interesa. Para la presentación en clase de la actividad se fijará un día concreto con antelación. Ese día los dos alumnos encargados de elaborar el diálogo tendrán que leerlo ante el resto de la clase y el profesor elegirá a un tercer alumno en ese momento para que actúe como intérprete. En principio, el alumno escogido habrá tenido acceso al vocabulario y documentos que se van a presentar y conocerá el contexto interpretativo, con lo cual, no debería encontrar grandes dificultades. Todos los alumnos tendrán que realizar dicha prueba para que el profesor pueda comprobar si se han adquirido los conocimientos adecuados.

### 2.2.3. Evaluación

Nuestra intención con este ejercicio es comprobar que los alumnos han adquirido las destrezas necesarias para interpretar en el contexto biosanitario y pueden utilizar los recursos que les hemos enseñado en esta unidad, por lo tanto, realmente, nos centraremos en la valoración de la segunda fase del ejercicio descrito, es decir, calificaremos las capacidades interpretativas de los alumnos que hayan actuado como intérpretes en los diálogos elaborados por los compañeros.





La valoración de los exámenes que se llevan a cabo en la mayoría de los centros formativos especializados en la enseñanza de la interpretación se basan en unos criterios que atienden tanto al contenido como a la presentación oral que realiza el alumno, sin embargo, no existe consenso respecto al tratamiento o puntuación que se aplica a los errores cometidos (Phöchacker, 2004: 188). No obstante, es necesario plantear unas pautas claras en las que el profesor se base para evaluar la actuación de los alumnos y que, a su vez, éstos conozcan de antemano con el fin de que sepan cómo interpretar correctamente. De este modo, para la corrección de este tipo de actividades, consideramos oportuno realizar una ficha de evaluación individual que sea práctica y sencilla. Para ello, nos hemos basado, principalmente, en los modelos propuestos por algunos de los investigadores con mayor experiencia en la evaluación de la calidad de resultados, como por ejemplo, los elaborados por David y Margareta Bowen (1989: 116), Ángela Collados (1998) o Gracia Torres (2004: 178-195). Así, evaluaremos los ejercicios de los alumnos teniendo especialmente en cuenta los siguientes aspectos:

1. *Conocimiento cultural*
2. *Uso de términos especializados*
3. *Errores de sentido*
4. *Soluciones acertadas*
5. *Estilo*

## CONCLUSIONES

Como hemos podido comprobar, la labor de los intérpretes en los servicios médicos muestra que estos profesionales son un grupo con una alta probabilidad de encontrarse ante situaciones que a veces sobrepasan la capacidad de afrontamiento habitual. De esta afirmación y de la

necesidad de formación a este respecto parte nuestro trabajo.

Tras haber presentado nuestra breve propuesta didáctica, centrada principalmente en la mejora a nivel psicológico y comunicativo del intérprete en los contextos sanitarios, nos disponemos a señalar una serie de cuestiones que han llamado nuestra atención especialmente. La primera de ellas se refiere a la toma de conciencia de las dificultades de este trabajo. Hemos comprobado que, en general, el mundo anglosajón es más consciente de los problemas que se le pueden plantear al intérprete médico, pues, como sabemos, allí «nació» la interpretación social, su práctica es más habitual y su reconocimiento es mucho mayor. Así, por ejemplo, el programa del *Institute of Translation and Interpreting* de la Universidad de Westminster, en Londres, llamado «*Interpreting in mental health settings*»<sup>24</sup> ofrece formación para los intérpretes en el contexto del servicio de salud. En la página de inscripción del centro el objetivo se define como: «[...] the impact of the interpreter's presence and the vulnerability of the patient. Also, the potential emotional problems for interpreters». Incluye la técnica de *role-playing* y cubre distintos tipos de contextos, terapias, habilidades necesarias y útiles para los intérpretes, etc. También en Estados Unidos existen varios programas de formación que incluyen preparación psicológica para el intérprete, como es el caso del programa de la Universidad de Minnesota llamado *The Refugee Assistance Program-Mental Health*<sup>25</sup>, que oferta

<sup>24</sup> Su página de presentación es: <http://216.239.59.104/search?q=cache:rUtoNeLyGGWJ:www.iti.org.uk/uploadedFiles/events/Booking%252oform.pdf+Interpreting+in+mental+health+settings%E2%80%99D+Westminster&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=es>.

<sup>25</sup> Su página de presentación es la siguiente: <http://www.cce.umn.edu/creditcourses/pti/services/refugee.html>.

varios vídeos y libros de aprendizaje diseñados para una variedad de contextos con fines educativos<sup>26</sup>.

Por otro lado, señalaremos que para que la formación psicológica del intérprete sea adecuada en la realidad profesional, es necesario que éste reciba un curso o algunas directrices por parte de un experto en psicología. Junto a éste, podría haber algún médico especialista que pudiera ilustrar las enseñanzas con ejemplos prácticos. Esta formación del intérprete debería realizarse de manera previa al ejercicio de sus funciones o, en su defecto, al inicio de las mismas. Además, debería aplicarse de manera general a todos los intérpretes del centro sanitario, que deberían contar con un programa de formación específico para intérpretes médicos. Por otra parte, el lugar de trabajo también debería contar con una unidad de psicología o psiquiatría para los profesionales que trabajen en él, pues es posible que éstos necesiten de sus servicios en un momento dado. Así, tanto el intérprete como otros especialistas podrían beneficiarse de programas o recibir ayuda cuando resultase necesario.

Por último, resultaría imposible finalizar este apartado sin plantear una reflexión sobre la falta de reconocimiento de esta profesión que aún existe. Es imprescindible que los servicios públicos, las autoridades, la administración, los usuarios, los profesores de interpretación y los propios intérpretes sean conscientes de que contar con profesionales bien formados para desempeñar una tarea que entraña las graves dificultades que hemos mencionado en varias ocasiones en este artículo, capaces de ofrecer

un servicio de interpretación de calidad y con unas condiciones dignas, es una obligación que beneficia a todos. Como indica Glenn Flores, director del *Center for the Advancement of Underserved Children*, profesor de pediatría, epidemiología y normativas sanitarias en el *Medical College* de Wisconsin y el *Children's Research Institute* del Hospital Infantil de Wisconsin en un artículo publicado en la revista *Oncology Times*: «Multiple studies have shown that when professional interpreters are used, there are better outcomes, more optimal communication, greater satisfaction with care, and fewer errors of potential or actual clinical consequence» (Laino Charleins, 25 de septiembre de 2006)<sup>27</sup>.



RECIBIDO EN ABRIL DE 2009

ACEPTADO EN JULIO DE 2009

VERSIÓN FINAL DE ENERO DE 2010

<sup>26</sup> Desgraciadamente, no podemos consultar su contenido ni ver sus propuestas sobre el tipo de enseñanza psicológica para documentar este trabajo, pues sólo tienen acceso los alumnos de los programas.

<sup>27</sup> Disponible en línea en [http://journals.lww.com/oncology-times/Fulltext/2006/09250/As\\_Number\\_of\\_Patients\\_with\\_Limited\\_English.4.aspx](http://journals.lww.com/oncology-times/Fulltext/2006/09250/As_Number_of_Patients_with_Limited_English.4.aspx) [Consulta: 19 diciembre 2009].



## ANEXO I

### Definición de conceptos y técnicas psicológicas

156

#### I. LOS CONCEPTOS PSICOLÓGICOS MÁS RELEVANTES EN EL CONTEXTO QUE VA A TRABAJAR EL INTÉRPRETE SON, AL MENOS, SEIS<sup>28</sup>:

**Ansiedad:** *mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha unas conductas de defensa y que aparece, por tanto, ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro real para el propio sujeto, o que sea interpretada como tal. la ansiedad patológica se diferencia de la normal sólo por su intensidad y anacronismo, pero no por la cualidad de la emoción en sí misma. Así, la ansiedad como síntoma representa un continuo desde la emoción normal hasta la ansiedad patológica, la cual supera los límites adaptativos y, siguiendo la ley de Yerkes-Dobson, afecta de forma negativa al rendimiento y al funcionamiento psicosocial (Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer, 2000: 11).*

**Autoconcepto:** *es la capacidad de responder quién soy yo. Es lo específico del hombre: la conciencia de sí mismo. la posibilidad de identificarse y establecerse como sujeto actuando, protagonista de la vida, y como sujeto consciente que asume, evalúa, siente lo que hacemos, pensamos, decidimos, experimentamos (Serrano González, M.I., 2003: 109).*

**Autoestima:** *es un concepto muy mediatizado por la cultura y se construye a partir de los valores dominantes en cada época y en cada grupo social. En la actualidad, en las sociedades occidentales, la autoestima se ha convertido en un ideal estético y en un valor a alcanzar, habiendo contribuido a remodelar el concepto de persona lógicamente sana (...) La opinión a veces manejada respecto a que el nivel de autoestima es más bajo en la mujer que en el hombre, y que ello puede acentuar su predisposición a trastornos afectivos y de ansiedad, no parece confirmarse plenamente (Ezpeleta Ascaso y Anglod, 2005: 152).*

**Depresión:** *entre el 20% y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico sufren alguna forma de trastorno depresivo. La depresión es, después de los problemas adaptativos, la causa psiquiátrica más frecuente de visitas consecutivas en los servicios de atención primaria (Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer, 2000: 223). La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se vuelve triste de manera persistente e invasiva. La depresión no es, por tanto, un trastorno sentimiento puntual, sino un estado de tristeza perdurable que puede llegar hasta el «desagrado por la vida»<sup>29</sup> (taedium vitae) (GIL, R. 2007: 311).*

**Estrés:** *normalmente una persona es capaz de adaptarse a un estrés continuo o de afrontar el estrés de breve duración (Potter y Griffin Perry, 2001: 658). El estrés es una reacción excepcional y no específica de adaptación y moviliza el conjunto de los recursos humanos para responder a una agresión (Llaneza Álvarez, 2007: 444).*

<sup>28</sup> Al tratarse de términos muy utilizados en la psicología existen numerosos investigadores que proponen definiciones y clasificaciones diferentes. Así, existe una gran cantidad de obras de referencias que los intérpretes pueden consultar para ampliar sus conocimientos cuando les resulte oportuno, no obstante, en este artículo recomendaremos algunos manuales especializados en cada un de los conceptos.

<sup>29</sup> Las comillas aparecen en el texto original.





## 2. LAS TÉCNICAS PSICOLÓGICAS MÁS RELEVANTES QUE EL INTÉRPRETE PUEDE UTILIZAR EN EL CONTEXTO SANITARIO SON:

2.1. **Relajación:** Existen numerosas técnicas de desactivación fisiológica, pero todas comparten el mismo supuesto fundamental. La activación fisiológica mantenida por encima de un cierto nivel va asociada a problemas físicos y psicológicos, como cefaleas, hipertensión, ansiedad, estrés, etc. La técnica específica de desactivación más usada es la *relajación progresiva de Jacobson* (Hofstadt Román, 2005: 64-65). Consiste en el entrenamiento de tres habilidades básicas: *a*) percibir y discriminar adecuadamente la presencia de tensión muscular; *b*) reducir al máximo posible la tensión de los músculos; *c*) relajar diferencialmente los músculos durante la realización de una tarea. Otra técnica de desactivación usada frecuentemente es la *respiración diafragmática o abdominal* (Vallejo Ruiloba y Gastro Ferrer, 2000: 157), pues es muy sencilla, ya que consiste en realizar inspiraciones y expiraciones lentas y pausadas. Por último, recomendamos poner en práctica el denominado *entrenamiento autógeno de Schulz* (Echeverría García et alii., 1994: 1384). Este procedimiento se entiende como una forma de relajación autoaplicada o de autosugestión que exige un esfuerzo de concentración por parte del sujeto. Se realiza a través de una serie de ejercicios mentales estandarizados, por ejemplo «mi corazón late tranquilo y lento», «los brazos y las piernas me pesan».

2.2. **Resolución de problemas:** Los problemas se definen como situaciones de la vida que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no se reciben por la presencia de diversos obstáculos. En este sentido, soluciones eficaces serían aquellas respuestas de afrontamiento que logran sus objetivos al mismo tiempo que maximizan las consecuencias positivas y minimizan las negativas. Nezu y D'Zurilla (1995: 530-531)<sup>30</sup> proponen cinco pasos para desarrollar esta estrategia:

1. Orientación al problema. Se trata de aceptar que los problemas son parte de la vida y el afrontamiento es la estrategia adecuada para superarlos.
2. Definición del problema. El objetivo es definir el problema de forma sencilla, precisa y realista, recopilando toda la información pertinente para ello.
3. Generar alternativas. Aquí se pretende disponer de todas las soluciones posibles para elevar la probabilidad de que la solución preferida se encuentre entre ellas. Se puede utilizar la técnica del *brainstorming*<sup>31</sup> y combinar todas las ideas que surjan.
4. Toma de decisiones. Primero, será necesario valorar las posibles soluciones planteadas y para ello puede realizarse una lista de las consecuencias positivas y negativas de cada una de las alternativas escogidas.

<sup>30</sup> A. Nezu y C. Nezu. «Entrenamiento en solución de problemas» en V. E. Caballo. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI, 1995, pp. 530-532.

<sup>31</sup> También denominada «tormenta de ideas», «lluvia de ideas» o «torbellino de ideas», es una herramienta de trabajo grupal que facilita el surgimiento de nuevas ideas sobre un tema o problema determinado. Según los estudios consultados, su utilización es cada vez más frecuente en el campo de la salud pública. En esta técnica lo fundamental es que los participantes generen la mayor cantidad de soluciones posible, sin importar demasiado la calidad o viabilidad de las mismas (Amezcu Viedma y Jiménez Lara, 1996: 49).



5. Puesta en marcha de la solución y verificación. Se eligen dos soluciones tentativas, con la finalidad de dejar una de reserva ante la posibilidad de que alguna de ellas no se pudiera llevar a la práctica.

2.3. **Distracción cognitiva:** Es útil para controlar la ansiedad en un momento de estrés o crisis de pánico. Consiste en distraer la atención de la persona para que no se centre en sus sensaciones internas. Por ejemplo, fijarse en un objeto y describirlo minuciosamente, contar hacia atrás de tres en tres, decir palabras de una misma categoría, etc.

2.4. **Método de autoinstrucciones:** Se trata de un procedimiento en el que el individuo aprende a regular verbalmente su conducta ante la ansiedad. Para ello se crean instrucciones que el intérprete debe decirse a sí mismo ante determinadas situaciones.

2.5. **Hora de preocuparse:** Dejar de pensar en los problemas es muy difícil, o incluso imposible, por lo que se recomienda escoger una hora tranquila del día (no se recomienda que se elijan los momentos previos a la hora de dormir) para dedicarla en exclusivo a pensar racionalmente en los problemas. Fuera de este tiempo, el intérprete debe evitar pensar en ellos. Bien practicada, esta técnica conseguirá que alivie su ansiedad y elimine sus preocupaciones.

2.6. **Fomento de la autoestima:** Dentro de este apartado comentaremos sólo algunas de las estrategias y recomendaciones más frecuentes, como son: manejo de las críticas de los demás, aceptar cumplidos, aurrerforzamiento, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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: Editorial de la Universidad de Granada.
- Acinas Acinas, M. P. (2004). *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario: actuación en situaciones de urgencias y emergencias*. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá, vols. I y II.
- Achotegi, J. «Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Ulises)» [en línea] *Norte de Salud Mental*, n.º 21, pp. 39-52, 2004. <[http://www.fundaciosergi.org/catala/documents/sindromeUlisses\\_Mercejanner.pdf](http://www.fundaciosergi.org/catala/documents/sindromeUlisses_Mercejanner.pdf)> [Consulta: 14 diciembre 2009].
- Amezcu Viedma, C. y Jiménez Lara, A. (1996). *Evaluación de programas sociales*. Madrid: Díaz de Santos.
- Aniorte Fernández, N. «Personalidad y salud» [en línea], *Apuntes: Psicología de la Salud*, 2001 [Consulta: 23 de mayo de 2008]. <[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_psicolog\\_salud\\_5.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_5.htm)> [Consulta: 14 de junio de 2008].
- Baigorri Jalón, J. (2000). *La Interpretación de conferencias: El nacimiento de una profesión. De París a Nüremberg*. Granada: Comares.
- Bascuñán, M. L. *et alii* (2007). «Comunicación de las malas noticias en Medicina: Un estudio exploratorio» *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, vol. 51, n.º 2, pp.28-31.
- Berenguer, L. (1996) «Didáctica de segundas lenguas en los estudios de traducción». En Hurtado Albir, A. (ed.) *La enseñanza de la Traducción*. Castellón: Universitat Jaume I, vol. 3, pp.9-30.



- Bowen, D. y M. «Aptitude for Interpreting». (1989). En L. Gran y J. Dodds (eds.) *The theoretical and Practical Aspects of Teaching Conference Interpretation*. Udine: Campanotto Editore, pp. 109-126.
- Caballo, V. E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabré, M.<sup>a</sup> T. y J. Gómez de Enterría (2006). *La enseñanza de los lenguajes de especialidad: la simulación global. Volumen 1 de Español para fines específicos*. Madrid: Gredos.
- Collados Aís, Á. (1998). *La evaluación de la calidad en la interpretación simultánea: la importancia de la comunicación no verbal*. Granada: Comares.
- García Beyaert, S. y Serrano Pons, J. (2009). «Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud» en J. Morera Montes et alii (eds.) *Manual de atención al inmigrante*. Acta Sanitaria. pp. 53-66.
- Instituto Nacional de Estadística. <<http://www.ine.es>> [Consulta: 14 de noviembre de 2009].
- Hoenisch, S. *Grice's Cooperation Principle and Conversational Maxims* [en línea], *CRITICISM.COM*. 1996-2006. <<http://www.criticism.com/da/gricemaxims.php>> [Consulta: 13 de julio de 2008].
- Hofstadt Román, C. J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación. Cómo mejorar la comunicación personal*. Madrid: Díaz de Santos.
- Díaz Rubén, A. et alii. *Las condiciones del trabajo médico actual. Un camino hacia la autodestrucción* [en línea]. Agosto 2006. <[www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xvcongreso/comOrales/condicionesTrabajoMedicoActual.pdf](http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xvcongreso/comOrales/condicionesTrabajoMedicoActual.pdf)> [Consulta: 18 de septiembre de 2008].
- Echeverría García, J. et alii. (1994). *El Manual de Odontología*. Barcelona: Elsevier España-Masson.
- Ezpeleta Ascaso, L. y A. Anglod (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Madrid: Elsevier.
- Gavrin, J. R. y L. A. Fleisher (2006). *Cuidados Paliativos*. Barcelona: Elsevier España-Masson.
- Gil, R. (2007). *Neuropsicología*, Barcelona: Masson.
- Gómez Sancho, M. (2006). *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. Madrid: Arán Ediciones.
- Grice, H. P. (1975). «Logic and conversation» *Syntax and Semantics*, vol. 3, Speech Acts, Nueva York: Academic Press, pp. 41-58.
- Iruarizaga, I. y M. E. Salvador Manzano (1999). «Intervención cognitivo conductual en los problemas de ansiedad de evaluación. Tratamiento de un caso» [en línea], *Psicología.COM*, 3 (1), 1 de febrero de 1999. <[http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_7.htm)> [Consulta: 29 de septiembre de 2008].
- «La falta de tiempo y de habilidades de comunicación de los médicos dificulta el diálogo con el paciente» [en línea], *Pacientes online*. <[www.pacientesonline.org/medicina/noticias/nota369.php](http://www.pacientesonline.org/medicina/noticias/nota369.php)> [Consulta: 30 de mayo de 2008].
- Louis Loutan et alii. «Medical interpreters have feelings too», [en línea], *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, vol. 44, n.º 6, noviembre de 1999 <<http://www.springerlink.com/content/p8u1441417g15x1u/?p=3c2ad787dd6b4f6bbb4fbo337d7affcd&pi=5>> [Consulta: 5 de junio de 2008].
- Llaneza Álvarez, F. J. (2007). *Ergonomía y psicología aplicada: Manual para la formación del especialista*. Valladolid: Lex Nova.
- Márquez Rosa, S. (2004). *Ansiedad, estrés y deporte*. Madrid: Eos.
- Martin, A. (2003). «Investigación en interpretación social: Estado de la cuestión». En Emilio Ortega Arjonilla (dir.). *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio (2 vols.), vol. I, pp. 431-446.
- Martin, A. 2006. «La realidad de la Traducción y la Interpretación en los servicios públicos en Andalucía» *Revista Española de Lingüística Aplicada*, vol. 19 (1), pp. 129-150.
- Mas, C. y Villamil Cajoto, I. (2007). «Desgaste profesional en atención continuada del área médica» [en línea], *Anales de Medicina Interna*, vol. 24, n.º 1, Madrid, pp. 50-51. <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So212-71992007000100014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So212-71992007000100014&lng=es&nrm=iso)> [Consulta: 25 de febrero de 2009].
- Morrisette, P. J. (2004). *The Pain of Helping: Psychological Injury of Helping Professionals*, Nueva York: Brunner-Routledge.
- Osborne, H. (ed.) «In other words... When You Truly Need to Find Other Words .. Working with Medical Interpreters», [en línea], *Health Literacy Consulting* <[www.healthliteracy.com/article.asp?PageID=3798](http://www.healthliteracy.com/article.asp?PageID=3798)> [Consulta: 6 de junio de 2008].
- Osborne, H. (ed.) «In other words... Communicating bad and sad news» [en línea], *Health Literacy and Consulting*. Mayo-junio de 2005 <<http://www>



- healthliteracy.com/article.asp?PageID=3773> [Consulta: 8 de septiembre de 2008].
- Partnership for Clear Health Communication at the National Patient Safety Foundation. «What can providers do?» [en línea], *Ask me 3*. <[http://www.askme3.org/PFCHC/what\\_can\\_provid.asp](http://www.askme3.org/PFCHC/what_can_provid.asp)> [Consulta: 4 de junio de 2008].
- Potter P. A. y Griffin Perry A. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Reig Ferrer, A. «La psicología en el servicio sanitario» [en línea], *Papeles del Psicólogo*, n.º 20, 1985. <<http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?ID=223>> [Consulta: 4 de junio de 2008].
- Sales Salvador, D. (2005). «Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España» [en línea], *Translation Journal*, vol. 9, n.º 1 <[http://www.aulaintercultural.org/article.php3?id\\_article=1115](http://www.aulaintercultural.org/article.php3?id_article=1115)> [Consulta: 3 de noviembre de 2009].
- Serrano González, M. I. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Sharon Mantik, L. *et alii* (2004). *Enfermería medi-coquirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos*. Madrid: Elsevier.
- Torres Díaz, M. G. (2004). *Enseñar y aprender a interpretar: curso de interpretación de lenguas: español-inglés*. Málaga: Libros Encasa.
- Valero Garcés, C. «Emotional and Psychological Effects on Interpreters in Public Services» [en línea], *Translation Journal*, vol. 9, n.º 3, Julio 2005, <<http://accurapid.com/journal/33ips.htm>> [Consulta: 31 de mayo de 2008].
- Valero Garcés, C. «El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. Un factor a tener en cuenta» [en línea], *Quaderns. Revista de traducció*, 13, 2006, pp. 141-154. <[ddd.uab.es/pub/quaderns/11385790113141.pdf](http://ddd.uab.es/pub/quaderns/11385790113141.pdf)> [Consulta: 18 de junio de 2008].
- Vallejo Ruiloba, J. y Gastro Ferrer, C. (2000) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Vila Castellar, J. y Fernández-Santaella, M. C., (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.