



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTERPRETACIÓN EN FINAL
DE VIDA Y DUELO. UN MODELO
PSICOLINGÜÍSTICO DE ANÁLISIS
APLICADO A SITUACIONES DE
MALAS NOTICIAS, ÚLTIMOS DÍAS Y
DUELO

Elena Pérez Estevan



Tesis **Doctorales**

Unitat de Digitalització UA
Unidad de Digitalización UA

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DEPARTAMENTO DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

INTERPRETACIÓN EN FINAL DE VIDA Y DUELO
Un modelo psicolingüístico de análisis aplicado a situaciones
de malas noticias, últimos días y duelo

ELENA PÉREZ ESTEVAN

Tesis presentada para aspirar al grado de:

DOCTORA POR LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE

PROGRAMA DE DOCTORADO INTERUNIVERSITARIO EN TRADUCTOLOGÍA,
TRADUCCIÓN PROFESIONAL Y AUDIOVISUAL POR LA UNIVERSIDAD DE
ALICANTE Y LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Dirigida por:

DRA. D^a. CATALINA ILIESCU GHEORGHIU

Con la financiación de:

CONTRATO PARA LA FORMACIÓN PREDOCTORAL (UAFPU2018-071) DEL
PROGRAMA PROPIO DEL VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA UNIVERSIDAD DE
ALICANTE

Alicante, marzo de 2022

AGRADECIMIENTOS

Cuando empecé este proyecto no era consciente de la cantidad de personas que han ido brindándome su inestimable ayuda para darle forma y para que, a día de hoy, sea una realidad que refleja mi simbiosis personal y profesional. Siempre estaré en deuda con todos los que se han involucrado en este trabajo, ya sea de forma científica, institucional o emocional.

Vaya por delante mi más sincero agradecimiento a mi directora, Catalina Iliescu, por su gran labor como mentora académica, que ya empezó con aquel TFM que tantas alegrías me dio. Mis infinitas gracias por tus inestimables consejos, tu asesoramiento y por orquestar con excelencia lo que hoy está plasmado en estas líneas.

A Miguel Lázaro, por allanarme la vida cuando más cuestras encontraba en el camino y por creer en mí y en este proyecto desde sus inicios.

A María José Cabanero, Manuel Fernández y Miguel Richart, por sus tan valiosas aportaciones desde la enfermería y la psicología.

A la Concejalía de Inmigración y Cooperación del Excelentísimo Ayuntamiento de Alicante por su gran contribución e interés en esta investigación.

Al Taller de Imagen de la Universidad de Alicante, por su impecable trabajo con las filmaciones y a los actores por demostrar, una vez más, su talento ante unas situaciones emocionalmente complejas. Quisiera agradecer especialmente a Sara e Irene, porque si interpretar ya tiene mérito, vuestras interpretaciones delante de las cámaras tuvieron doble valor.

A Elia, Jaime y Juan Pablo, de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, por su disponibilidad y ayuda en la difusión de las encuestas a profesionales.

A Kika Colom, por la difusión de las encuestas a los estudiantes.

A todos los informantes que han dedicado su tiempo a responder a mis encuestas y a enriquecer esta investigación.

Mi eterna gratitud a todos los profesionales sanitarios que, en mitad de una pandemia mundial, aceptaron mi propuesta de entrevista, aunque tuviesen que hacerlo en horas intempestivas.

A los dolientes y, en especial a los que he tenido el placer de compartir espacio y sentimientos, que, tras una experiencia personal tan dolorosa como la pérdida de un ser querido, han respondido a la encuesta con el convencimiento de que la ayuda en el duelo es necesaria.

A «mis pacientes», por darme las gracias por interpretar para ellos cuando no son conscientes de que la agradecida soy yo por aprender de ellos cada día. En especial, a William, Kath y Betty que, aunque ya no podáis ver el final de esta tesis, sé que estaréis orgullosos.

A todos mis compañeros del Departamento de Traducción e Interpretación de la Universidad de Alicante, por su apoyo durante esta etapa y, sobre todo, a Javier Franco por su ayuda con la parte burocrática. Merecen un especial agradecimiento Carla y Mar, por su invaluable amistad más allá de las aulas; Juan Miguel, por todo lo que he aprendido de él durante la docencia compartida y desde aquella reunión en marzo de 2013 que, sin saberlo, ya marcó el rumbo de mi futuro; María y Francisco por sus consejos como doctores predecesores; Iván y Miguel, por alegrarse siempre de mis avances; Silvia, por tantas horas de congresos compartidas y por los momentos que vendrán y Kendall, por nuestras charlas para animarnos mutuamente desde que nos embarcamos en el doctorado.

A mi tocaya y compañera de doctorado, Elena, porque este proceso no habría sido posible sin su ayuda.

A compañeros de otras universidades por su asesoramiento y apoyo como María Abad, Raquel Lázaro, Cristina Álvaro, Vicent Montalt, Ana Muñoz y Paula Saiz.

A todos los alumnos que, o bien presencial o bien virtual, habéis contribuido a que mi motivación persistiese con vuestras ganas de aprender de mí.

No puedo terminar esta lista de agradecimientos sin mencionar a mi familia y a mis amigos, por sus constantes mensajes de ánimo.

A Paula y Lorena, por soportar mis continuas charlas sobre la tesis en nuestros tradicionales encuentros en navidad y verano. Gracias por continuar a mi lado desde York 2009.

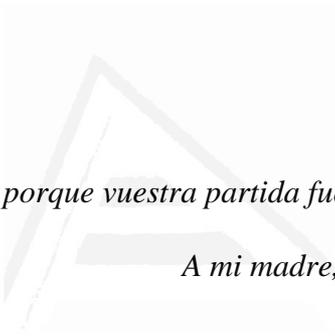
A mis amigas traductoras, por animarme a seguir con la interpretación médica.

A mi abuela, que, a sus ochenta y cinco años, todavía se interesa por mi vida académica.

A mi madre, mi mayor ejemplo de superación, por no dudar nunca de mí, por ejercer de padre y madre desde hace nueve años y por animarme a luchar por este proyecto.

Y a Javi, por su apoyo incondicional desde aquella llamada en marzo de 2013 sin haber importado a cuántos kilómetros de distancia hayamos estado. Gracias por sostenerme siempre.

Os estaré eternamente agradecida.



*A mi padre y a mi hermana,
porque vuestra partida fue solo el principio de todo esto.*

A mi madre, mi mayor referente en la vida.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE DE LA TESIS

ÍNDICE DE CUADROS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE IMÁGENES	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Caracterización de la interpretación	3
1.2 Justificación del tema	8
1.3 Hipótesis y objetivos	13
1.4 Corpus	16
1.5 Metodología	17
1.6 Estructura	18
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	21
2.1 Interpretación	21
2.1.1 Interpretación en los Servicios Públicos	28
2.1.1.1 Interpretación en el ámbito médico-sanitario	36
2.1.1.2 Contexto legislativo	39
2.1.1.2.1 Acceso al ámbito médico-sanitario	40
2.1.1.2.2 Provisión de servicios de interpretación médico-sanitaria en España	42
2.1.1.2.3 Consecuencias en la práctica: barreras lingüísticas y culturales en interpretación médico-sanitaria	47
2.2 Final de vida y duelo	52
2.2.1 Cuidados paliativos	53
2.2.1.1 Contexto legislativo en España	56
2.2.2 Duelo	62
2.2.2.1 Introducción	62
2.2.2.2 Corrientes y modelos	63
2.3 Interpretación en final de vida y duelo	69
2.3.1 Interpretación en final de vida en ámbito hospitalario	70
2.3.2 Interpretación en terapias de duelo	74
2.3.3 Iniciativas en otros países	80
2.3.3.1 Canadá	81
2.3.3.2 Estados Unidos	81
2.3.3.3 Reino Unido	84
2.3.3.4 Suecia	85
3. MARCO TEÓRICO	91
3.1 Marco teórico de base pragmática	91
3.1.1 Inicios de la teoría de la cortesía	92
3.1.1.1 El principio de cooperación de Grice	94
3.1.1.2 El principio de cooperación de Grice	94
3.1.1.3 Consolidación de la teoría de la cortesía	95
3.1.1.4 Críticas al principio de cooperación de Grice	97
3.1.2 El modelo de cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987)	97
3.1.2.1 Revisión de conceptos clave	98

3.1.2.1.1 El concepto de imagen social	98
3.1.2.1.2 El concepto de posición	99
3.1.2.1.3 El concepto de acto amenazante	100
3.1.2.1.4 El concepto de estrategia	101
3.1.2.2 Estudios posteriores basados en el modelo de Brown y Levinson	103
3.1.2.3 Críticas al modelo de Brown y Levinson	104
3.1.2.4 El concepto de descortesía	105
3.1.3 La cortesía en Interpretación en los Servicios Públicos	108
3.2 Marco teórico de base psicoterapéutica	109
3.2.1 La comunicación de malas noticias	110
3.2.1.1 El modelo SPIKES	112
3.2.1.1.1 Variantes del estudio SPIKES	115
3.2.1.1.1.1 El protocolo CONES	115
3.2.1.1.1.2 El protocolo CONERS	116
3.2.1.1.1.3 El protocolo HARD	117
3.2.1.1.1.4 El protocolo SAFER	118
3.2.1.1.1.5 El protocolo ROSE	119
3.2.1.1.2 Recopilación y contraste de los modelos	120
3.2.1.1.3 Estudios posteriores	122
3.2.2 La comunicación en situaciones de últimos días y duelo	123
3.2.2.1 Introducción a la psicoterapia	124
3.2.2.1.1 Diferencias entre psicoterapia y <i>counseling</i>	124
3.2.2.2 Introducción a la psicoterapia del duelo	125
3.2.2.2.1 Antecedentes al modelo de las cuatro dimensiones	125
3.2.2.3 Modelo integrativo relacional desde la psicoterapia del duelo	132
3.2.2.3.1 Conceptos clave	133
3.2.2.3.1.1 Teorías de la construcción del <i>self</i>	133
3.2.2.3.1.2 Teorías de la transferencia	134
3.2.2.3.1.3 Empatía	135
3.2.2.3.2 Modelo de las cuatro dimensiones (Payás Puigarnau 2010)	137
3.2.2.3.2.1 Influencias del modelo y estudios posteriores	141
3.2.3 Similitudes entre los modelos teóricos	143
3.3 Contribución de la presente tesis a los Estudios de Interpretación	145
4. CONTEXTO DE ANÁLISIS	147
4.1 Situación y organización de los cuidados paliativos y duelo en España	148
4.1.1 Escenarios frecuentes en final de vida y duelo	153
4.1.1.1 Malas noticias	153
4.1.1.2 Situación de últimos días	154
4.1.1.3 Duelo	155
4.1.2 Ampliación de horizontes: la humanización de los cuidados paliativos y del duelo	155
4.2 Descripción de las cuatro líneas de investigación para el análisis de los escenarios frecuentes en final de vida y duelo	160
4.2.1 Necesidad de interpretación	160
4.2.2 Papel del intérprete	165
4.2.2.1 Papel del intérprete en psicoterapia	173
4.2.3 Calidad de la interpretación	177
4.2.4 Bienestar del intérprete	183
5. METODOLOGÍA	193
5.1 Fase 1: estudio comparativo	199
5.1.1 Descripción del corpus y los participantes	200
5.1.2 Descripción del modelo propio de análisis	203
5.1.2.1 Vertiente 1: estrategias de intervención desde la psicoterapia	204

5.1.2.2 Vertiente 2: estrategias de cortesía desde la pragmática	207
5.1.2.3 Vertiente 3: comunicación no verbal y paraverbal	212
5.1.2.4 Vertiente 4: tratamiento de las emociones	215
5.1.2.5 Vertiente 5: gestión de la conversación	216
5.2 Fase 2: estudio cuantitativo	219
5.2.1 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	219
5.2.1.1 Cuestionario a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	220
5.2.1.2 Encuesta a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	221
5.2.2 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud	222
5.2.3 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de usuarios extranjeros residentes en España	224
5.2.4 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de dolientes españoles	224
5.2.5 Resumen de los participantes, las fases de distribución de encuestas y las respuestas obtenidas	226
5.3 Fase 3: estudio cualitativo	227
5.3.1 Estudio cualitativo acerca del colectivo de intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	227
5.3.2 Estudio cualitativo acerca del colectivo de profesionales involucrados en final de vida y duelo	228
5.3.3 Estudio cualitativo acerca del colectivo de usuarios extranjeros residentes en España	235
5.4 Resumen temporal de los estudios	237
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	239
6.1 Parte 1: análisis de las situaciones comunicativas	241
6.1.1 Descripción de la aplicación del modelo propio de análisis	241
6.1.2 Presentación del análisis y resultados	243
6.1.2.1 Situación 1 inglés: malas noticias	243
6.1.2.2 Situación 2 inglés: últimos días	272
6.1.2.3 Situación 3 inglés: duelo	296
6.1.2.4 Situación 1 francés: malas noticias	315
6.1.2.5 Situación 2 francés: últimos días	340
6.1.2.6 Situación 3 francés: duelo	360
6.2 Parte 2: intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	382
6.2.1 Cuestionario a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	382
6.2.2 Resultados de la encuesta a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	395
6.2.3 Grupo de discusión con intérpretes participantes en el corpus de grabaciones	414
6.3 Parte 3: profesionales involucrados en final de vida y duelo y estudiantes de Ciencias de la Salud	416
6.3.1 Encuesta a profesionales y estudiantes	416
6.3.1.1 Resumen de los resultados de la encuesta a profesionales y estudiantes	465
6.3.2 Entrevistas a profesionales involucrados en final de vida y duelo	469
6.3.2.1 Profesionales sanitarios de paliativos a domicilio	469
6.3.2.1.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios de paliativos a domicilio	486
6.3.2.2 Profesionales sanitarios de paliativos en hospital	487
6.3.2.2.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios de paliativos en hospital	496
6.3.2.3 Profesionales sanitarios de distintas especialidades en hospital	496
6.3.2.3.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios de distintas especialidades en hospital	517
6.3.2.4 Profesionales sanitarios en fundación o asociación	518
6.3.2.4.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en fundación o asociación	524

6.3.2.5 Profesionales sanitarios en consulta privada	525
6.3.2.5.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en consulta privada	530
6.3.2.6 Profesionales sanitarios en asociación de acompañamiento y/o duelo	532
6.3.2.6.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en asociación de acompañamiento y/o duelo	536
6.3.2.7 Profesionales sanitarios en hospital o domicilio y en asociación de duelo	537
6.3.2.7.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en hospital o domicilio y en asociación de duelo	559
6.3.2.8 Otros profesionales no sanitarios con formación en duelo	560
6.3.2.8.1 Resumen de los resultados de las encuestas a los profesionales no sanitarios con formación en duelo	565
6.3.2.9 Dolientes facilitadores de grupos de ayuda mutua	566
6.3.2.9.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los dolientes facilitadores de grupos de ayuda mutua	571
6.3.2.10 Consideraciones finales del estudio cualitativo acerca del colectivo de profesionales involucrados en final de vida y duelo	572
6.4 Parte 4: dolientes españoles	576
6.4.1 Datos introductorios de la encuesta a dolientes españoles	576
6.4.2 Resultados de la encuesta a dolientes españoles	578
6.5 Parte 5: usuarios extranjeros residentes en España	585
6.5.1 Encuesta a usuarios extranjeros residentes en España	585
6.5.1.1. Resumen de los resultados de las entrevistas a los usuarios extranjeros residentes en España	597
6.5.2 Entrevistas a usuarios extranjeros residentes en España	598
6.5.2.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los usuarios extranjeros residentes en España	609
7. CONCLUSIONES	611
7.1 Conclusiones finales	612
7.2 Aportaciones y futuras líneas de investigación	639
BIBLIOGRAFÍA	645
SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	697
ANEXOS	701
Anexo 1: Consentimiento informado grabación	701
Anexo 2: Consentimiento informado para encuesta y grupo de discusión	703
Anexo 3: cuestionario PANAS	704
Anexo 4: Cuestionario STAI (A-E)	705
Anexo 5: Cuestionario STAI (A-R)	706
Anexo 6: Encuesta dirigida a intérpretes participantes en la grabación	707
Anexo 7: Encuesta dirigida a profesionales sanitarios	712
Anexo 8: Encuesta dirigida a estudiantes de ciencias de la salud	717
Anexo 9: Encuesta dirigida a usuarios extranjeros residentes en España	720
Anexo 10: Encuesta dirigida a dolientes españoles	722
Anexo 11: Guion grupo de discusión intérpretes	723

Anexo 12: Carta de presentación y consentimiento informado para profesionales y dolientes	725
Anexo 13: Carta de presentación y consentimiento informado para asociaciones	726
Anexo 14: Guion entrevista profesionales sanitarios	727
Anexo 15: Guion entrevista informados involucrados en contextos de duelo	730
Anexo 16: Guion entrevista usuarios extranjeros residentes en España	733
Anexo 17: Carta de invitación y consentimiento informado para usuarios extranjeros residentes en España	734



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Resumen de las hipótesis y los objetivos _____	16
Cuadro 2. Resumen de las estrategias de Brown y Levinson ([1978] 1987) y de Culpeper (1996) y de Culpeper, Bousfield y Wichmann (2003) _____	107
Cuadro 3. Traducciones de los protocolos SPIKES y CONES _____	115
Cuadro 4. Traducción de los protocolos SPIKES y CONERS _____	117
Cuadro 5. Traducción de los protocolos SPIKES y HARD _____	118
Cuadro 6. Traducción de los protocolos SPIKES y SAFER _____	119
Cuadro 7. Traducción de los protocolos SPIKES y ROSE _____	120
Cuadro 8. Resumen del protocolo SPIKES y sus variantes _____	121
Cuadro 9. Traducción del modelo SPIKES y sus variantes _____	122
Cuadro 10. Recopilación de lo que debemos y no debemos decir en duelo de Payás Puigarnau (2014: 240-242) _____	134
Cuadro 11. Necesidades de las personas en duelo (Payás Puigarnau 2010: 230) _____	135
Cuadro 12. Denominaciones de las Unidades de Cuidados Paliativos por Comunidades Autónomas _____	149
Cuadro 13. Resumen de las hipótesis, los objetivos y la metodología _____	198
Cuadro 14. Grabaciones y duración _____	201
Cuadro 15. Descripción del análisis de las situaciones comunicativas _____	202
Cuadro 16. Referencias de las fuentes de la vertiente 1 _____	205
Cuadro 17. Estrategias de intervención según las situaciones _____	206
Cuadro 18. Resumen del tipo de imagen y de los actos amenazantes a la imagen _____	207
Cuadro 19. Estrategias de cortesía positiva y negativa _____	211
Cuadro 20. Estrategias para actuar encubiertamente sin compensaciones _____	212
Cuadro 21. Parámetros referidos a la proxemia, cronemia y kinesia _____	213
Cuadro 22. Parámetros paraverbales _____	214
Cuadro 23. Parámetros referidos a la empatía verbal y no verbal _____	215
Cuadro 24. Parámetros para la gestión de la conversación sin intérprete _____	217
Cuadro 25. Parámetros para la gestión de la conversación con intérprete _____	218
Cuadro 26. Distribución de los cuestionarios _____	220
Cuadro 27. Matriz de evaluación de la calidad _____	221
Cuadro 28. Distribución por bloques de las preguntas a las intérpretes _____	222
Cuadro 29. Distribución por bloques de las preguntas a los profesionales y estudiantes _____	223
Cuadro 30. Distribución por bloques de las preguntas a los usuarios extranjeros residentes en España _____	224
Cuadro 31. Distribución de bloques temáticos _____	225
Cuadro 32. Grupos de participantes _____	230
Cuadro 33. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 1 _____	230
Cuadro 34. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 2 _____	231
Cuadro 35. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 3 _____	231
Cuadro 36. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 4 _____	231
Cuadro 37. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 5 _____	231
Cuadro 38. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 6 _____	232
Cuadro 39. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 7 _____	232
Cuadro 40. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 8 _____	233
Cuadro 41. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 9 _____	233
Cuadro 42. Código de informante de usuario extranjero, perfil, fecha y duración _____	236

Cuadro 43. Resumen de la presentación del análisis y los resultados _____	240
Cuadro 44. Leyenda de transcripciones _____	242
Cuadro 45. Resumen de la clasificación de prestaciones _____	242
Cuadro 46. Estructura del análisis de las situaciones comunicativas _____	243
Cuadro 47. Respuestas al cuestionario STAI A-R de la intérprete de inglés _____	383
Cuadro 48. Puntuación del cuestionario STAI A-R de la intérprete inglés _____	384
Cuadro 49. Respuestas al cuestionario STAI A-E de la intérprete de inglés _____	385
Cuadro 50. Puntuación del cuestionario STAI A-E de la intérprete de inglés _____	386
Cuadro 51. Respuestas al cuestionario PANAS de la intérprete de inglés _____	387
Cuadro 52. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AP de la intérprete de inglés _____	388
Cuadro 53. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AN de la intérprete de inglés _____	388
Cuadro 54. Respuestas al cuestionario STAI A-R de la intérprete de francés _____	389
Cuadro 55. Puntuación del cuestionario STAI A-R de la intérprete de francés _____	390
Cuadro 56. Respuestas al cuestionario STAI A-E de la intérprete de francés _____	391
Cuadro 57. Puntuación del cuestionario STAI A-E de la intérprete de francés _____	392
Cuadro 58. Respuestas al cuestionario PANAS de la intérprete de francés _____	393
Cuadro 59. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AP de la intérprete de francés _____	393
Cuadro 60. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AN de la intérprete de francés _____	394
Cuadro 61. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 preguntas de la 1 a la 5 _____	396
Cuadro 62. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 preguntas de la 6 a la 11 _____	399
Cuadro 63. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 pregunta 12 _____	401
Cuadro 64. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 preguntas 13 y 14 _____	404
Cuadro 65. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 pregunta 15 _____	405
Cuadro 66. Resumen de las respuestas de las intérpretes bloque 1 pregunta 15 _____	406
Cuadro 67. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 pregunta 1 _____	407
Cuadro 68. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 preguntas de la 3 a la 5 _____	409
Cuadro 69. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 preguntas de la 6 a la 8 _____	410
Cuadro 70. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 pregunta 10 _____	413
Cuadro 71. Ejemplo de estrategia de interpretación tratada en el grupo de discusión con intérpretes _____	414
Cuadro 72. Perfiles participantes en la encuesta a profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud _____	416
Cuadro 73. Especialidades de los profesionales _____	417
Cuadro 74. Nivel de formación específica de los profesionales _____	417
Cuadro 75. Curso de los estudiantes de Ciencias de la Salud _____	418
Cuadro 76. Respuestas de los profesionales y estudiantes de CCSS bloque 1 preguntas de la 1 a la 6 _____	421
Cuadro 77. Argumentos de los profesionales a la pregunta 7 _____	426
Cuadro 78. Respuestas de los profesionales y estudiantes bloque 2 pregunta 8 _____	427
Cuadro 79. Respuestas de los profesionales y estudiantes bloque 3 pregunta 9 _____	430
Cuadro 80. Argumentos para las respuestas afirmativas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 12/11 _____	437
Cuadro 81. Argumentos para las respuestas negativas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 12/11 _____	438
Cuadro 82. Respuestas de los profesionales al bloque 6 pregunta 14 _____	440

Cuadro 83. Argumentos para la respuesta a «más» de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13 _____	442
Cuadro 84. Argumentos para la respuesta a «igual» de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13 _____	442
Cuadro 85. Argumentos para la respuesta a «menos» de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13 _____	443
Cuadro 86. Respuestas de los profesionales al bloque 7 pregunta 18 _____	446
Cuadro 87. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 8 pregunta 20/15 _____	449
Cuadro 88. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 8 pregunta 21/16 _____	452
Cuadro 89. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 8 pregunta 22/17 _____	456
Cuadro 90. Respuestas de los profesionales al bloque 9 pregunta 25 _____	462
Cuadro 91. Ejemplo de presentación de las respuestas de los profesionales entrevistados _____	469
Cuadro 92. Respuestas de los informantes 1 a 3 grupo 1 _____	470
Cuadro 93. Respuestas de los informantes 4 y 5 grupo 1 _____	474
Cuadro 94. Respuestas del informante 6 grupo 1 _____	475
Cuadro 95. Respuestas de los informantes 7 y 8 grupo 1 _____	476
Cuadro 96. Respuestas de los informantes 9 y 10 grupo 1 _____	478
Cuadro 97. Respuestas del informante 11 grupo 1 _____	479
Cuadro 98. Respuestas de la informante 12 grupo 1 _____	481
Cuadro 99. Respuestas de la informante 13 grupo 1 _____	482
Cuadro 100. Respuestas de la informante 14 grupo 1 _____	484
Cuadro 101. Respuestas de la informante 15 grupo 1 _____	485
Cuadro 102. Respuestas de las informantes 16 y 17 grupo 2 _____	487
Cuadro 103. Respuestas de los informantes 18 y 19 grupo 2 _____	490
Cuadro 104. Respuestas del informante 20 grupo 2 _____	491
Cuadro 105. Respuestas de la informante 21 grupo 2 _____	492
Cuadro 106. Resultados de la informante 22 grupo 2 _____	494
Cuadro 107. Respuestas de la informante 23 grupo 2 _____	495
Cuadro 108. Respuestas de las informantes 24 y 25 grupo 3 _____	498
Cuadro 109. Respuestas de la informante 26 grupo 3 _____	500
Cuadro 110. Respuestas del informante 27 grupo 3 _____	503
Cuadro 111. Respuestas de la informante 28 grupo 3 _____	505
Cuadro 112. Respuestas del informante 29 grupo 3 _____	506
Cuadro 113. Respuestas del informante 30 grupo 3 _____	508
Cuadro 114. Respuestas de la informante 31 grupo 3 _____	509
Cuadro 115. Respuestas de la informante 32 grupo 3 _____	510
Cuadro 116. Respuestas de la informante 33 grupo 3 _____	513
Cuadro 117. Respuestas de la informante 34 grupo 3 _____	514
Cuadro 118. Respuestas de la informante 35 grupo 3 _____	516
Cuadro 119. Respuestas del informante 36 grupo 4 _____	519
Cuadro 120. Respuestas de la informante 37 grupo 4 _____	521
Cuadro 121. Respuestas de la informante 38 grupo 4 _____	522
Cuadro 122. Respuestas del informante 39 grupo 4 _____	523
Cuadro 123. Respuestas de las informantes 40 y 41 grupo 5 _____	526
Cuadro 124. Respuestas del informante 42 grupo 5 _____	527
Cuadro 125. Respuestas de la informante 43 grupo 5 _____	528
Cuadro 126. Respuestas de las informantes 44 y 45 grupo 5 _____	530
Cuadro 127. Respuestas del informante 46 grupo 6 _____	532
Cuadro 128. Respuestas de la informante 47 grupo 6 _____	534

Cuadro 129. Respuestas de la informante 48 grupo 6	535
Cuadro 130. Respuestas de la informante 49 grupo 6	536
Cuadro 131. Respuestas del informante 50 grupo 7	539
Cuadro 132. Respuestas de la informante 51 grupo 7	541
Cuadro 133. Respuestas del informante 52 grupo 7	542
Cuadro 134. Respuestas de la informante 53 grupo 7	543
Cuadro 135. Respuestas de la informante 54 grupo 7	545
Cuadro 136. Respuestas de la informante 55 grupo 7	547
Cuadro 137. Respuestas del informante 56 grupo 7	550
Cuadro 138. Respuestas de la informante 57 grupo 7	551
Cuadro 139. Respuestas de la informante 58 grupo 7	552
Cuadro 140. Respuestas de la informante 59 grupo 7	553
Cuadro 141. Respuestas de la informante 60 grupo 7	554
Cuadro 142. Respuestas del informante 61 grupo 7	556
Cuadro 143. Respuestas de los informantes 62M, 62P y 62T grupo 7	558
Cuadro 144. Respuestas del informante 63 grupo 8	561
Cuadro 145. Respuestas de la informante 64 grupo 8	562
Cuadro 146. Respuestas de la informante 65 grupo 8	563
Cuadro 147. Respuestas del informante 66 grupo 8	564
Cuadro 148. Respuestas de la informante 67 grupo 9	566
Cuadro 149. Respuestas de la informante 68 grupo 9	567
Cuadro 150. Respuestas del informante 69 grupo 9	568
Cuadro 151. Respuestas de la informante 70 grupo 9	569
Cuadro 152. Respuestas de los informantes 71M y 71C grupo 9	570
Cuadro 153. Respuestas de los usuarios extranjeros residentes en España a la pregunta 3.1	594
Cuadro 154. Respuestas de los usuarios extranjeros residentes en España a la pregunta 4.1	596
Cuadro 155. Formato de presentación de las entrevistas a los usuarios extranjeros residentes en España	598
Cuadro 156. Respuestas del informante S1 al S5	600
Cuadro 157. Respuestas del informante S6 al S10	602
Cuadro 158. Respuestas del informante S11 al S15	603
Cuadro 159. Respuestas del informante S16 al S20	604
Cuadro 160. Respuestas del informante S21 al S25	606
Cuadro 161. Respuestas del informante S26 al S30	607
Cuadro 162. Respuestas del informante S31 al S35	608
Cuadro 163. Ejemplo de categorías para el análisis del contexto general	617
Cuadro 164. Ejemplo de categorías para el análisis del contexto de comunicación de malas noticias	618
Cuadro 165. Ejemplo de categorías para el análisis del contexto de situaciones de últimos días y duelo	620
Cuadro 166. Guía de módulos formativos	641

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Año de creación de asociaciones de Cuidados Paliativos _____	55
Figura 2. Protocolo SPIKES y sus variantes _____	121
Figura 3. Grupos de informantes y materiales _____	195
Figura 4. Fases de la investigación _____	196
Figura 5. Modelo de las 5 vertientes _____	203
Figura 6. Resumen de participantes, fases de distribución de encuestas y respuestas obtenidas _____	226
Figura 7. Temporalidad de la investigación _____	237
Figura 8. Descripción del modelo propio de análisis por vertientes _____	241
Figura 9. Bases y elementos transversales del modelo de las cinco vertientes _____	640
Figura 10. Decálogo de buenas prácticas _____	642

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Crecimiento interanual de la población extranjera en España (1 de julio de 2019) _____	8
Gráfico 2. Comparativa del crecimiento interanual de la población extranjera en España entre julio de 2019 y 2021 _____	9
Gráfico 3. Respuestas de la intérprete de inglés a la pregunta 12 bloque 1 _____	402
Gráfico 4. Respuestas de la intérprete de francés a la pregunta 12 bloque 1 _____	403
Gráfico 5. Respuestas de las intérpretes al bloque 2 pregunta 2 _____	408
Gráfico 6. Respuestas de las intérpretes al bloque 2 pregunta 9 _____	413
Gráfico 7. Tiempo de ejercicio de los profesionales en final de vida y/o duelo _____	418
Gráfico 8. Formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud en final de vida y duelo _____	419
Gráfico 9. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 1 preguntas de la 1 a la 6 _____	423
Gráfico 10. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 1 preguntas de la 1 a la 6 _____	423
Gráfico 11. Respuestas de los profesionales al bloque 1 pregunta 7 _____	424
Gráfico 12. Respuestas de los profesionales al bloque 2 pregunta 8 _____	428
Gráfico 13. Respuestas de los estudiantes al bloque 2 pregunta 8 _____	428
Gráfico 14. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 3 pregunta 9 _____	430
Gráfico 15. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10 _____	431
Gráfico 16. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.1 _____	431
Gráfico 17. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.2 _____	432
Gráfico 18. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.3 _____	433
Gráfico 19. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.4 _____	433
Gráfico 20. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 11/10 _____	435
Gráfico 21. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 12/11 _____	436
Gráfico 22. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 13/12 _____	439
Gráfico 23. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13 _____	441
Gráfico 24. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 16/14 _____	444
Gráfico 25. Respuestas de los profesionales al bloque 6 pregunta 17 _____	445
Gráfico 26. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 7 pregunta 18 _____	447
Gráfico 27. Respuestas de los profesionales al bloque 7 pregunta 19 _____	448
Gráfico 28. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 8 pregunta 20 _____	450

Gráfico 29. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 8 pregunta 15	451
Gráfico 30. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 8 pregunta 21	454
Gráfico 31. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 8 pregunta 16	455
Gráfico 32. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 8 pregunta 22	458
Gráfico 33. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 8 pregunta 17	458
Gráfico 34. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 9 pregunta 23/18460	460
Gráfico 35. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 9 pregunta 24/19461	461
Gráfico 36. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 26	463
Gráfico 37. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 27	463
Gráfico 38. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 28	464
Gráfico 39. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 29	465
Gráfico 40. Edad de los dolientes	577
Gráfico 41. Tipo de pérdida	578
Gráfico 42: Respuestas de los dolientes a la pregunta 1	578
Gráfico 43. Respuestas de los dolientes a la pregunta 2	579
Gráfico 44. Respuestas de los dolientes a la pregunta 3	579
Gráfico 45. Respuestas de los dolientes a la pregunta 4	580
Gráfico 46. Respuestas de los dolientes a la pregunta 5	580
Gráfico 47. Respuestas de los dolientes a la pregunta 6	581
Gráfico 48. Resultados de los dolientes a la pregunta 7	582
Gráfico 49. Respuestas de los dolientes a la pregunta 8	583
Gráfico 50. Respuestas de los dolientes a la pregunta 9	584
Gráfico 51. Respuestas de los dolientes a la pregunta 10	584
Gráfico 52. Edades de los extranjeros residentes en España	586
Gráfico 53. Nacionalidades de los extranjeros residentes en España	587
Gráfico 54. Tiempo de residencia de los extranjeros residentes en España	587
Gráfico 55. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 1	588
Gráfico 56. Respuestas de los residentes extranjeros en España a las preguntas 1.1 y 1.2	589
Gráfico 57. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 1.3	590
Gráfico 58. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 1.4	591
Gráfico 59. Respuestas de los residentes extranjeros en España a las preguntas 1.5 y 1.6	592
Gráfico 60. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 2	593
Gráfico 61. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 3	593
Gráfico 62. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 4	595
Gráfico 63. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 5	596
Gráfico 64. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 6	597

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Clasificación por categorías de Vargas Urpi (2012: 26)	31
Imagen 2. Mapa recopilatorio del contexto legislativo	60
Imagen 3. Mapa recopilatorio de los países destacados	89
Imagen 4. Estrategias de cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987: 69)	101
Imagen 5. « <i>The Hourglass</i> » extraída de Buckman (2010:5)	113
Imagen 6. Captura general del programa de gestión de entrevistas	234
Imagen 7. Captura lateral del programa de gestión de entrevistas	234
Imagen 8. Captura de ejemplo de gestión de una entrevista	235
Imagen 9. Descripción de la situación 1 en inglés no mediada	244
Imagen 10. Descripción de la situación 1 en inglés mediada por intérprete	244
Imagen 11. Descripción de la situación 2 en inglés no mediada	272
Imagen 12. Descripción de la situación 2 en inglés mediada por intérprete	273
Imagen 13. Descripción de la situación 3 en inglés no mediada	296
Imagen 14. Descripción de la situación 3 en inglés mediada por intérprete	297
Imagen 15. Descripción de la situación 1 en francés no mediada	316
Imagen 16. Descripción de la situación 1 en francés mediada por intérprete	316
Imagen 17. Descripción de la situación 2 en francés no mediada	340
Imagen 18. Descripción de la situación 2 en francés mediada por intérprete	341
Imagen 19. Descripción de la situación 3 en francés no mediada	360
Imagen 20. Descripción de la situación 3 en francés mediada por intérprete	361

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Intercambio no mediado 1 situación 1 inglés	245
Tabla 2. Intercambio mediado 1 situación 1 inglés	245
Tabla 3. Intercambio no mediado 2 situación 1 inglés	246
Tabla 4. Intercambio mediado 2 situación 1 inglés	247
Tabla 5. Intercambio no mediado 3 situación 1 inglés	248
Tabla 6. Intercambio mediado 3 situación 1 inglés	250
Tabla 7. Intercambio no mediado 4 situación 1 inglés	252
Tabla 8. Intercambio mediado 4 situación 1 inglés	252
Tabla 9. Intercambio no mediado 5 situación 1 inglés	253
Tabla 10. Intercambio mediado 5 situación 1 inglés	254
Tabla 11. Intercambio no mediado 6 situación 1 inglés	255
Tabla 12. Intercambio no mediado 7 situación 1 inglés	256
Tabla 13. Intercambios mediados 6 y 7 situación 1 inglés	257
Tabla 14. Intercambio no mediado 8 situación 1 inglés	258
Tabla 15. Intercambio mediado 8 situación 1 inglés	260
Tabla 16. Intercambios no mediados 9 y 10 situación 1 inglés	262
Tabla 17. Intercambios mediados 9 y 10 situación 1 inglés	264
Tabla 18. Intercambio no mediado 11 situación 1 inglés	265
Tabla 19. Intercambio mediado 11 situación 1 inglés	266
Tabla 20. Intercambio no mediado 12 situación 1 inglés	268
Tabla 21. Intercambio mediado 12 situación 1 inglés	269
Tabla 22. Intercambios no mediados 13 y 14 situación 1 inglés	270
Tabla 23. Intercambios mediados 13 y 14 situación 1 inglés	271
Tabla 24. Intercambio no mediado 1 situación 2 inglés	273

Tabla 25. Intercambio mediado 1 situación 2 inglés _____	274
Tabla 26. Intercambio no mediado 2 situación 2 inglés _____	275
Tabla 27. Intercambio mediado 2 situación 2 inglés _____	277
Tabla 28. Intercambio no mediado 3 situación 2 inglés _____	279
Tabla 29. Intercambio mediado 3 situación 2 inglés _____	280
Tabla 30. Intercambio no mediado 4 situación 2 inglés _____	282
Tabla 31. Intercambio mediado 4 situación 2 inglés _____	283
Tabla 32. Intercambio no mediado 5 situación 2 inglés _____	284
Tabla 33. Intercambio mediado 5 situación 2 inglés _____	284
Tabla 34. Intercambio no mediado 6 situación 2 inglés _____	286
Tabla 35. Intercambio mediado 6 situación 2 inglés _____	289
Tabla 36. Intercambio no mediado 7 situación 2 inglés _____	291
Tabla 37. Intercambio mediado 7 situación 2 inglés _____	294
Tabla 38. Intercambio no mediado 1 situación 3 inglés _____	297
Tabla 39. Intercambio mediado 1 situación 3 inglés _____	299
Tabla 40. Intercambio no mediado 2 situación 3 inglés _____	300
Tabla 41. Intercambio mediado 2 situación 3 inglés _____	301
Tabla 42. Intercambio no mediado 3 situación 3 inglés _____	303
Tabla 43. Intercambio mediado 3 situación 3 inglés _____	306
Tabla 44. Intercambio no mediado 4 situación 3 inglés _____	307
Tabla 45. Intercambio mediado 4 situación 3 inglés _____	311
Tabla 46. Intercambio no mediado 5 situación 3 inglés _____	313
Tabla 47. Intercambio mediado 5 situación 3 inglés _____	314
Tabla 48. Intercambio no mediado 1 situación 1 francés _____	317
Tabla 49. Intercambio mediado 1 situación 1 francés _____	317
Tabla 50. Intercambios no mediados 2 y 3 situación 1 francés _____	319
Tabla 51. Intercambios mediados 2 y 3 situación 1 francés _____	321
Tabla 52. Intercambio no mediado 4 situación 1 francés _____	324
Tabla 53. Intercambios mediados 4 y 5 situación 1 francés _____	326
Tabla 54. Intercambio no mediado 6 situación 1 francés _____	327
Tabla 55. Intercambio mediado 6 situación 1 francés _____	328
Tabla 56. Intercambio no mediado 7 situación 1 francés _____	330
Tabla 57. Intercambio mediado 7 situación 1 francés _____	331
Tabla 58. Intercambio no mediado 8 situación 1 francés _____	333
Tabla 59. Intercambio mediado 8 situación 1 francés _____	335
Tabla 60. Intercambio no mediado 9 situación 1 francés _____	337
Tabla 61. Intercambio mediado 9 situación 1 francés _____	339
Tabla 62. Intercambio no mediado 1 situación 2 francés _____	341
Tabla 63. Intercambio mediado 1 situación 2 francés _____	341
Tabla 64. Intercambio no mediado 2 situación 2 francés _____	342
Tabla 65. Intercambio mediado 2 situación 2 francés _____	344
Tabla 66. Intercambio no mediado 3 situación 2 francés _____	347
Tabla 67. Intercambio mediado 3 situación 2 francés _____	349
Tabla 68. Intercambio no mediado 4 situación 2 francés _____	352
Tabla 69. Intercambio mediado 4 situación 2 francés _____	353
Tabla 70. Intercambio no mediado 5 situación 2 francés _____	355
Tabla 71. Intercambio mediado 5 situación 2 francés _____	357
Tabla 72. Intercambio no mediado 1 situación 3 francés _____	361
Tabla 73. Intercambio mediado 1 situación 3 francés _____	362
Tabla 74. Intercambio no mediado 2 situación 3 francés _____	364

Tabla 75. Intercambio mediado 2 situación 3 francés _____	365
Tabla 76. Intercambio no mediado 3 situación 3 francés _____	368
Tabla 77. Intercambio mediado 3 situación 3 francés _____	370
Tabla 78. Intercambio no mediado 4 situación 3 francés _____	373
Tabla 79. Intercambio mediado 4 situación 3 francés _____	375
Tabla 80. Intercambio no mediado 5 situación 3 francés _____	378
Tabla 81. Intercambio mediado 5 situación 3 francés _____	378
Tabla 82. Intercambio no mediado 6 situación 3 francés _____	379
Tabla 83. Intercambio mediado 6 situación 3 francés _____	380



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- ¿Tú a qué tienes miedo?
- Yo a esa llamada.
- ¿Qué llamada?
- La que te diga que un ser querido ha fallecido.

Todos tenemos una fecha y una hora en la que nuestra vida dio un giro de 180 grados. Un 19 de marzo de 2013, la mía.

Imagine que vive fuera de su país de procedencia y recibe una llamada para comunicarle que tiene que volver porque un familiar directo ha fallecido en un accidente. Piense si en ese momento tuviese un papel en blanco en sus manos cuál hubiese sido su reacción; quizá doblarlo, aplastarlo, romperlo, tirarlo... Ya que entre sus manos tiene esta investigación, con deseo de contribuir a la humanización de la salud desde la parte de la interpretación, le pido que disfrute de la lectura de esta tesis escrita desde el agradecimiento a la vida.

Se dice que «el tiempo lo cura todo» o que «lo pone todo en su sitio».
Cualquiera puede poner a prueba estas aseveraciones y descubrir su falsedad.
Los nudos nunca se sueltan solos y nadie los puede deshacer salvo uno mismo.
Ayuda a deshacerlos relatar la historia dentro del nudo.

Es difícil acometer la tarea de deshacer los nudos,
pero el duelo es un momento privilegiado para hacerlo.

La terapia no fue fácil porque me agitó.
La terapia me ayudó a compartir con una sonrisa la mala experiencia.
A disfrutar del presente dando gracias al pasado.
A re-vivir.

(Valentín Rodil Gavala 2019: 79, 85, 123)¹

1. INTRODUCCIÓN

Desde que empecé a pensar esta tesis doctoral, la concebí como un modo de ahondar en la situación actual de la interpretación en los servicios públicos, en la rama de la medicina y en situaciones de alta complejidad interpretativa como son, por ejemplo, la donación de órganos, catástrofes naturales, accidentes, cuidados paliativos y final de vida. Mi interés por la investigación en esta área está directamente relacionado con mi experiencia profesional y personal y mis primeros acercamientos a la investigación y, a raíz de ahí, por las dificultades con las que me he ido encontrando y por la preocupación por el futuro de esta profesión en contextos altamente sensibles. No obstante, y por cuestiones de extensión y corpus, decidí centrar la investigación en la interpretación en final de vida y duelo: comunicación de malas noticias, situación de últimos días y seguimiento individual del duelo.

¹ Rodil Gavala, Valentín. 2019. *Se me ha roto la vida. Reflexiones y testimonios de duelo*. Cantabria: Sal Terrae.

Por mi formación en Traducción e Interpretación y especializada en el ámbito médico gracias al máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá y al máster en Traducción médico-sanitaria de la Universidad Jaume I que cursé en el año 2014 y 2015, he concebido esta profesión como una herramienta que garantiza el acceso igualitario y no discriminatorio a los servicios sanitarios y la exposición de información referente a la salud por parte de todos los intervinientes en una consulta médica bilingüe o multilingüe. Así pues, el intérprete es el mecanismo que garantiza la transmisión de dicha información permitiendo que cada interlocutor se exprese en su lengua materna. Es, a mi entender, una profesión de alta responsabilidad y, a la vez, de gran satisfacción.

No obstante, en mi experiencia profesional he interpretado y presenciado situaciones que me han hecho reflexionar sobre conceptos teóricos y prácticos, así como sobre mi papel y función o funciones como intérprete. Además, en el plano personal, sufrí dos pérdidas directas que me llevaron a plantearme la interpretación en estas situaciones que entrañan una elevada carga emocional, y un significativo contenido paraverbal y no verbal. La ayuda que recibí en una terapia de duelo desde el ámbito de la psicoterapia me hizo pensar en cómo sería la interpretación en sesiones de esta índole. De ahí que este sea uno de los motores de puesta en marcha de esta investigación. Además, cuando hablamos de interpretación médica en general, suele ser habitual relacionarla con un entorno hospitalario; no obstante, en final de vida y duelo las sesiones pueden desarrollarse también en otros lugares como el domicilio, un tanatorio, una asociación o una fundación, por ejemplo.

Desde que comenzó mi interés investigador por este campo y mi deseo de ahondar y plasmar en una tesis doctoral mi investigación he encontrado muchas opiniones sobre las dificultades que podría entrañar el estudio de la interpretación en contextos de final de vida y duelo. Desde mi opinión, estos pensamientos pueden deberse a que se trata de un contexto no demasiado agradable a priori y que para muchos sigue siendo tabú. Sin embargo, durante el desarrollo de esta tesis doctoral, la pandemia mundial (COVID-19) provocada por la aparición de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) irrumpió en nuestras vidas y nos dejó expuestos a cifras de fallecimientos que aumentaban cada día, a malas noticias, a situaciones de final de vida, a despedidas que no pudieron realizarse, a abrazos prohibidos, a una distancia social impuesta, a velatorios improvisados y a un sinnúmero de duelos silenciados y solitarios. Esta pandemia también ha modificado la interpretación en los servicios públicos y, sobre todo, en el ámbito sanitario con la irrupción de la telemedicina en muchas consultas. Por todo ello, esta investigación también incluye partes que hacen referencia a la mencionada crisis sanitaria que ha supuesto una sociedad más pendiente y consciente de la vulnerabilidad del ser humano y de lo efímero de la vida.

Con este estudio pretendo poner de manifiesto la situación de los extranjeros residentes en España que también viven casos de final de vida, pero se encuentran con barreras lingüísticas y culturales para acceder a los servicios sanitarios y de ayuda en duelo que agravan los procesos de enfermedades avanzadas, situaciones de últimos días y duelos.

Además, como componente novedoso, este estudio se propone analizar la necesidad de interpretación en situaciones de final de vida y duelo desde la relación enfermero/terapeuta-paciente-intérprete-familiar y las perspectivas de cada parte, la calidad de la interpretación, el papel del intérprete y la gestión de su bienestar tras intervenir en estos contextos. Por tanto, aspiro a contribuir a la mejora de la comunicación mediada por intérprete en contextos de final de vida. La motivación para ello nace del convencimiento de la necesidad de dar visibilidad, por un lado, a las situaciones complicadas a las que tienen que hacer frente los profesionales sanitarios para comunicar malas noticias y fallecimientos y, por otro lado, a los pacientes y dolientes extranjeros cuya comprensión de la información, expresión de su estado y posibilidad de reconstrucción tras una pérdida se ven afectadas por las barreras comunicativas. Confío en que esta investigación sirva de objeto de reflexión para proporcionar los recursos necesarios en estos contextos para que la comunicación mediada no sea un freno sino una herramienta para ayudar a los que sufren y a los que pueden contribuir a sobrellevar el sufrimiento.

1.1 Caracterización de la interpretación

España es uno de los países que todavía no cuenta con una regularización de la profesión del intérprete en los servicios públicos. Como consecuencia, a lo largo de la historia la denominación de esta profesión ha ido cambiando: *community interpreting*, *cultural interpreting*, *community based interpreting*, *public service interpreting* son las denominaciones aportadas en inglés y en francés se ha preferido *interprétation social* y *interprétation en milieu social*. En español ha habido distintas denominaciones como *interpretación comunitaria* en un primer momento por la traducción directa del inglés *community interpreting*; sin embargo, se desaconsejó su uso por dar a entender que podía tener un carácter voluntario y Mayoral (2003: 129) acuñó en España el término interpretación social (IS)². Debido a la posible confusión con el papel de los trabajadores sociales se propuso también *interpretación en los servicios públicos* (ISP) por el contexto en el que se articula este tipo de interpretación denominado «intra-social» (Pöchhacker 1999: 127).

² Según Gentile, Ozolins y Vasilakakos (1996) *bilateral interpreting* y *liaison interpreting* son técnicas que no están ligadas a ningún contexto en particular. Asimismo, según Collados Aís y Fernández Sánchez (2001) las denominaciones *liaison* o *dialogue interpreting* se entienden como *técnica* de interpretación y no como *modalidad* de interpretación.

No obstante, ha habido un tiempo en que ambas denominaciones (interpretación social e interpretación en los servicios públicos) han sido utilizadas indistintamente (Martínez-Gómez Gómez 2011: 14; Iliescu Gheorghiu y Ortega Herráez 2015: 16).

En la actualidad, y desde hace unos años, la balanza parece que se decanta en España por Interpretación en los Servicios Públicos (ISP) por ser la denominación más neutral ya que está lejos de controversias o ambigüedades. Por ejemplo, en la Universidad de Alcalá cuentan con un máster cuyo título incluye esta denominación: Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos³ o en la Universidad de Valladolid para el curso 2020-2021 la asignatura que antes se denominaba interpretación social pasa a denominarse interpretación en los servicios públicos⁴. El grupo de investigación MIRAS de la Universitat Autònoma de Barcelona también utiliza esta denominación para su línea de investigación⁵ y cuentan con un proyecto financiado por la Unión Europea (*Expanding Professional Borders*⁶) que también contiene la denominación de *public service interpreting* así como otros proyectos anteriores que también versan sobre la ISP⁷.

Quizá esta influencia está marcada por la preferencia por el término *public service interpreting* en inglés que, desde 1994, ha ido sobreponiéndose a *community interpreting* porque fue cuando se creó en Reino Unido, país que cuenta con una normalización mayor de la profesión, un sistema de certificación obligatorio (*Diploma in Public Service Interpreting*, DPSI⁸) para poder ejercer.

Por tanto, parece ser que la denominación *Public Service Interpreting* (PSI) se utiliza en Europa mientras que *Community Interpreting* (CI) se prefiere en Canadá, México, Estados Unidos, Australia, Japón y Korea. Por tanto, puesto que no hay una clara ni consensuada preferencia, en la reciente publicación de la Enciclopedia de Traducción e Interpretación (ENTI)⁹, se recogen ambas denominaciones:

Community or public service interpreting is a relatively recent coinage (end of 20th century referring to an interlinguistic and intercultural communication that serves the community and takes place in and for the public services, be it legal (police, asylum, prisons), medical or educational (Iliescu Gheorghiu 2022, s.p.)¹⁰.

³ Accesible en: <https://www.uah.es/es/estudios/Comunicacion-Intercultural-Interpretacion-y-Traduccion-en-los-Servicios-Publicos/>

⁴ Accesible en: <http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.01.grados/2.01.02.ofertaformativagrados/detalle/Grado-en-Traduccion-e-Interpretacion-Plan-nuevo/>

⁵ Accesible en: <https://grupsderecerca.uab.cat/miras/es>

⁶ Accesible en: https://www.youtube.com/watch?v=NUsPfXqHyiY&feature=emb_logo

⁷ Accesible en: <https://grupsderecerca.uab.cat/miras/es/content/proyectos-financiados>

⁸ Accesible en: <https://www.ciol.org.uk/dpsi>

⁹ Accesible en: <https://www.aieti.eu/enciclopedia/>

¹⁰ Enlace a la fuente: https://www.aieti.eu/enti/community_interpreting_ENG/

En España, como hemos apuntado, la más utilizada en la actualidad por su carácter multicontextual es ‘Interpretación en los Servicios Públicos’. Por ello, en esta investigación seguiremos esta línea, aunque también haremos referencia a la profesión como interpretación social (IS) o interpretación comunitaria (IC) cuando citemos a autores que se decantaron por estas denominaciones anteriormente. Siguiendo el mismo criterio en su denominación en inglés, utilizaremos *public service interpreting*, pero también *community interpreting* cuando en las obras citadas aparezca con esta denominación.

Según recoge Pöchhacker (2015: 66), algunos profesionales prefieren simplemente denominarse intérpretes que trabajan en distintos ámbitos, aunque el autor aboga por la utilidad de una etiqueta clara para fines, sobre todo, de investigación y formación:

Some professional interpreters therefore resist the label and would rather call themselves ‘interpreters’ who work in different settings. The label, however, is useful for research and training purposes. Once an activity is identified as being distinct from others, it becomes an object of systematic study, the results of which can inform the practice, which can in turn inform the curriculum. Such cross-fertilisation between research, training and practice will serve to elevate the status of community interpreting as a professional activity (Pöchhacker 2015: 66).

De estas últimas palabras, destacamos la necesidad de remar en la misma dirección desde la investigación, la formación y la práctica profesional para que la profesión pueda adquirir el estatus que merece. Por lo general, en países con mayores cifras y mayor historia de inmigración como Australia, Canadá o Suecia, la profesión parece estar más consolidada (Tebble 2012) pero en otros países con una historia más reciente de inmigración como España o Italia, este tipo de interpretación todavía no está bien reconocida por la ausencia de una legislación específica (Ortega Herráez, Abril Martí y Martín 2009; Ortega Herráez y Blasco Mayor 2018; Valero Garcés y Alcalde Peñalver 2021; Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez 2021). Además, Pöchhacker (2015: 67) apunta varios motivos como la no disponibilidad de intérpretes para cubrir todas las lenguas de los inmigrantes, la ausencia de sistemas de certificación específicos o la retribución salarial.

Las denominaciones anteriores son solo un ejemplo del sinfín de etiquetas utilizadas para definir una realidad que, de modo general, podría resumirse de la siguiente forma:

Community interpreting is the type of interpreting that takes place between people who live in the same community, society or country but who do not share a common language (Pöchhacker 2015: 65). PSI is the type of interpreting that takes place between residents of a community. It is carried out in the context of the public services, where service users do not speak the majority language of the country. [...] Conflicts in PSI could arise, as the participants of interpreted interactions, including the interpreter, are ignorant of each other’s needs, roles, goals, and ideas. [...] It is also crucial that there be a cross-fertilization between research, training, and practice where each aspect informs the other (Hale 2011: 343).

También se han aportado otras definiciones haciendo hincapié en distintos aspectos. Por ejemplo, Abril Martí (2006: 5) centrada en los servicios que se proporcionan:

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 hablen 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.

O Ruiz Rosendo (2009: 9) que menciona la importancia del conocimiento especializado en la interpretación en el ámbito de la medicina:

La interpretación en el ámbito de la medicina se engloba dentro de la interpretación especializada. La información que se transmite e intercambia se caracteriza por reflejar las experiencias de un determinado sector de la población que comparte un grado muy elevado de conocimiento especializado.

Las anteriores definiciones son una pequeña muestra de las diferencias en cuanto a la denominación y de los conflictos que pueden aparecer si se desconocen las necesidades y el papel de una de las partes implicadas. También se pueden observar divergencias en cuanto a la pertinencia de las distintas ramas (judicial, educativa, administrativa, médica, policial, etc.) como disciplinas independientes dentro de los Estudios de Traducción e Interpretación (ETI)¹¹. Estas divergencias surgieron cuando autores como Gentile (1997) y Mikkelson (2000) afirmaban que diferenciar distintos géneros de la interpretación servía para confundir y disgregar la profesión. Sin embargo, Alexieva (1997) en su tipología de encuentros mediados por intérprete consideraba que cuanto más definida esté una profesión, más áreas de especialidad se pueden derivar de la misma. Por otro lado, Garber (2000) y Pöchhacker (2006) opinaban que cuanto más sistematización exista, menor será la subjetividad que pudiese haber. Abril Martí (2006) también abogaba por la caracterización de los géneros sobre todo para delimitar y concretar la formación especializada.

Por tanto, desde el siglo XXI, se ha tendido a categorizar y tratar de limitar las diferentes áreas de especialidad dentro de la interpretación en los servicios públicos o interpretación social.

¹¹ La designación *Interpreting Studies* (Estudios de Interpretación) se utilizó por primera vez en el Simposio de Trieste y apareció por primera vez en un artículo a principios de los noventa (Salevsky 1993). No cabe duda que esta disciplina está relacionada con la traducción si la entendemos como cualquier forma de actividad de traslado de información (Holmes 2000). La etiqueta *Translation and Interpreting Studies* (Estudios de Traducción e Interpretación) en diferentes asociaciones, revistas y formaciones puede dar la impresión de que son dos disciplinas diferentes y existen intérpretes investigadores que prefieren abogar por *Interpreting Studies* para dotar a esta disciplina de cierta autonomía (Pöchhacker 2015: 202). En esta investigación optamos por Estudios de Traducción e Interpretación por su carácter interdisciplinar, aunque este estudio esté enmarcado dentro de la rama de la interpretación, del área de la medicina y de los contextos de malas noticias, situaciones de últimos días y duelo. De ahí que también utilicemos 'Estudios de Interpretación' cuando tratemos el recorrido histórico e investigador de los mismos.

De ahí que se hayan utilizado distintas denominaciones, por ejemplo, para referirse a la interpretación que se desarrolla en centros médicos y sanitarios, donde destacamos algunas como interpretación en el ámbito de la medicina (Ruiz Rosendo 2006), interpretación en el ámbito sanitario (Iliescu Gheorghiu 2008) o interpretación sanitaria (Santana García 2021). Pero también ha habido distintos acercamientos a diversas ramas específicas como la salud mental (Echauri Galván 2016; Menoyo García de Garayo 2020) o la oncología pediátrica (Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* 2019a). De aquí surge la motivación para este estudio que concibe las áreas de final de vida y duelo como necesarias de una aproximación específica por las dificultades que entrañan en distintos niveles (emocional, verbal, no verbal, paraverbal).

El hecho de que nuevas realidades y necesidades aparezcan en una sociedad multilingüe y multicultural conlleva a que se desarrollen recursos en la práctica para atender dichas necesidades; las cuales, a posteriori, se tratan de examinar en la docencia y la investigación. De ahí que exista una dificultad para delimitar a veces el ámbito de actuación de la interpretación en los servicios públicos. Por ello, dada la juventud de esta rama, el conocimiento científico, en muchas ocasiones, ha venido de otras ramas como la pragmalingüística, la psicología cognitiva o del ámbito profesional.

Los Estudios de Traducción e Interpretación se han centrado no solo en el intérprete en sí, sino también en su producción y en la percepción, expectativas y necesidades de los usuarios. Entre estos dos ángulos de los ETI es donde se enmarca la presente tesis doctoral, ya que combina el estudio del papel del intérprete en un contexto determinado desde la perspectiva de los intérpretes y los profesionales sanitarios, con el análisis de la percepción, expectativas y necesidades de los usuarios y familiares. Además, se desarrolla un modelo de cinco vertientes para el análisis comparativo, sociopsicológico y pragmalingüístico del ámbito de final de vida con y sin intervención del intérprete. Estas vertientes comprenden los parámetros de intervención en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo; las normas de cortesía; los elementos paraverbales y no verbales; la gestión de las emociones y la gestión de la comunicación no mediada y la mediada por intérprete.

Estas características hacen que el presente estudio científico se enmarque dentro de un área de conocimiento novedosa, compleja y necesaria en un contexto hasta la fecha casi inexplorado dentro de los Estudios de Traducción e Interpretación. Así pues, esta investigación pretende describir el funcionamiento de estos servicios y perfilar los elementos que contribuyen al éxito de la comunicación mediada por intérpretes en los contextos mencionados. Podríamos decir que aspira a ser el nexo de unión entre dos áreas específicas de las Ciencias de la Salud -final de vida (que incluye la comunicación de malas noticias) y duelo, y la interpretación médica (disciplina transversal)- que necesitan aprender una de la otra para que el funcionamiento sea óptimo.

1.2 Justificación del tema

Como ya hemos avanzado, centramos la presente investigación en la interpretación de situaciones de malas noticias, últimos días y duelo. Para encuadrar el presente estudio partimos de varios datos numéricos sobre la población extranjera residente en España antes de la crisis sanitaria hasta el momento actual.

Según los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística)¹² en cuanto al crecimiento interanual de la población de España en el primer semestre de 2019¹³, se produjeron 348.625 inmigraciones procedentes del extranjero que aumentan la cifra de extranjeros a 1 de julio de 2019 a 5.023.279. De esta cifra, 295.067 proceden de Reino Unido, 114.384 de Francia, 734.402 de Marruecos, 139.201 de Alemania, 256.269 de Italia, 669.222 de Rumanía, 227.102 de Colombia, 193.207 de China, 158.218 de Venezuela, 133.201 de Ecuador, 123.403 de Bulgaria, 105.414 de Ucrania, 104.412 de Portugal, 97.824 de Honduras y 89.545 de Perú. Recopilamos estas cifras en la siguiente tabla:

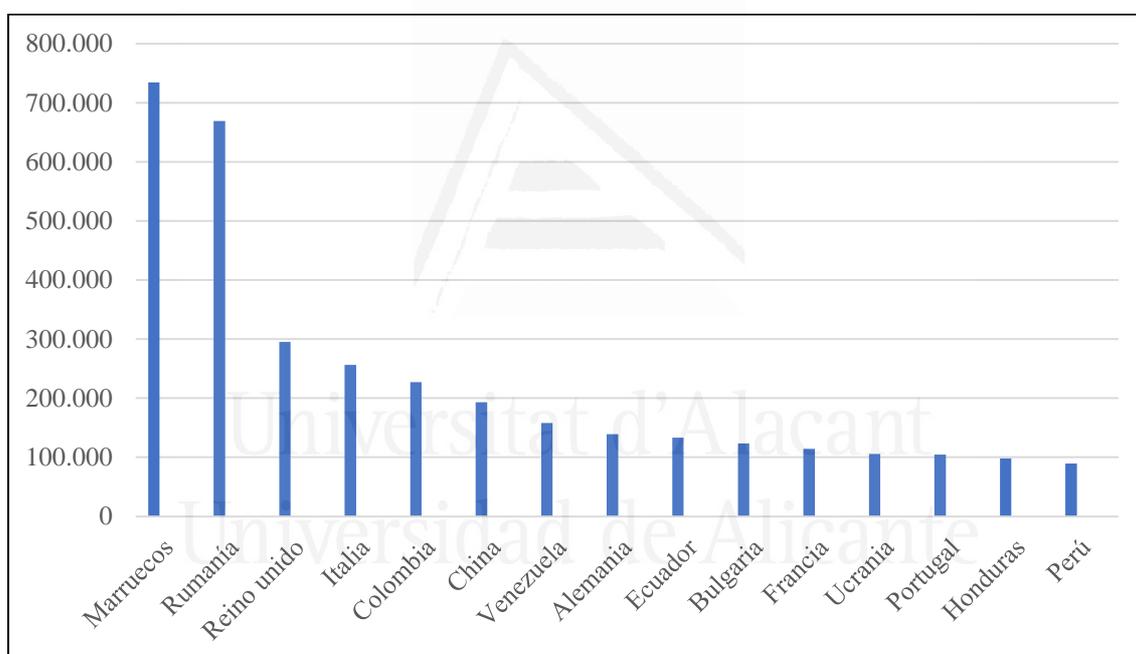


Gráfico 1. Crecimiento interanual de la población extranjera en España (1 de julio de 2019)

Sin embargo, la pandemia mundial COVID-19, que se inició en España en marzo de 2020, ha provocado un revuelo en todos los ámbitos: investigador, académico, social y vital. Según los datos del INE sobre las estadísticas de migraciones, el saldo migratorio ha sido prácticamente nulo a fecha de 1 de julio de 2021¹⁴ por la crisis sanitaria, aunque sí se aprecia un ligero aumento de las cifras de inmigraciones procedentes del extranjero comparadas con las mencionadas en la anterior figura. De los 5.023.279 de extranjeros en julio de 2019, dos años después solo ha aumentado a 5.325.907.

¹² Enlace a la fuente: <https://www.ine.es/>

¹³ Enlace al documento: https://www.ine.es/prensa/cp_j2019_p.pdf

¹⁴ Enlace al documento: https://www.ine.es/prensa/cp_j2021_p.pdf

De esta cifra, 320.276 proceden de Reino Unido, 124.231 de Francia, 767.180 de Marruecos, 141.567 de Alemania, 286.466 de Italia, 639.426 de Rumanía, 294.291 de Colombia, 194.206 de China, 207.583 de Venezuela, 122.619 de Ecuador, 118.682 de Bulgaria, 105.573 de Ucrania, 106.247 de Portugal, 122.220 de Honduras y 110.199 de Perú. Recopilamos estas cifras en el siguiente gráfico con una comparativa con las cifras anteriores donde se puede observar el ligero aumento de inmigraciones de todos los países excepto de Rumanía, Ecuador y Bulgaria.

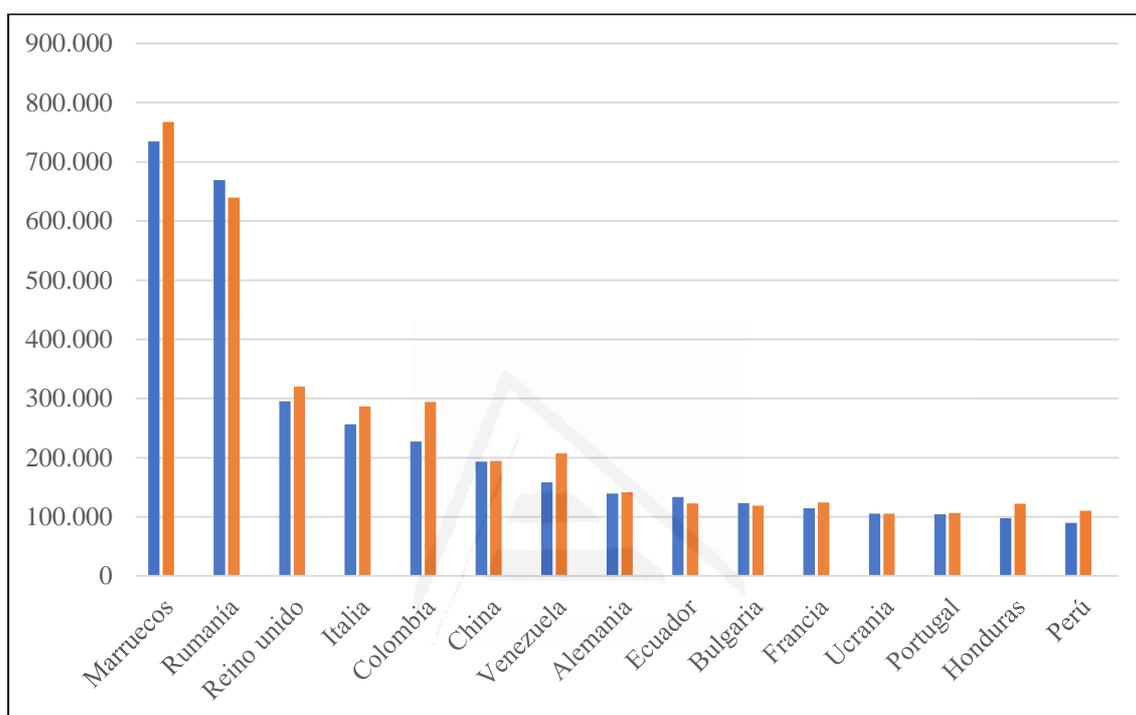


Gráfico 2. Comparativa del crecimiento interanual de la población extranjera en España entre julio de 2019 y 2021

Una vez extraídos los datos por países, también es relevante conocer las cifras relacionadas con la mortalidad por situar la presente investigación en el área de final de vida y duelo. Según el Ministerio de Salud de España, en este país se calculó en julio de 2020 que había unos 253.908 casos positivos confirmados; en Europa, la cifra se situaba en 2.756.552 y, en el mundo, en 12.064.828. Además, en España, en julio de 2020 se contabilizaron 28.403 fallecidos¹⁵. Si actualizamos estos datos a los que se han publicado más recientemente por el INE (con fecha del 13 de enero de 2022)¹⁶, solo en España se han contabilizado 7.930.528 casos positivos totales y 90.620 fallecimientos. En Europa, la cifra de casos positivos alcanza los 112.721.00 y 1.939.000 la de fallecimientos.

¹⁵ Enlace al documento:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_160_COVID-19.pdf

¹⁶ Enlace al documento:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_541_COVID-19.pdf

Finalmente, en todo el mundo, a 23 de enero de 2022 se calculan unos 349.000.000 de personas que se han contagiado y 5.590.000 de fallecimientos. A día de hoy, aunque el cáncer sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, durante el año 2020 las enfermedades infecciosas respiratorias, donde se incluye el COVID-19, fueron la tercera causa de muerte en España, siendo la segunda causa las enfermedades del sistema circulatorio, según los datos publicados por el INE¹⁷.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), incluyó los fallecimientos por COVID-19 en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en marzo de 2020 y diferenció entre muertes por ‘virus identificado COVID-19’ y muertes por ‘virus no identificado COVID-19’ cuando los síntomas eran sospechosos de dicha enfermedad, pero no se pudo certificar. De ahí que el INE contabilice en 2020 unos 14.481 casos de muerte por virus no identificado COVID-19 en España.

En la mayoría de casos, las personas cercanas a los fallecidos sufren un proceso de duelo. En el terreno del duelo por COVID-19, se estima que solo en España puede haber unas 140.000 personas en duelo, las cuales, si no solicitan ayuda especializada, entre 15.000 y 45.000 pueden ser susceptibles de desarrollar un duelo complicado¹⁸. Estas cifras suponen un reto para los profesionales de la psicoterapia y la salud mental para dar una buena respuesta y poder combatir la crisis sanitaria actual.

En el plano de la investigación se calcula que unos 30.000 artículos científicos sobre el COVID-19 fueron publicados en las primeras semanas de la pandemia¹⁹. En el campo de la interpretación también contamos con aportaciones incipientes como las nuevas necesidades interpretativas derivadas de la crisis sanitaria (Runcieman 2020) o la relevancia del factor humano durante la pandemia (Valero Garcés 2021). También han ido publicándose numerosas noticias cada día como ‘Cenizas por mensajero’ (13/06/2020)²⁰ para resaltar la importancia de dejar a los familiares de fallecidos expresar sus emociones, ‘*La formació sanitària en el dol és l’assignatura pendent*’ (15/06/2020)²¹ sobre la necesidad de formación en duelo, ‘El duelo pandémico del mundo’ (23/01/2022)²² acerca de las emociones que está experimentando la sociedad por la crisis

¹⁷ Enlace al documento: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf

¹⁸ Fuente: Webinar ‘Atención en duelo por COVID-19’ (08/07/2020) https://www.youtube.com/watch?v=KxIDbLoHTxs&fbclid=IwAR2s8b5_-bqLLwekJjaA6I4az1oGqe7einaXmvrm87_OKkKnK1oBNy0e07Q

¹⁹ Fuente: Jornada MEDES ‘Innovaciones en la comunicación científica en español. Cambios urgentes para el debate’ (07/07/2020) <https://www.sebbm.es/web/es/agenda/32-eventos/1690-encuentro-innovaciones-en-la-comunicacion-cientifica-en-espanol-cambios-urgentes-para-el-debate>

²⁰ Enlace a la noticia: https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20200613/cenizas-por-seur-7998413?fbclid=IwAR1lhndENm-x6A_-rmLfbz_0GVDjB4OUECPZuPVW_zFUysgpS1gk1oYdFeM

²¹ Enlace a la noticia: <http://www.elpuntavui.cat/societat/article/5-societat/1804739-la-formacio-sanitaria-en-el-dol-es-l-assignatura-pendent.html?fbclid=IwAR1n0WZqh2X-n-k4834AoyUBdRKiNX2kdQTyZcXMMWQjgyVaahSh0n4Rd6A>

²² Enlace a la noticia: <https://www.farodevigo.es/sociedad/2022/01/23/duelo-pandemico-mundo-61856085.html>

sanitaria o ‘Nunca digas tienes que ser fuerte’ (29/12/2021)²³ sobre el duelo y la salud mental. Como observamos, la COVID-19 ha supuesto un punto de inflexión en la sanidad, la comunicación, la atención en final de vida y el duelo, lo que es una muestra más de la importancia de estudiar esta cuestión, a la que queremos contribuir con esta tesis doctoral desde la perspectiva de la interpretación.

Aunque el binomio interpretación médica y final de vida y duelo tenga un carácter novedoso, esta investigación parte de estudios anteriores. Los cimientos de esta investigación los constituyen las aportaciones a la interpretación social como género realizadas por Abril Martí (2006), la caracterización de la interpretación en los servicios públicos de Corsellis (2008) y Hale (2011), el volumen ‘Traducción e interpretación en el ámbito biosanitario’ (Fernández y Ortega Arjonilla 1998) y reeditado en 2018 por Ortega Arjonilla y Martínez López, el volumen ‘Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades’ editado por Foulquié-Rubio, Vargas-Urpi y Fernández Pérez (2018), el volumen ‘*Translatum nostrum*. La traducción y la interpretación en el ámbito especializado’ editado por Botella Tejera, Iliescu Gheorghiu y Franco Aixelá (2020) y el volumen ‘La interpretación de enlace: de la teoría a la práctica’ (Pozo Triviño 2020), como punto de partida para la parte de interpretación.

Por otro lado, en cuanto a comunicación en final de vida y duelo partimos de los trabajos de Hordyk, Macdonald y Brassard (2017) y Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* (2019a; 2019b) por centrarse en la interpretación en contextos oncológicos. Además, las investigaciones y resultados de Granhagen, Junger, Tiselius, Blomgren, Lützén y Pergert (2016; 2019a y 2019b) son de especial relevancia por centrarse en las conversaciones bilingües y el papel del intérprete en oncología pediátrica en Suecia que, aunque no sea la misma área de especialidad, están enmarcados dentro del contexto médico en una rama altamente sensible al igual que el presente estudio. También nos es de gran utilidad el estudio de Silva, Genoff, Zaballa *et al.* (2016) por su recopilación de los trabajos centrados en comunicación en final de vida, así como el volumen *Handbook of communication in oncology and palliative care* (Kissane, Bultz, Butow *et al.* 2017) por recoger las investigaciones más recientes sobre la comunicación en los cuidados paliativos y oncología desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. En esta línea, también nos hemos basado en las reflexiones de Bátiz Cantera (2019; 2021) sobre los cuidados y las necesidades de un paciente en final de vida.

Para la contextualización de las líneas de investigación que seguimos en esta investigación, nos hemos basado en los trabajos de Skammeritz, Sari, Jiménez *et al.* (2019), Bot (2003; 2005), Bot y Verrept (2013), Vranjes, Bot, Feyaerts *et al.* (2019) y Vranjes y Bot (2021) centrados en la interpretación en salud mental y en psicoterapia para refugiados que nos sirven como guía, aunque los usuarios del presente estudio sean

²³ Enlace a la noticia: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-12-29/una-psicologa-en-el-corazon-de-las-muertes-traumaticas-nunca-digas-tienes-que-ser-fuerte.html>

residentes extranjeros y no refugiados. Para la línea de investigación dedicada al estrés y el bienestar del intérprete hemos recurrido a los trabajos de Fidan (2017) y Kindermann, Schmid, Derreza-Greeven *et al.* (2017) sobre el trauma vicario, al de Bybee (2018) sobre el crecimiento positivo, al de Costa, Lázaro Gutiérrez y Rausch (2020) sobre las sesiones de apoyo psicológico para los trabajadores en contextos sensibles y al modelo de intervención ‘3R’s model of facilitation of support groups for interpreters’ en dichas sesiones, de Costa (2020).

Como base teórica aplicamos, por un lado, la teoría de la cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987) y, por otro lado, el modelo que recomienda cómo dar malas noticias de Buckman (1984, 1992, 1997, 2001, 2010) y el modelo de final de vida y duelo de Payás Puigarnau (2010; 2014). Para la creación de nuestro propio modelo de análisis, nos basamos en estas obras y en el volumen ‘Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos’ de Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003) y en el volumen ‘Counselling y cuidados paliativos’ de Santos y Bermejo (2015). Para la recopilación de parámetros a analizar, en la vertiente no verbal y paraverbal hemos tomado como referencia la obra ‘La comunicación no verbal I’ de Poyatos (1994; 2002) y el estudio de Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez (2019) sobre la proxemia, cronemia y kinesia que, aunque está dedicado a la interpretación en centros penitenciarios, aporta una clasificación de estas áreas aplicable a nuestra investigación. En la vertiente dedicada a la gestión de la comunicación, hemos seguido a Vranjes, Brône y Feyaerts (2018) en su estudio sobre estrategias de gestión verbales y visuales.

Para el diseño, compilación y explotación del corpus de grabaciones hemos utilizado las contribuciones de Arumí Ribas (2018) sobre el análisis de las estrategias de intérpretes en los SSPP en el ámbito educativo y las de Arumí Ribas y Vargas Urpi (2018) y Orozco Jutobán (2018) sobre el análisis de un corpus de interpretación judicial. Además, en la valoración de las intervenciones de los intérpretes hemos seguido la tipología propuesta por Wadensjö (1992, 1998). Para sustentar nuestra metodología, la matriz de evaluación de la calidad de la interpretación está basada en el modelo de Martínez-Gómez Gómez (2011) que, aunque está centrado en el ámbito de la interpretación en prisiones, nos sirve como base metodológica.

A partir de los hallazgos de estos autores, recogemos su llamada a la necesidad de más estudios empíricos y analíticos sobre la percepción de pacientes, familiares y del personal sanitarios sobre la ISP en consultas de diferentes especialidades médicas para hacer nuestra contribución en los contextos de malas noticias, final de vida y duelo.

1.3 Hipótesis y objetivos

Las hipótesis y objetivos de esta investigación se basan en aportaciones anteriores en este ámbito de la interpretación en los servicios públicos y en las observaciones extraídas de la práctica profesional por parte de la propia investigadora como intérprete médico con ocho años de experiencia y con numerosas intervenciones en situaciones de final de vida y duelo. En las fases incipientes de esta tesis, un papel destacado lo han jugado las vivencias de la autora como persona que ha sufrido la pérdida de dos seres queridos directos. Dada esta dualidad, como intérprete y como doliente, y con el deseo de arrojar luz científica sobre esta vertiente de la profesión de intérprete, me propongo analizar y visibilizar la situación comunicativa con pacientes extranjeros en consultas de malas noticias, últimos días y seguimiento del duelo a familiares. La motivación principal es el deseo de que este trabajo contribuya a ampliar los conocimientos y la formación en este ámbito a fin de contar con unos profesionales mejor preparados y más conscientes (sobre todo de la vertiente empática y emocional) para lograr el éxito comunicativo y el bienestar de todos los involucrados. Para ello, articulo la presente tesis doctoral en torno a cuatro hipótesis:

1. La intervención del intérprete es susceptible de mejorar la comunicación interlingüística. Para los profesionales sanitarios que atienden a pacientes extranjeros en España en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo, el no compartir el idioma del paciente supone una circunstancia que amenaza a la imagen propia ya que tienen que recurrir a un intérprete para entender a su paciente lo que desencadena una renuncia a la imagen positiva (entendida como el deseo de aplicar sus técnicas, ayudar a resolver una situación crítica y aumentar su auto-prestigio profesional). Por otro lado, el no recurrir a un intérprete significa una pérdida de información y un daño a la imagen negativa (entendida como el deseo de adquirir información y poder expresarse de manera efectiva). Por tanto, la interpretación sería una acción compensatoria para preservar la imagen negativa, aunque pueda suponer, en algunas ocasiones, una reducción o pérdida de la positiva. Para ello, trataremos de demostrar que **la interpretación es susceptible de mejorar la comunicación en algunos casos y siempre que se cumplan determinadas condiciones.**
2. **El intérprete puede sufrir estrés por interpretar en estas situaciones comunicativas altamente sensibles** lo cual puede afectar a:
 1. Su producción durante el ejercicio de sus funciones.
 2. Su bienestar durante y después de su intervención.

3. **El intérprete es susceptible de incrementar la calidad de la interpretación y de agravar el estrés si está atravesando una situación cercana similar a la interpretada en estas situaciones**, es decir, el que el intérprete esté elaborando un duelo puede actuar como un factor favorecedor del éxito comunicativo porque el intérprete es conocedor de la situación, pero al mismo tiempo puede modificar su nivel de estrés y/o bienestar posterior. Por el contrario, si el intérprete ha elaborado adecuadamente una situación cercana similar a la interpretada en estas situaciones puede mejorar las hipótesis 1 y 2 porque, al tener ya elaborado el duelo, puede aumentar el éxito comunicativo, la calidad y, por consiguiente, tendrá menos estrés, y/o controlará mejor su bienestar posterior porque contará con estrategias de afrontamiento.

4. **El hecho de que el intérprete cuente con una formación previa en estas áreas puede contribuir a la mejora de la calidad de la comunicación mediada, a un mejor manejo el estrés y al desarrollo de estrategias para el bienestar posterior**. Finalmente, como resultado indirecto, puede contribuir a profesionalizar la interpretación en estos contextos.

Con el fin de confirmar o invalidar las hipótesis expuestas, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general 1: estudiar las posibles herramientas al alcance del intérprete para mejorar²⁴ la comunicación en situaciones de malas noticias, situación de últimos días y duelo a través de un intérprete.

Objetivo específico 1.1: confirmar que la presencia del intérprete implica una mayor calidad en la comunicación frente a las situaciones de comunicación no mediada.

Objetivo específico 1.2: observar el nivel de calidad atendiendo a las siguientes vertientes: estrategias de intervención en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo; normas de cortesía; comunicación no verbal y paraverbal; repercusiones emocionales; gestión de la conversación, e intervención y papel del intérprete.

Objetivo específico 1.3: comprobar en qué medida la cortesía condiciona las estrategias de interpretación.

²⁴ Utilizamos el verbo «mejorar» en vez de «garantizar» porque, según se verá más adelante, el personal médico sanitario se comunica mínimamente con los usuarios extranjeros; como norma general, la comunicación se realiza, pero a menudo los estándares son insatisfactorios a falta de un intérprete.

Objetivo general 2: explorar la relación proveedor de servicios-intérprete-paciente-familia, así como las expectativas de cada uno de los actantes para determinar en qué medida se manifiesta la necesidad de intérpretes.

Objetivo específico 2.1: detectar si existe una necesidad de concienciación sobre el trabajo del intérprete en estas situaciones como parte esencial para favorecer el proceso comunicativo.

Objetivo específico 2.2: observar si existen diferencias entre los estudiantes de ciencias de la salud y los profesionales en cuanto a las expectativas del intérprete.

Objetivo específico 2.3: examinar la percepción de los dolientes tras acudir a grupos de ayuda en duelo o atención individual.

Objetivo específico 2.4: detectar la necesidad de intérprete en servicios de ayuda al duelo y si los posibles usuarios extranjeros residentes en España harían uso de estos servicios.

Objetivo general 3: observar y delimitar los posibles roles que puede adoptar el intérprete en estas situaciones.

Objetivo general 4: observar el estrés del intérprete en situaciones de malas noticias, final de vida y duelo y evaluar el estado emocional y su bienestar antes y después de la interpretación.

Objetivo general 5: explorar si, en el caso de que el intérprete esté sufriendo una situación similar, esto puede añadir estrés y afectar a la calidad de la interpretación y al bienestar posterior del intérprete.

Objetivo específico 5.1: conocer la percepción de los profesionales sanitarios involucrados en estas situaciones sobre la gestión del estrés y el bienestar.

Objetivo específico 5.2: conocer la percepción de las intérpretes participantes sobre el impacto de interpretar con asiduidad en estos contextos.

Objetivo general 6: verificar en qué medida el conocimiento y la formación especializada en estos contextos pueden contribuir a una mejora de la comunicación mediada, el manejo del estrés y la profesionalización de la interpretación.

Objetivo específico 6.1: explorar la opinión de los profesionales sanitarios sobre los contenidos que deberían figurar en una formación específica para el intérprete en estas situaciones.

Los objetivos 1, 2 y 3 pertenecen a la hipótesis 1; el objetivo 4 a la hipótesis 2; el objetivo 5 a la hipótesis 3 y el objetivo 6 a la hipótesis 4 como se resume el siguiente cuadro:

HIPÓTESIS	OBJETIVOS
Hipótesis 1: mejora la comunicación interlingüística.	Objetivos 1, 1.1, 1.2, 1.3.
	Objetivos 2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4.
	Objetivo 3.
Hipótesis 2: manejo del estrés.	Objetivo 4.
Hipótesis 3: impacto de una situación similar a la interpretada.	Objetivos 5, 5.1, 5.2.
Hipótesis 4: formación.	Objetivos 6, 6.1.

Cuadro 1. Resumen de las hipótesis y los objetivos

Como se puede observar, las cuestiones exploradas en este trabajo son: la necesidad de interpretación; su calidad; el papel del intérprete y, el impacto que el interpretar en contextos de final de vida y duelo puede tener para el intérprete.

1.4 Corpus

Para llevar a cabo la presente investigación contamos con dos tipos de corpus. El primero de ellos es un corpus de vídeos compuesto por 12 grabaciones. De estas grabaciones, 6 corresponden a situaciones de malas noticias, últimos días y seguimiento del duelo en inglés con y sin intérprete. Las 6 grabaciones restantes también hacen referencia a estas situaciones, pero en francés. Se ofrece una descripción detallada de este corpus en el apartado 5.1.1. A este corpus nos referiremos en esta investigación como ‘corpus de grabaciones’ y dentro de este corpus diferenciamos en entre ‘corpus inglés’ para las grabaciones en este idioma y ‘corpus francés’ para las situaciones grabadas en francés.

Por otro lado, el segundo corpus comprende los cuestionarios, las entrevistas, las encuestas y los grupos de discusión planteados a los agentes implicados en la interpretación en final de vida. A este segundo corpus nos referimos en el presente trabajo como ‘corpus de datos’ que se detallará en los apartados 5.2 y 5.3. Este corpus de datos está formado por dos cuestionarios (PANAS y STAI) a los que respondieron cada una de las intérpretes; una encuesta con 25 preguntas también dirigidas a las intérpretes participantes en las grabaciones de manera espontánea y sin preparación previa, es decir, con carácter casi real, y un grupo de discusión con las mismas dos intérpretes; una encuesta con 29 preguntas a profesionales sanitarios y 71 entrevistas con profesionales sanitarios involucrados en final de vida y duelo; una encuesta con 19 preguntas dirigidas a los estudiantes de Ciencias de la Salud como futuros proveedores de servicios; una encuesta con 6 preguntas y 35 entrevistas a extranjeros residentes en España como usuarios de estos servicios y una encuesta con 8 preguntas a dolientes que han acudido a terapia individual o grupal en duelo en el territorio español. En resumen, este corpus está formado por datos recogidos con distintas herramientas escogidas en función de los colectivos de destino.

Por tanto, este segundo corpus ('corpus de datos') contiene la visión de las intérpretes participantes en el primer corpus ('corpus de grabaciones') a través de sus respuestas a los dos cuestionarios, a la encuesta y de su participación en el grupo de discusión. Además, del colectivo de profesionales sanitarios contamos con 205 respuestas a la encuesta y 71 entrevistas (en una de ellas participan dos personas y en otra tres; las restantes son individuales). Del siguiente grupo de informantes, los estudiantes de Ciencias de la Salud, disponemos de 243 respuestas. Por parte de los usuarios extranjeros residentes en España hemos obtenido 777 respuestas a la encuesta y 35 entrevistas. Finalmente, el corpus de datos cuenta con 202 respuestas a la encuesta de dolientes españoles.

1.5 Metodología

Para la verificación o refutación de las hipótesis, la presente investigación consta de tres fases que corresponden a un estudio comparativo, uno cuantitativo y uno cualitativo.

La primera fase abarca el estudio comparativo de la comunicación en consultas en contextos de malas noticias, últimos días y duelo con y sin intérprete. Para el análisis del corpus de vídeos se ha diseñado un modelo de cinco vertientes que se detallará en el apartado 5.1.2.

Una vez analizadas las grabaciones y extraídos los datos procedentes del estudio comparativo, se procede a la segunda fase, consistente en un estudio cuantitativo (encuestas) de cada grupo de informantes involucrados en el contexto de final de vida y duelo, más exactamente las dos intérpretes; profesionales sanitarios con experiencia en tales situaciones; estudiantes de Ciencias de la Salud; extranjeros residentes en España y dolientes usuarios de servicios de ayuda en duelo en España.

Como complemento a dichos estudios y con el fin de profundizar en aspectos concretos, se planteó la tercera fase, basada en un estudio cualitativo (entrevistas y grupos de discusión) con los grupos de interés participantes: las intérpretes de las grabaciones, los profesionales involucrados en final de vida y duelo y los usuarios extranjeros de los servicios sanitarios en España.

La metodología utilizada en la segunda y la tercera fase permite el análisis de todos los componentes implicados en final de vida y duelo incluyendo la parte proveedora de servicios y la parte usuaria. Otro motivo de este planteamiento responde a la necesidad de evitar el posible sesgo de la investigadora por su condición de intérprete. Además, la fase cualitativa ha permitido constatar los datos obtenidos en las encuestas de la segunda fase. Todas las fases y estudios están explicados con más detalle en el capítulo dedicado a la metodología y en el de análisis.

1.6 Estructura

La presente tesis doctoral, por tanto, se concibe con el objetivo de poner de manifiesto la necesidad de interpretación en final de vida en España. Además, pretende arrojar luz sobre la calidad y el papel del intérprete, así como las repercusiones emocionales para el intérprete involucrado en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo. Para la justificación de la temática elegida y la caracterización de la interpretación se ha desarrollado este **primer capítulo** introductorio.

Puesto que esta investigación aúna dos campos, el de la interpretación médico-sanitaria y el de la atención sanitaria en contextos de final de vida y duelo, el **segundo capítulo** ofrece una descripción del estado de la cuestión de estas dos ramas por separado para unir las en el último epígrafe de este capítulo. Para ello, se describe la provisión, la legislación y la situación de la interpretación médico-sanitaria, así como el contexto legislativo de los cuidados paliativos y el duelo en España. Además, se cierra el capítulo con la limitada investigación existente hasta la fecha en interpretación en final de vida y se recopilan brevemente las iniciativas que otros países pioneros han llevado a cabo.

A continuación, el **tercer capítulo** explora las bases teóricas utilizadas en este estudio. En primer lugar, se exponen los principios del modelo de cortesía de Brown y Levinson a través de la revisión de los conceptos clave –imagen social, posición, acto amenazante y estrategia– así como su aplicación a distintas investigaciones en Interpretación en Servicios Públicos. En segundo lugar, se detallan los principios del modelo SPIKES y sus variantes de Buckman sobre la comunicación de malas noticias, así como las bases de la psicoterapia del duelo y el modelo integrativo relacional de Payás Puigarnau. Tras esta exposición se dedica un apartado a las similitudes entre ambos modelos teóricos. El capítulo concluye con un epígrafe dedicado a la contribución del presente estudio a la investigación en un área novedosa como es la interpretación en final de vida en España y, para ello, el **cuarto capítulo** se dedica a la contextualización del análisis que planteamos. Por un lado, se describen las situaciones comunicativas objeto de análisis –malas noticias, últimos días y duelo– y las líneas de investigación aplicadas a dichas situaciones desde la interpretación –necesidad, rol, calidad y bienestar del intérprete–.

La descripción de las tres fases y los estudios comparativo, cuantitativo y cualitativo se presentan en el **capítulo quinto** dedicado a la metodología empleada. Para comenzar, se recuerdan brevemente las hipótesis y objetivos planteados y los métodos propuestos para su consecución. A partir de aquí, se dedica una parte a la descripción del modelo propio –Modelo de cinco vertientes para el análisis comparativo, sociopsicológico y pragmalingüístico de situaciones de malas noticias, últimos días y duelo con y sin intérprete– para el análisis del corpus de vídeos. Tras esta descripción, se detalla el estudio cuantitativo con cuestionarios y encuestas a intérpretes, profesionales sanitarios, estudiantes de Ciencias de la Salud, usuarios extranjeros y dolientes. La tercera parte de este capítulo describe las bases del estudio cualitativo a intérpretes, profesionales involucrados en final de vida y usuarios extranjeros.

El **sexto capítulo** comprende el análisis y los resultados obtenidos en los estudios planteados. La exposición del análisis y el tratamiento de los resultados se ha dividido en cinco partes correspondientes a cada grupo de informantes. La primera expone el análisis de las situaciones comunicativas en inglés y en francés; la segunda comprende el cuestionario, la encuesta y el grupo de discusión con las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones; la tercera detalla el análisis conjunto de las encuestas a profesionales y estudiantes de Ciencias de la salud seguida de la exposición de los resultados de las entrevistas a los profesionales con experiencia en final de vida; la cuarta trata los resultados obtenidos de los dolientes Españoles a raíz de sus experiencias en los servicios de ayuda en duelo y, finalmente, la quinta analiza la información obtenida de los usuarios extranjeros residentes en España. Al finalizar cada parte se incluye una discusión de los resultados y se extraen las conclusiones parciales.

En el **séptimo capítulo** se interrelaciona toda la información obtenida con las hipótesis y los objetivos propuestos para valorar su grado de consecución y verificación y presentar las conclusiones finales. Este capítulo se cierra con dos aportaciones de la autora; una de ellas se concreta en un decálogo de buenas prácticas relacionadas con el ámbito de la interpretación médico-sanitaria en final de vida y duelo y la otra se plasma en una propuesta de formación por módulos que contribuya a la provisión de respuestas profesionales ante la carencia de intérpretes especializados en este tipo de comunicación. Finalmente, el capítulo se cierra con un apartado en el que se presentan las líneas de investigación emanadas de este estudio que se podrían desarrollar o reforzar.

Por último, se aportan las referencias bibliográficas, el listado de abreviaturas, siglas y acrónimos y los anexos con la documentación utilizada para recopilar los datos de las encuestas y entrevistas. Por motivos de extensión, las transcripciones de las entrevistas y el grupo de discusión y los vídeos no se adjuntan, aunque la autora las pone a disposición del tribunal en cuanto así se lo indiquen sus miembros.

Como colofón a esta introducción y con la confianza de contribuir con el presente estudio a una primera aproximación a la interpretación en final de vida y duelo en España, valgan las siguientes reflexiones como preludeo a los próximos capítulos:

Yo sí creo que no es lo mismo traducir en un ambiente tranquilo y relajado que hacerlo en una UCI que suele ser pues inesperado, dramático, emocionalmente importante... Sí merece mucho la pena una tesis (informante 29, médico de UCI). Nos interesa mucho poder comunicarnos con ellos (población inmigrante susceptible de requerir cuidados paliativos) a través de una persona que tenga la formación y que esté del lado del equipo, que podamos trasladar y responder a las preguntas de forma firme y de forma fehaciente (informante 9, enfermero de paliativos). Yo no recuerdo ningún caso no español recibiendo atención a duelo. Cuando nos ocurre hay muchos casos que han vuelto a su país de origen a raíz de la pérdida de un familiar por no poder sanar su duelo aquí (informante 12, psicóloga de paliativos). Queramos o no queramos intérpretes, profesionales... todos vamos a formar parte de una foto fija que va a acompañar siempre el duelo de las personas. Yo siempre planteo ¿cómo quieres formar parte?, ¿quieres formar parte de esa foto fija como una persona que te ayudó, te acogió incondicionalmente y te ayudó a encaminar el duelo de una manera sana o como alguien que confrontó contigo, que no te comprendió, que no te entendió? Esa es la clave (informante 55, enfermera y terapeuta).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

21 de marzo de 2020 (ocho días de confinamiento).
31.674 casos confirmados, 1.326 fallecidos, 2.167 altas.
Hoy he trabajado. Cuando he llegado allí, eso parecía la guerra.
Ya no parece la UVI donde he trabajado 10 años.
La gente salía con la cara desencajada y marcas de las gafas.

Un día, durante el confinamiento, alguien lanzó esta pregunta:
¿qué es lo primero que harás cuando todo termine?
Mi respuesta fue: vivir mejor, abrazar y besar más fuerte
y agradecer la salud de mis familiares, amigos y la mía propia.

(Mayte Martínez 2020: 41, 185)²⁵

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En esta era de la digitalización parece que lo que no tenga una etiqueta no existe y, por tanto, ha de pasar por varios procesos y escrutinios para conseguir una. Quizá este sea un paralelismo a la situación que ha sufrido la interpretación para poder consolidarse como área de formación, investigación y profesionalización. A continuación, realizaremos un breve recorrido por la investigación en la interpretación, con especial hincapié en la interpretación en los servicios públicos y la interpretación en el ámbito médico-sanitario.

2.1 Interpretación

Intérpretes ha habido en todas las épocas y su presencia está documentada desde épocas remotas. No obstante, no ha recibido un estatus profesional hasta el siglo XX y, a día de hoy, sigue habiendo límites difusos en ciertos aspectos que iremos abordando en estas páginas, como el papel del intérprete y su visibilidad, entre otros. Pero, antes, observaremos su evolución.

²⁵ Martínez, Mayte. 2020. COVID-19: *Diario de una enfermera en cuidados intensivos*. Editorial Independiente.

El término «intérprete» viene del latín *interpres* en sentido de ‘persona que explica lo que es oscuro/desconocido’, alguien que ‘explica el significado’ o, en palabras de Pöchhacker (2016: 10), «making sense of what others have difficulty understanding, is a highly appropriate semantic foundation for interpreter and interpreting».

Pese a que no dispongamos de muchas fuentes sobre la interpretación en la Antigüedad, sí existen estudios como el de Kurz (2012: 2) sobre las referencias a la interpretación en la tumba de un príncipe de Elefantina que datan del siglo III a.C o el estudio de Collados Aís y Fernández Sánchez (2001: 5) sobre el intérprete representado en el friso de Horemheb del año 1350 a.C. En Grecia y Roma también se cree que existía actividad referida a la interpretación. Por un lado, los griegos la consideraban necesaria para aprender las lenguas de los pueblos a conquistar. Por otro lado, en la Antigua Roma, la interpretación no era vista del mismo modo, puesto que los intérpretes eran, en su mayoría, esclavos (Pozo Triviño 2020: 20).

En la Edad Media, los intérpretes adquirieron un papel orientado a las negociaciones de paz durante las épocas de guerra y aparecieron grupos como los alfaqueques que se encargaron de negociar la liberación de personas cautivas (Alonso Araguás y Payás Puigarnau 2008: 44).

En la Edad Moderna, los intérpretes participaron en las colonizaciones de los siglos XV y XVI, pero fueron distintas órdenes religiosas como los dominicos, por ejemplo, quienes se interesaron por conocer y aprender las lenguas de los indígenas y facilitar la conversión de estas poblaciones (Pozo Triviño 2020: 21). No fue hasta los siglos XVIII y XIX cuando la interpretación se fue instaurando en la diplomacia y la política (Iliescu Gheorghiu 2016: 266).

A principios del siglo XX, la profesión del intérprete se fue consolidando gracias a la figura del intérprete de conferencias por su papel como intérpretes de guerra para que se pudiesen entender las unidades militares durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) (Baigorri Jalón 2000: 169). Estos intérpretes de guerra tuvieron una trascendencia importante porque «si la guerra es uno de los fenómenos en los que se manifiesta el motor de la historia, las lenguas fueron a menudo aceite de engrase de ese motor» (Baigorri Jalón 2019: 6). Algunos de estos intérpretes, como Paul Mantoux, participaron en la Conferencia de Paz de París en 1919 donde los países que vencieron (Estados Unidos, Reino Unido, Francia e Italia) mantuvieron distintas reuniones para firmar el Tratado de Versalles y, a raíz de este hecho, se creó la Sociedad de Naciones (Pozo Triviño 2020: 23). Fue en este momento cuando el inglés se estableció como lengua cooficial junto con el francés, que era, en esta época, la lengua que se empleaba mayoritariamente en la diplomacia (Iliescu Gheorghiu 2021). Conviene destacar que la Sociedad de Naciones supuso un paso hacia adelante para la profesionalización de los intérpretes en plantilla y para las condiciones laborales de los intérpretes autónomos.

La modalidad de interpretación que se empleaba era la consecutiva, a diferencia de la Organización Internacional del Trabajo (*International Labour Office*, ILO) en Ginebra donde se empezó con la modalidad simultánea en la Conferencia Internacional del Trabajo en 1925 porque se quería añadir más idiomas además del inglés y el francés (*ibid.*, 24).

Se observaba una necesidad de formación de los intérpretes, sobre todo, en la modalidad simultánea y en 1930 se creó la primera facultad europea para traductores e intérpretes para los negocios en Mannheim (Alemania) y, más tarde, se trasladó a la Universidad de Heidelberg donde tuvieron lugar las primeras acciones formativas. Una década más tarde, en 1940, las Universidades de Ginebra y Viena también introdujeron la interpretación simultánea que se puso a prueba en los Juicios de Núremberg en 1945 que duraron casi un año. En estos procesos judiciales, los representantes de las naciones vencedoras al final de la Segunda Guerra Mundial (Reino Unido, Estados Unidos, La Unión Soviética y Francia) sancionaron al régimen nacionalsocialista de Adolf Hitler por los abusos contra la humanidad que se cometieron desde 1939 hasta la caída del régimen nazi en 1945. Este hecho marcó un avance en la interpretación simultánea y, en 1946, se adoptó en las Naciones Unidas. Sin embargo, la profesionalización de la interpretación no avanzó en todas las modalidades del mismo modo, sino que fue un proceso progresivo dependiendo del contexto de actuación.

La profesión del intérprete de conferencias fue la primera que se empezó a consolidar en la mitad del siglo XX gracias a la expansión del mercado profesional en esta área y del aumento de licenciados gracias a las formaciones ofrecidas en universidades europeas (Bélgica, Dinamarca, Alemana, Italia, España y Reino Unido), Asia (Taiwan, Korea y Japón), americanas (Argentina, Canadá, Chile, México, Uruguay, EEUU y Venezuela), africanas (Tunisia y Egipto) y en Oceanía (Australia y Nueva Zelanda) (Angelelli 2004: 10) y por la creación de las primeras organizaciones internacionales como la *International Federation of Translators* (FIT) o la *International Association of Conference Interpreters* (AIIC) en 1953 (Baigorri Jalón 2015: 19). Unos años más tarde, en 1957, estas asociaciones adoptaron un código ético y unos estándares profesionales para regular las condiciones laborales y establecer un perfil profesional. Además, en esta década, que Gile (2009: 53) denominó como *early writings period*, surgieron las primeras publicaciones especializadas sobre interpretación de conferencias centradas en la didáctica como el monográfico *The interpreter's handbook* de Herbert en 1952 (Pöchhacker 2006: 32), el manual de Rozan sobre la toma de notas en 1956, o distintos artículos recogidos en *L'interprète*, el boletín de noticias de la asociación de alumnos de las facultades de Ginebra o la revista *Meta* (*Journal des traducteurs – Translators Journal*) en 1955 en la Universidad de Montreal y cuyo director fue André Clas (Vandaele 2010: 126).

A principios de los sesenta se creó la CIUTI (*Conference of University-Level Translator and Interpreter Schools*) para dar a la disciplina una visibilidad académica e investigadora y que fuese objeto de investigación en tesis doctorales. Así comenzó el periodo que Gile (2009: 53) llamó *the experimental period* donde psicólogos y psicolingüistas realizaron

sus estudios de investigación sobre aspectos cognitivos de la interpretación simultánea. Tras este periodo, a finales de los sesenta, comenzó el periodo denominado por Gile (1994: 150) como el de los *practisearchers*, caracterizado por la investigación centrada en el papel y trabajo del intérprete.

En el ámbito académico, diferentes escuelas fueron las pioneras en los estudios de traducción e interpretación. En Alemania, fue Otto Kade en la escuela de Leipzig quien definió un marco teórico y conceptual para el estudio de la traducción y la interpretación en su tesis doctoral en 1964. Además, dirigió una formación específica para intérpretes de conferencia y los introdujo en la práctica profesional. Otra de las escuelas más influyentes fue la soviética en Moscú liderada por Ghelly V. Chernov quien investigó sobre la comprensión del intérprete en interpretación simultánea (Pöchhacker 2006: 35).

En Francia, Luis XIV y sus políticas en materia de extranjería, y su empeño en extender la influencia francesa hacia los países del Este y China, consideró la interpretación como un recurso imprescindible por lo que impulsó la creación de la Escuela de París en 1957 para especializarse en el ámbito de la diplomacia (Balliu 1997: 253). Además, crearon la ESIT (*École Supérieure d'Interprètes et de Traducteurs*) en 1957 cuyo primer director fue Maurice Gravier. Sin embargo, su segunda directora, Danica Seleskovitch, intérprete de conferencias, creó el primer programa de doctorado en traductología que atrajo a muchos estudiantes internacionales y desarrolló Teoría del Sentido (*La Théorie du Sens*). Esta teoría supuso una revolución en la época porque pasó de concebir la traducción como un contacto entre dos lenguas a analizar los procesos cognitivos del traductor, y sostenía que, para traducir antes había que conocer el texto y el contexto, y no solo las lenguas. Así pues, entendía que la «fidelidad» se refería a la intencionalidad del autor del texto, por lo que había que traducir por unidades de sentido, alejándose así de la traducción literal.

En 1980, la interpretación en el contexto jurídico-legal fue ganando reconocimiento gracias a la tesis de Christiane Driesen en 1985 sobre la interpretación en el Tribunal Federal de Justicia de Alemania o más tarde, en 1989, Ruth Morris en la Universidad de Jerusalén con su tesis sobre la interpretación en los procesos legales en Israel. Además, en 1989 se editó la revista *Parallèles* en la Universidad de Ginebra con un número especial dedicado a la interpretación en el ámbito jurídico²⁶.

A finales de los años ochenta, la investigación se reorientó hacia el proceso cognitivo del intérprete que ya había tratado Seleskovitch en la Escuela de París y cuyo máximo exponente fue la edición especial publicada en el 30 aniversario de la revista *Meta* en 1985 (Pöchhacker 2006: 38). Tras esta edición, se celebró un simposio internacional sobre la formación de la interpretación de conferencias en la Escuela Superior de Traductores e Intérprete (*Scuola Superiore per Interpreti e Traduttore*, SSLM) en la Universidad de Trieste en noviembre de 1986.

²⁶ Enlace a la página web: <https://www.paralleles.unige.ch/en/tous-les-numeros/archive/>

Daniel Gile denominó a este periodo *la Renaissance* de la investigación empírica porque supuso un punto de inflexión puesto que, por primera vez, se empezaron a tratar temas de otras disciplinas como la psicología cognitiva o la neurolingüística aplicadas a la interpretación simultánea en los Estudios de Traducción (ET).

Durante los años noventa se celebraron distintos seminarios, simposios y congresos especializados en interpretación y fueron apareciendo distintas publicaciones para abordar todo tipo de temas relacionados con los ETI como, por ejemplo, la interpretación de lengua de signos gracias al primer volumen publicado en 1981 de la revista *Journal of Interpretation (JOI)*²⁷ creada por el *Registry of Interpreters for the Deaf (RID)* en Virginia (EEUU). A continuación, nombramos estos hechos que impulsaron la investigación y formación en los ETI.

En 1983 se fundó la colección Interlingua de Comares en Granada (España) que cuenta con distintos volúmenes dedicados a la traducción y la interpretación y, en la actualidad, sigue publicando. En 1988 apareció el primer volumen de la revista *Hermes (Journal of Language and Communication in Business)* por la Universidad Aarhus (Dinamarca) y, en 1989, el primer volumen de la revista *Target (International Journal of Translation Studies)* para tratar desde una perspectiva interdisciplinaria distintos temas relativos a la traductología. Esta revista también está en funcionamiento en la actualidad y publica un volumen anualmente.

Para que se fomentase la investigación en los Estudios de Traducción, en 1989, se creó en la Universidad de Lovaina un programa de investigación específico en traductología que financiaba el banco CERA. Este programa despertó el interés del *Institut Libre Marie Haps* de Bruselas, la *Scuola Superiore per Traduttori e Interpreti San Pellegrino* de Italia, la *Università degli Studi S. Pio V* y la Universidad Autónoma de Madrid. Este programa atrajo a muchos estudiantes internacionales y, en 1997, se cambió el nombre de la escuela a CETRA (*Centre for Translation Studies*) que, en la actualidad, sigue estando muy activa en la investigación en traducción e interpretación a través de actividades como una escuela de verano, la organización de congresos y seminarios y la publicación de libros.

Gile, en su empeño por el estudio de otras disciplinas aplicadas a la traducción y la interpretación, participó en el congreso *Translation Studies Congress* en la Universidad de Viena en 1992, cuyo objetivo era que la interpretación se reconociese como una materia académica. Este congreso estuvo organizado por Mary Snell-Hornby para dar continuidad a la traductología como interdisciplina que ya se había iniciado en la conferencia de Trieste en 1986 (Soler Caamaño 2006: 41). Gile también fue fundador de la red IRTIN (*Interpreting Research and Theory Information Network*) en 1994 como vía para recopilar información sobre la interpretación de conferencias y compartirla con los interesados.

²⁷ Enlace a la página web: <https://digitalcommons.unf.edu/joi/>

En 1996, esta red pasó a llamarse IRN Bulletin (*Interpreting Research Network*) porque se consideró que la teoría estaba incluida de manera inherente en la investigación, pero, a posteriori, se volvió a cambiar el nombre a CIRIN (*Conference Interpreting Research Information Network*)²⁸ por su carácter independiente sin tener vinculación con ninguna organización y, a día de hoy, se sigue publicando en enero y julio de cada año gracias a los distintos colaboradores.

La región escandinava organizó una serie de conferencias (*Language International Conferences*) que publicaron Dollerup y Lindegaard en 1994. Además, se celebró en 1992 en Turku (Finlandia) el coloquio SSOTT IV *Symposium* que dio paso al congreso *International Conference on Interpreting* en 1994 en esta misma universidad. Gracias a este impulso, unos años después, en 1997, en Estocolmo se celebró el simposio *International Symposium on Language Processing and Interpreting*.

En España, en 1990 se publicó el primer número de la revista anual *Sendebarr* por la Universidad de Granada para tratar temas afines a la traducción especializada. Con fecha del 30 de septiembre de 1991, el Boletín Oficial del Estado español (BOE 30-9-1991)²⁹ en su número 234, publicó el establecimiento del título universitario oficial de Licenciado en Traducción e Interpretación y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención del mismo. Desde ahí y hasta la actualidad, España cuenta con 29 universidades públicas y privadas que ofrecen este título³⁰.

En 1993 se publicó la revista especializada *Quaderns: Revista de Traducció* de la Universidad Autónoma de Barcelona y cuya periodicidad es semestral. Además, en 1996 y 1997 se celebraron las I y II Jornadas Internacionales de Traducción e Interpretación en la Universidad de Málaga. En 1996 también se publicó el primer volumen de la revista *Interpreting (International Journal of Research and Practice in Interpreting)*³¹ y también se sigue publicando en la actualidad por los editores Franz Pöchhacker y Minhua Liu (cfr. Pöchhacker 2015: 197).

En Ascona (Suiza) en 1997 tuvo lugar el *International Workshop on Methodological Issues in Interpreting Research* organizado por Barbara Moser-Mercer. Este seminario se planteaba como un espacio para tratar cuestiones metodológicas, pero también incluyó estudios sobre cognición, psicolingüística o la interpretación del lenguaje de signos. Este mismo año, se celebró en Dinamarca el *Seminar on Interpreting Research* con instructores como Daniel Gile, Franz Pöchhacker y Miriam Shlesinger. Este congreso se organizó para jóvenes investigadores.

²⁸ Accesible en: <http://www.cirinandgile.com/>

²⁹ Enlace a la fuente: <https://www.boe.es/boe/dias/1991/09/30/pdfs/A31773-31775.pdf>

³⁰ Enlace a la fuente: <https://www.mbatraducciones.com/universidades-de-traducion-e-interpretacion/>

³¹ Enlace a la página web: <https://benjamins.com/catalog/intp>

Un año más tarde, en 1998, en Vigo (España) se organizó el Congreso Internacional de Estudios de Traducción e Interpretación y del que se abrió una nueva vía de investigación a través de estudios empíricos y cuya ponente plenaria fue Miriam Shlesinger (Soler Caamaño 2006: 43). Desde 1998 también se publica la primera revista científica *The Interpreters' Newsletter* editada por la Università degli Studi di Trieste sobre aspectos teóricos y prácticos de la interpretación y que a día de hoy sigue publicándose anualmente.

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI, los intérpretes adquirieron gran importancia tras las épocas de crisis en Kósovo, Macedonia e Iraq. Otro hecho histórico que aumentó la visibilidad de los intérpretes, también para lenguas minoritarias, fueron los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos. El gobierno estadounidense financió un nuevo centro de investigación (*Clinical Audiology, Speech and Language Research Centre, CASL*) en la Universidad de Maryland para formar a intérpretes, sobre todo de persa y árabe, para contribuir a una mejor comunicación con personas de este país y, además, para contribuir a la seguridad del país porque trabajaron conjuntamente con los servicios de seguridad (Angelelli 2004: 11).

Conviene mencionar que la interpretación entró en la parte académica para paliar las necesidades de comunicación de la sociedad a raíz de eventos ocurridos y poder contar con profesionales con formación. De ahí que a las distintas cuestiones sobre el rol del intérprete y los límites de sus responsabilidades o las características de un evento comunicativo se les prestase menor atención y se decantasen a suplir las necesidades del mercado sin atender a formación más teórica y, quizá por este motivo, los pilares de la profesión se fueron estableciendo a base de experiencias personales, anécdotas y opiniones y no tanto de investigación empírica (*ibid.*, 11-12).

Poco a poco, la investigación y la formación han ido contribuyendo a que se consolide la interpretación gracias también a nuevos recursos que han ido dando difusión a los avances relacionados con esta disciplina como la revista *International Journal of Interpreter Education (IJIE)*³² editada por George Major y Ineke Crezee y cuyo primer volumen data de 2009, y con trabajos que ponen de manifiesto la necesidad de una vinculación entre la enseñanza y la práctica profesional (Iliescu Gheorghiu 2007a).

A día de hoy, la producción científica e investigadora sobre interpretación es de gran importancia y se trabaja para que esté conectada con las necesidades formativas y las exigencias del mercado de trabajo, aunque todavía queda un largo recorrido por la profesionalización de distintas especialidades dentro de la interpretación. Como se ha podido comprobar en este breve recorrido, la interpretación de conferencias sí está más asentada por su uso en los hechos históricos ocurridos por lo que dispone de un mayor estatus, reconocimiento y regulación y, por ende, las aproximaciones más recientes suelen estar relacionadas con aspectos cognitivos y de calidad y no tanto regulativos como

³² Enlace a la página web: <https://www.cit-asl.org/new/ijie/>

Adams y Rosales-Domínguez (2017) y su análisis del estrés en intérpretes con distintos niveles de formación; Bosch Benítez (2017) sobre la autoconfianza en interpretación simultánea; Barakat (2018) sobre la actuación de estudiantes en interpretación simultánea o Mellinger y Hanson (2019) sobre la memoria en interpretación simultánea.

Sin embargo, la interpretación en los servicios públicos (ISP), comúnmente presentada como ‘la hermana pequeña’ de la interpretación de conferencias todavía está en la lucha por un marco legislativo adecuado que permita mejores condiciones de trabajo, mayor reconocimiento y, por consiguiente, la profesionalización de esta disciplina. Por ello, la investigación ha ido más bien por la vía del rol:

The notion of role has long been at the centre of discussion in the field of community interpreting, while in conference interpreting the focus has largely been on interpreting quality. Other hot topics in conference interpreting include competence, memory, aptitude and didactics or professionalism while in community interpreting these are codes of ethics, certification and professionalization. Buzzwords in conference interpreting are skills and knowledge, process and performance, accuracy and cognitive load. In community interpreting these are settings, agency, interlocutors, norms and standards as well as neutrality, (in)visibility and impartiality (Albl-Mikasa 2020: 91).

A continuación, describimos la interpretación en los servicios públicos y en el ámbito médico por ser donde se sitúa la presente investigación.

2.1.1 Interpretación en los Servicios Públicos

En contraposición a los comienzos de la interpretación de conferencias, no fue hasta los años ochenta y noventa cuando la interpretación en los servicios públicos obtuvo visibilidad como herramienta para superar los problemas comunicativos en las instituciones públicas con los usuarios que desconocían las lenguas oficiales.

Los años ochenta fueron la década clave para introducir la interpretación en los servicios públicos, sobre todo, en Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Suecia por ser los países receptores de mayor inmigración. En Estados Unidos, la primera ley sobre interpretación (*Court Interpreters Act*) en el ámbito legal data del 1978 y establecía los mecanismos de evaluación y certificación de los intérpretes. Además, se organizó un coloquio en la Universidad de Ottawa en 1981 para aunar esfuerzos y crear una red de contactos entre los intérpretes en este ámbito. Una iniciativa en Reino Unido para ganar profesionalización en los ámbitos sanitario y legal fue la publicación del libro de Shackman 1984 y distintas contribuciones en el *Institute for Translation and Interpreting* (ITI) (Pöchhacker 2006).

En los años noventa, se abren nuevas vías de investigación en interpretación que hasta la fecha habían suscitado poco interés como son la sociolingüística o la pragmática (Pöchhacker 2004: 42) pero la fecha clave en la ISP fue en 1995 por dos acontecimientos que ocurrieron. El primero de ellos que, aunque tuvo menor trascendencia, también marcó un momento de auge con la celebración de la primera reunión internacional dedicada a la ISP exclusivamente en Estrasburgo y consiguió reunir a organizaciones e investigadores interesados en la ISP. A raíz de esta reunión, en 1996 se creó la asociación europea Babelea quienes organizaron su primer congreso tres años después, pero por las dificultades, sobre todo económicas, no llegó a consolidarse (Abril Martí 2006: 6-7). Mayor éxito y trascendencia tuvo la celebración del primer congreso dedicado al ámbito de los servicios públicos titulado *First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings* en Geneva Park (Toronto, Canadá) en 1995. El objetivo común de los asistentes fue aunar esfuerzos para normalizar la ISP y uno de los mejores ejemplos fue la edición del volumen *The Critical Link: Interpreters in the Community* coordinado por Diana Abraham en 1997. Gracias a este congreso, *Critical Link* se convirtió en un foro internacional sobre los avances de la ISP en cuanto a formación, investigación y profesionalización. Además, en los sucesivos congresos que se han celebrado se elegía un tema en el que centrar las opiniones y fomentar el debate entre los asistentes como por ejemplo la profesionalización en el volumen cuarto, la calidad en el volumen quinto o el último volumen publicado hasta la fecha dedicado a la investigación de corpus en la era digital.

Las investigadoras Wadensjö (1992) y Mikkelsen (1996) también fueron influyentes gracias a sus intentos de integrar los estudios de interpretación social en la investigación. Uno de los frutos que recogieron fue el lanzamiento en 1996 de la primera revista dedicada en su totalidad a la interpretación: *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting*. En este mismo año Gentile, Ozolins y Vasilakakos (1996) también se editaron una monografía dedicada íntegramente a la ISP con el objetivo de contribuir a la profesionalización de la ISP que se tituló *Liaison Interpreting: A Handbook*. En 1997, Wadensjö formó parte del *Aarhus Seminar on Interpreting Research* donde presentó su estudio sobre la interacción dialógica que inspiró a Mason para la creación de un número especial dedicado en exclusiva a la ISP en *The Translator* en 1999. Este número contribuyó a resaltar la interacción multidirección de los participantes en situaciones interpretadas en instituciones.

En el año 2000 se celebró un congreso dedicado a la interpretación en Forlì (Bologna, Italia) donde se trataron temas como la diversidad, la lengua de signos, los mediadores, la interpretación en los juzgados y en los hospitales y supuso un punto de partida para ahondar en nuevas ramas dentro de la ISP en el siglo XXI como se recogen Garzone y Viezzi (2002: 5) «the most important single element of novelty in the field of interpreting studies is the recognition that interpreting is not only conference interpreting».

Del 22 al 26 de mayo de 2001 se celebró el Critical Link 3 titulado *The Complexity of a Profession*. Resultó ser un congreso que atrajo a más de 400 participantes de 20 países distintos y se centró el debate en los derechos de los usuarios a la interpretación, la interacción entre los participantes, las condiciones de trabajo de los intérpretes, así como la situación de la ISP en distintos países y concluyen que una tarea pendiente es la de establecer códigos de conducta profesionales y uniformes así como formación especializada dentro del reto de avanzar hacia una mayor profesionalización de la ISP. Precisamente la profesionalización es el tema que se abordó en el Critical Link 4 *Professionalisation of Interpreting in the Community* celebrado en Estocolmo en 2004 para tratar de consolidar la práctica profesional.

Durante los primeros años del siglo XXI, los investigadores centran sus estudios en delimitar el campo de estudio de la ISP y las metodologías más apropiadas como Mason (2001) sobre la interpretación como interacción desde la etnografía y el análisis del discurso, Pöchhacker (2001; 2002) sobre el análisis de la calidad desde diferentes parámetros de evaluación o Martin (2003) quien divide en tres grupos la investigación sobre ISP hasta el momento en estudios descriptivos, estudios cuya metodología empleada han sido encuestas y cuestionarios y el tercer grupo englobaría a los estudios sobre la dimensión interpersonal y la interacción.

Rosenberg (2002: 4) argumenta que las dificultades para la caracterización y la profesionalización de la ISP y el papel del intérprete en este ámbito residen en un error de metodología por tratar de aplicar los parámetros de la interpretación de conferencia a la interpretación en los servicios públicos cuando se trata de géneros distintos. Una de las autoras que centra su tesis doctoral en la caracterización de la ISP es Abril Martí (2006) a través de los parámetros del modelo de Alexieva (1997) sobre los encuentros mediados por intérprete como son los participantes, el tema de la comunicación, el tipo de texto, los condicionantes espaciales y temporales y los objetivos de los participantes y de la situación comunicativa. En cuanto a los participantes suele estar un hablante de la lengua mayoritaria, un usuario de un servicio público que pertenece a una minoría lingüística y el intérprete que puede ser profesional o natural (también denominado *ad-hoc*) porque no posee preparación ni formación específica, pero suele pertenecer a la minoría lingüística. El formato suele ser una entrevista oral que tiene lugar en un entorno profesional especializado donde suele haber una relación jerárquica entre los interlocutores. El tipo de discurso del profesional suele ser asimétrico, semiespontáneo, planificado y especializado y el del usuario suele ser espontáneo, no planificado y no especializado. Por tanto, el objetivo del usuario es buscar una solución a su situación y el del profesional del servicio es encontrar la información necesaria para aportar una solución. Finalmente, el papel del intérprete entra en un conflicto de roles por los límites difusos en cuanto a las responsabilidades y funciones a desempeñar (Abril Martí 2006: 38) a pesar de ser un elemento esencial para la profesionalización de la ISP:

El llegar a un consenso sobre las competencias del intérprete en los servicios públicos puede ser la piedra angular para la consecución de otras condiciones básicas para la deseable consolidación de este género de interpretación: la formación, la evaluación, los mecanismos de acreditación y la redacción de códigos deontológicos (Abril Martí 2006: 76).

Sin embargo, a día de hoy todavía no hay una definición universal y válida que acote el papel del intérprete. Por ello, existen estudios que han tratado de definir su papel, pero atendiendo al contexto en el que se utilice la ISP. En esta línea, Hale (2004) aboga porque los códigos de conducta ofrezcan pautas orientativas para que los intérpretes sean los que puedan tomar las decisiones que consideren oportunas para cada contexto de actuación. En esta investigación, seguiremos esta línea y analizaremos el papel del intérprete en el contexto de actuación (interpretación en final de vida).

Además de la línea de investigación sobre la delimitación del papel del intérprete, otras vías se han ido abriendo en ISP desde la segunda década del siglo XXI y distintos autores han propuesto clasificaciones de las cuestiones sometidas a investigación. Por ejemplo, Vargas Urpi (2009: 30-35) propuso una clasificación inspirada en la de Williams y Chesterman (2002: 6-27) si bien estos autores se basaban en los ETI y Vargas Urpi en la interpretación en los servicios públicos. Así pues, esta autora propuso once categorías: análisis de las técnicas de interpretación, análisis de la calidad, contextos de actuación, tecnología, historia, cuestiones éticas, terminología, competencias tecnológicas, condiciones laborales, formación y profesionalización. Estas categorías las desarrolló en su investigación en 2012 y concluyó que no eran categorías aisladas, sino que todas estaban entrelazadas y cuyo denominador común era llegar a la profesionalización como plasmaba en la siguiente imagen:

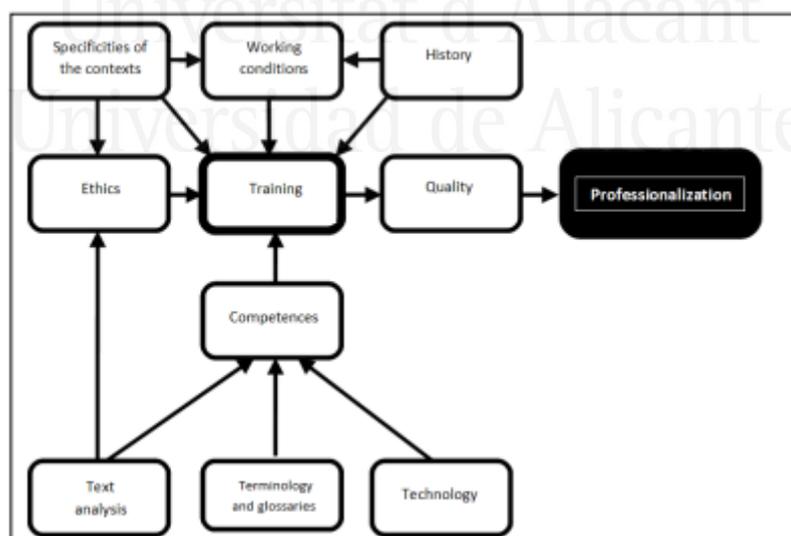


Imagen 1. Clasificación por categorías de Vargas Urpi (2012: 26)

Otra autora que también propuso una clasificación fue Zimányi (2015: 1-16) quien empieza dividiendo la interpretación de conferencias y la de Servicios Públicos para después tratar el número de participantes y su relación de poder, la direccionalidad, la ética (neutralidad, imparcialidad y confidencialidad), la formación, la remuneración, la posición y los canales de comunicación. El volumen de Antonini, Cirilo, Rossato y Torresi (2017) recopila el estado de la cuestión sobre la traducción y la interpretación no profesionales (*non-professional interpreting and translation*, NPIT) en tres bloques: la traducción natural entendida por Harris (2017: 30) como la que hacen las personas bilingües en el día a día sin tener formación en traducción, la traducción *ad-hoc* de niños para sus padres y la traducción *ad-hoc* en distintos contextos: médico, religioso y el voluntariado así como la lengua de signos.

Para este epígrafe, consideramos más adecuado seguir la clasificación de Vargas Urpi (2012: 26) por estar centrada en los servicios públicos. Por tanto, a continuación, recopilamos las investigaciones más significativas sobre la ISP hasta el momento en el mismo orden de aparición propuesto por la autora.

En la primera categoría dedicada a los estudios a partir del análisis de interacciones mediadas por intérprete destacan Wadensjö (1998) quien propone una clasificación de las prestaciones de los intérpretes que ampliaremos en el apartado 5.1.2.5 y Bot (2005) porque analiza cómo es percibida una prestación en función de los parámetros de su formulación.

En cuanto a la calidad, tema que también ha generado mucho debate entre los investigadores y formadores, y que ampliaremos en esta investigación en el apartado 4.2.3 por ser uno de los parámetros a analizar, destaca el estudio de Pöchhacker (2001: 414), quien aboga porque la calidad depende de cómo la perciban los participantes por lo que el intérprete debería atender a la calidad del producto (la interpretación) y del servicio (la percepción de los participantes del producto recibido). Otros autores como Townsley (2007) plantean que la calidad también puede evaluarse a través de juegos de rol y una observación directa, y no siempre es necesario preguntar la opinión de los usuarios porque pueden no entender lo que se espera de un buen intérprete.

Sobre los diferentes contextos de actuación, Vargas Urpi (2012: 57) distingue el judicial, policial, educativo, oficinas de asilo y refugio, así como el ámbito médico-sanitario que es donde se enmarca la presente investigación. En la interpretación judicial destaca la investigación de Hale (2007a) sobre la actuación y el papel de los intérpretes; en el policial son de destacar los estudios de Pérez y Wilson (2007) sobre la necesidad de que los agentes se formen para trabajar en equipo con los intérpretes y mayor formación especializada para los intérpretes; en la interpretación en entrevistas de asilo donde Pöllabauer (2004; 2007) centró su tesis doctoral y analizó 20 transcripciones de entrevistas de asilo en Graz (Austria) atendiendo a los efectos que podía tener un error y la relación de poder entre el solicitante y el proveedor de servicios y concluyó con la necesidad de mayor formación y más exigencias a los intérpretes que trabajan en este

contexto; en el ámbito educativo quizá hay menos estudios puesto que en ocasiones son los propios profesores los que hacen de intérpretes (Vargas Urpi 2009) y el médico-sanitario la investigación se ha centrado en distintos parámetros como el papel del intérprete, las consecuencias de las barreras comunicativas o el efecto de los errores pero este apartado lo ampliaremos en el siguiente epígrafe por la temática de esta investigación. Dentro de cada contexto también se ha investigado en temáticas específicas como la interpretación en casos de violencia de género (Bodzer 2014; Borja Albí y Pozo Triviño 2015; Toledano Buendía, Abril Martí, Pozo Triviño *et al.* 2015 o Tipton 2017) y la interpretación en prisiones (Martínez-Gómez Gómez 2011; Bixauli Olmos 2013 o Biernacka y Kanigowska 2019).

También se han abierto nuevas líneas de investigación como la interpretación en zonas de conflicto que comprende la interpretación militar y la que se realiza en crisis humanitarias para contextos como operaciones de rescate, negociaciones para acceder a distintas zonas o derechos humanos (Moser-Mercer y Bali 2008 o Moser-Mercer 2015). Autores Kherbiche y Class (2014) resaltaron los retos a los que se enfrentan los intérpretes en este contexto como trauma emocional, falta de código ético y protección y Pöchhacker (2015: 83) pone de manifiesto las dificultades de especialización en este campo por falta de formación y experiencia además de barreras culturales y religiosas.

Otra especialidad emergente se refiere a la interpretación en situaciones de crisis (Ponari, Rodríguez Cuadrado *et al.* 2015; Appleby- Arnold, Brockdorff *et al.* 2018; O'Brien y Federici 2019; Federici 2020) denominada *Disaster Relief Interpreting* (DRI) y que se puede definir como:

Disaster relief interpreting (DRI) refers to the interpreting services provided in disaster relief contexts as part of an emergency management plan. DRI settings can be described as emergency situations, characterized primarily by the field tasks required for the operation and flow of international disaster assistance. Disaster relief interpreters are intermediaries between local people and authorities, and foreign search and rescue (SAR), relief and logistic support workers (Pöchhacker 2015: 110).

Las personas afectadas que suelen quedar en una posición de mayor riesgo a la vulnerabilidad suelen ser las poblaciones cuya lengua y cultura difiere del lugar donde residen y que se han denominado en la literatura científica como '*culturally and linguistically diverse communities*' (CALD) (Declercq y Federici 2020). Montalt i Resurrecció (2020: 105-125) nombra los tipos de crisis en los que saber la lengua materna de las víctimas y aplicar la noción de traducción centrada en el paciente (*Patient Centred Translation*, PCT) podría ser una ayuda para minimizar el riesgo de malentendidos, de sufrir traumas, de infectarse y para poder ofrecerles apoyo y ayuda:

Crisis situations or disasters may occur at any moment anywhere in the world. They include such diverse events as epidemics and pandemics, wars, ethnic cleansing, terrorist and bioterrorist attacks, mass shootings and bombings, mass transport accidents, tsunamis, storms, hurricanes, droughts, cold and heat waves, insect infestation, land and mud slides, severe local storms, snow avalanches, wildfires, floods, earthquakes, volcanic eruptions, or nuclear, chemical and industrial accidents Montalt i Resurrecció (2020: 105).

Asimismo, si el acercamiento a estos grupos vulnerables no se lleva a cabo de manera adecuada puede ocasionar mayor dolor a las víctimas y ocasionar un trauma que pueda desencadenar en una carga emocional (*ibid.*, 125).

En lo que respecta a la tecnología en interpretación, los estudios se han decantado más bien por el análisis de la interpretación telefónica o por videoconferencia. Uno de los primeros estudios fue el de Connell (2006) sobre los inconvenientes y beneficios. Como beneficios señaló la agilización del servicio y su inmediatez puesto que el intérprete no tiene que desplazarse, así como la reducción del coste de los servicios, pero a su vez indicó como inconvenientes la calidad o las cuestiones éticas porque se verían afectadas. Locatis *et al.* (2010) analizaron la interpretación telefónica en el ámbito médico; Braun y Taylor (2012) se centraron en la interpretación remota en procesos penales; Desmet, Vandierendonck y Defranq (2018) estudiaron el impacto del apoyo tecnológico en la interpretación simultánea y Valero Garcés (2019) propuso la creación de un recurso en línea de formación en traducción e interpretación en los servicios públicos.

Como referente en cuanto a historia y teoría de la interpretación en servicios públicos, destacan dos volúmenes: ‘*Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*’ editado por Foulquié Rubio, Vargas Urpi y Fernández Pérez (2018) y ‘*La interpretación de enlace: de la teoría a la práctica*’ de Pozo Triviño (2020) que nombraremos también en el apartado de la provisión de servicios. No podemos olvidar las contribuciones de Pöchhacker a la evolución de los ETI y, por consiguiente, de la ISP (2006; 2015; 2016).

En el apartado de ética, se ha reflexionado sobre la práctica de la interpretación, así como la invisibilidad del intérprete según el papel que adopte. Por ejemplo, Cambridge (1999) defendía un modelo más bien imparcial para que los problemas de asimetría entre las partes se redujesen al mínimo y no supusiesen un problema de índole ética para el intérprete. Por otro lado, Rudvin (2006) argumentaba que el intérprete debía de tener más competencias para poder adaptarse y decidir sobre sus decisiones según las necesidades de las instituciones y los interlocutores. Baixauli (2012; 2014; 2017) también ha analizado distintos códigos deontológicos y defiende su utilidad como una herramienta profesionalizante.

Sobre la terminología, aunque no hay sido un tema muy candente sí ha habido contribuciones a la necesidad de disponer de herramientas terminológicas tanto para la práctica como para la formación como Niska (2004), Straker (2004) quienes abogan por los beneficios de estas herramientas para conocer los lenguajes de especialidad y ser

recursos de utilidad a la hora de interpretar. Valero Garcés (2006a) pone el foco sobre los problemas que puede ocasionar el no conocer la terminología específica de un ámbito que puede conllevar omisiones, traducciones literales, préstamos directos inadecuados en la lengua de destino o tener que recurrir al lenguaje no verbal. Otros autores lo han aplicado al ámbito de la interpretación en las solicitudes de asilo como Pöllabauer (2012) o Pöllabauer y Bergunde (2019) y las consecuencias de su desconocimiento pudiendo ocasionar la denegación. Echauri Galván (2016) centra su estudio en la terminología específica de salud mental para no cometer errores. Por último, destacamos el estudio de Ortega Antón (2017) acerca de la necesidad de disponer de herramientas de gestión terminológica que agilicen el trabajo de preparación del intérprete.

Esta categoría está relacionada directamente con las competencias del intérprete. Por ejemplo, Pöchhacker (2000) hizo una encuesta a intérpretes en los servicios públicos para observar las tareas que llevaban a cabo y descubrió que además de interpretar tenían que rellenar formularios, explicar terminología o simplificarla por lo que volvía al tema de la necesidad de poner límites y adaptar el papel del intérprete. En esta línea, Martín y Abril Martí (2002) también investigaron sobre la percepción que tienen los intérpretes de ellos mismos concluyendo que la mayoría no podían mantener un rol neutral por falta de profesionalización y por desconocimiento de los demás interlocutores del papel del intérprete por lo que se hace necesaria una revisión de las competencias del intérprete en la formación y la práctica. De aquí que también se hayan analizado las condiciones de trabajo como Corsellis (2002) sobre la importancia de la cooperación entre las instituciones y los intérpretes para que se valore su trabajo y no existan barreras económicas para que se pueda contratar a profesionales y se mantenga un nivel adecuado de calidad.

En el plano de la formación destacan Adams, Corsellis y Harmer (1995) quienes crearon un libro de texto para la formación básica de los intérpretes en los servicios públicos, Sandrelli (2001) por su contribución a raíz de su experiencia como formadora quien combina metodologías tradicionales como la toma de notas con otras más innovadoras como programas virtuales o Abril Martí (2006) por diseñar unas bases curriculares en su tesis doctoral. Framer, Brancroft, Feuerle *et al.* (2010) también diseñaron un manual para la formación de intérpretes en la justicia y Lázaro Gutiérrez y Sánchez Ramos (2015) investigaron sobre los beneficios del uso de corpus en la formación de intérpretes.

Como se puede comprobar, todas estas categorías enlazan con la necesidad de profesionalización de la ISP que debido a cuestiones políticas, institucionales y distintas circunstancias demográficas han impedido que esta profesión goce del reconocimiento y de la remuneración que se merece en todos los contextos de actuación (Valero Garcés 2006; Rudvin 2007; Abril Martí y Martín 2008; Braun y Taylor 2012; Pérez Estevan 2016; Ortega Antón 2017; Montalt i Resurrecció 2020; Foulquié Rubio, Vargas Urpi y Fernández Pérez 2018 o Pozo Triviño 2020).

2.1.1.1 Interpretación en el ámbito médico-sanitario

Una de las definiciones más recientes de la interpretación médico-sanitaria es la aportada por Pozo Triviño (2020: 53) quien la define como «aquella que se lleva a cabo con el fin de posibilitar la comunicación entre el personal sanitario y cualquier persona, generalmente paciente, que no hable o no entienda el idioma». Quisiéramos resaltar la parte de «cualquier persona» por englobar no solo al paciente sino también a posibilitar la comunicación entre distintos profesionales o del profesional a la familia y viceversa porque como se verá más adelante la familia también tiene un papel importante en esta investigación.

Dada la importancia del intérprete en las consultas médicas, desde los inicios de la investigación en esta rama, el interés por describir las particularidades que entraña este tipo de interpretación ha sido el foco de los estudios de Cambridge (1999), Bolden (2000), Bischoff (2003), Angelelli (2004), Abraham, Cabral y Tancredi (2004), Bot (2005), Ilescu Gheorghiu (2007c), Pöchhacker y Shlesinger (2007), Angelelli (2008, 2015), Baraldi (2012), Crezee (2013), Valero-Garcés (2013) o Arumi Ribas (2017a; 2017b), entre otros. Además, En España se han defendido trece tesis doctorales entre 1990 y 2017 sobre interpretación y mediación cultural en el contexto sanitario (Ortega Arjonilla y Martínez López 2018: 46-47).

También son varias las revistas que incluyen la interpretación médica entre sus temas de publicación. Destacan, en España, las revistas *Panacea*³³ centrada en la medicina y la traducción e interpretación, *Entreculturas*³⁴ de la Universidad de Málaga dedicada a la traducción y comunicación intercultural o *FITISPos International Journal*³⁵ de la Universidad de Alcalá sobre la interpretación en los Servicios Públicos con muchos artículos dedicados al ámbito médico-sanitario.

Otros volúmenes han dedicado monográficos a la traducción e interpretación médica como son la revista *Meta*³⁶ (Quérin 2001) o *MonTF*³⁷ (Montalt i Reurrecció, Zethsen y Karwacka 2018). Así pues, fuera de España también se han dedicado monográficos de revistas indexadas dedicados a la ISP en el ámbito médico-sanitario como *CULTUS* (2016), *New Voices*³⁸ (2016), *European journal of Applied linguistics* (2016) o *Translation and Interpreting* (2015). No solo en revistas más orientadas a la traducción y la interpretación se han publicado artículos de interés sino también en revistas científicas

³³ Accesible en: <https://www.tremedica.org/revista-panacea/indice/>

³⁴ Accesible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/7012>

³⁵ Accesible en: http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos

³⁶ Accesible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/208203>

³⁷ Accesible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/84828>

³⁸ Accesible en: <https://www.iatis.org/index.php/new-voices-in-translation-studies/item/1382-new-voices-in-translation-studies-15-2016>

como *Human Communication Research, Social Sciences and Medicine, Transcultural Nursing, JAMAL, Transcultural Psychiatry o Patient Education and Counselling*.

En muchas de estas fuentes observamos que si la denominación de la profesión ya contaba con controversias como hemos descrito en la introducción, la disparidad de intentos por definir el perfil del que ejerce esta profesión también está marcada por la dificultad de establecer unos límites claros sobre el papel del intérprete y la imposibilidad de crear un único perfil que recoja todos los posibles contextos de actuación. Una de las razones a las que se atribuyen estas dificultades es a la ausencia de una legislación específica que propicie la profesionalización de la interpretación en el ámbito médico-sanitario (Hale 2007a; Valero Garcés y Martín 2008; Bischoff y Hudelson 2010; Iliescu Gheorghiu y Ortega Herráez 2015; Montalt i Resurrecció, Zethsen y Karwacka 2018).

Dada la necesidad de comunicarse en este contexto, en la mayoría de ocasiones con cierta urgencia, y la ausencia de legislación específica provocan que personas como familiares, amigos o conocidos de las personas o incluso personas del propio personal del centro médico-sanitario o voluntarios de asociaciones u organizaciones sin formación en interpretación, denominados intérpretes *ad-hoc* o naturales, tengan que desempeñar esta función (Barroso Pérez 2003; Aguilar Solano 2012; Pozo Triviño 2020). En ocasiones, los intérpretes *ad-hoc* que se utilizan están requeridos por personas que caen en el error de que con tener conocimientos lingüísticos se puede interpretar. Sobre esta falsa idea preconcebida también han investigado distintos autores como Rosiers, June y Bauwens (2014: 56) quienes abogan que estas prácticas pueden afectar a la calidad «although the importance of adequate linguistic skills for both translators and interpreters is indisputable, sufficient proficiency in one's working languages does not in itself guarantee high quality translation or interpreting».

Esta disparidad en las opciones que se adoptan sin ningún tipo de respaldo normativo para dar respuesta a las necesidades que demandan los usuarios extranjeros de los servicios médico-sanitarios propician falsas ideas preconcebidas como que cualquier persona con conocimientos de dos lenguas pueda hacer de intérprete o incluso utilizando a menores como intérpretes sin pensar en las posibles consecuencias. La falta de formación en interpretación repercute en la calidad de la comunicación e incluso puede conllevar consecuencias que afecten a la salud de la persona provocadas por malentendidos culturales, desconocimiento del sistema o inadecuación de los cuidados. En esta aproximación desde los interlocutores, ya en 2006 Abril Martí en su tesis doctoral indicó que el usuario, que por cuestiones culturales suele estar en una posición más débil frente al proveedor de servicios que suele estar en una posición más aventaja por su vinculación institucional, «es el objeto mismo de la comunicación y se encuentra implicado directamente en el contenido textual y se verá afectado personalmente por el resultado del intercambio comunicativo» (Abril Martí 2006: 40).

Además, en la investigación sobre la relación de poder entre los interlocutores también se ha incluido el uso de intérpretes *ad-hoc* o naturales que hemos mencionado en este apartado y que autores como Leanza (2005: 168) han definido como «untrained people drawn from the patient's family or the (non-medical) staff of the institution where the consultation takes place» o Valero Garcés (2014: 27):

Ad-hoc interpreter is an untrained person who is called upon to interpret, such as a family member interpreting for her parents, a bilingual staff member pulled away from other duties to interpret, a self-declared bilingual in a hospital waiting-room who volunteers to interpret, or an advanced language student.

Campbell, McDaniel, Cole-Kelly *et al.* (2002: 22) puntualizaron que los pacientes podían comportarse de manera distinta si iban acompañados de un intérprete *ad-hoc*:

Patients who are accompanied by a family member are likely to behave differently than unaccompanied patients in relation to their medical problems, functional abilities, family relationships, and attitudes toward family involvement in their care.

Creeze (2013: 6) añadió que el impacto sería negativo si se utilizan intérpretes sin formación «there is no doubt that the use of untrained interpreters can have a considerable impact on the communication between health professionals and patients». Dentro de estos intérpretes sin formación hay otra línea de investigación relacionada como es el uso de los hijos de los pacientes extranjeros como intérpretes y sus consecuencias: *Child Language Brokering* (CLB). El término '*language brokers*' se utiliza para referirse a «children of immigrant families who interpret and translate between culturally and linguistically different people and mediate interactions in a variety of situations including those found at home and school» (Tse, 1996: 226). Este término se utilizó por primera vez en el trabajo de Shannon (1990: 273) «the children as **language brokers** resulted from the needs of the immigrant community and the children's adequate level of bilingualism». En un estudio de Orellana, Dorner y Pulido (2003) se concluyó que algunos niños se habían sentido orgullosos de poder servir como ayuda para sus padres mientras que otros se sentían frustrados o avergonzados por haber entendido algo mal sobre todo cuando se trataba de terminología difícil o cuando los temas tratados eran inapropiados para los niños.

Weisskirch (2010: 68) añadió que los niños están expuestos y son presionados a aprender una lengua a un ritmo mucho más rápido que sus padres «children are likely to learn the new language at a faster pace than their parents» lo que puede provocar que se altere la dinámica normal de los roles que deben adoptar los padres y los hijos. Gurung (2014) en su investigación clasificó los factores que podrían ser estresantes para estos niños: la gravedad de la situación, la personalidad, la edad, la falta de conocimiento de la terminología, entre otros. Bauer (2017) añadió que los niños están expuestos a situaciones donde tienen que adoptar responsabilidades como si fuesen adultos y según Katz (2014) o Rainey, Flores-Lamb y Gjorgieva (2017) los niños pueden sentirse además de estresados, frustrados afectando a su salud mental.

También destaca una contribución de Pena Díaz (2019) sobre los recursos para comunicarse con familias extranjeras en los colegios de educación primaria de Madrid como el Servicio de Apoyo Itinerante al alumnado inmigrante (SAI). Sin embargo, en sus conclusiones se afirma que las familias de estudiantes inmigrantes tienen dificultades para comunicarse y que una de las soluciones actuales es el uso de los hijos como intérpretes a pesar de que los trabajadores de estos centros solicitan ayudas a las autoridades educativas para disponer de más recursos. (*ibid.*, 379). Martínez-Gómez Gómez (2021) recientemente ha publicado un artículo sobre su análisis de 75 narrativas de CLB y las emociones positivas (sentirse útiles por contribuir al bienestar de sus seres queridos y que sus familias estén orgullosas) y negativas (frustración y presión de sus familiares) que han experimentado. Prueba del auge en la investigación por esta rama es que el congreso de la International Association for Translation and Intercultural Studies (IATIS) que se celebró en Barcelona en 2021 con el panel *'New Approaches to language brokering by children and Young adult'*³⁹.

Con esta tesis doctoral, intentaremos arrojar luz sobre el papel del intérprete en los contextos específicos objeto de análisis, así como contribuir a su visibilidad y profesionalización, y para ello, dedicamos los siguientes epígrafes al contexto legislativo y la provisión de servicios de interpretación en la actualidad. Además, otras líneas de investigación como la calidad, la satisfacción del paciente, la imagen social, las expectativas y la percepción de los propios intérpretes, el lenguaje no verbal y las emociones serán tratadas en detalle en los próximos capítulos por su relevancia para esta investigación. Dichas líneas servirán como marco teórico y analítico.

2.1.1.2 Contexto legislativo

A día de hoy, España no cuenta con ninguna ley específica referida a la interpretación médico-sanitaria. No obstante, se puede considerar implícita en el texto de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre sobre la autonomía del paciente y sus deberes y derechos en materia de información y documentación donde en el artículo 4 se indica «la información clínica se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad». De aquí podemos inferir que cualquier paciente que no tenga conocimientos del idioma español estará en inferioridad de condiciones por lo que se hace necesaria «la presencia de un intérprete si se ha de velar por el cumplimiento efectivo de estas normativas» (Pozo Triviño 2020: 55). Con lo cual en la práctica se observan dificultades de acceso a la sanidad por parte de las personas extranjeras residentes en España que desconocen el español y dificultad en la provisión de intérpretes por ser una profesión sin reconocimiento pleno, lo que conlleva barreras lingüístico-culturales. En este apartado ampliamos esta información.

³⁹ Para ampliar la información: <https://www.iatis.org/index.php/7th-conference-barcelona-2021/item/2078-submitting-a-proposal>

2.1.1.2.1 Acceso al ámbito médico-sanitario

El acceso a la interpretación en el sector médico es considerado por muchos, todavía a día de hoy, un privilegio y no un derecho, puesto que no se recoge explícitamente en la legislación. Sí se puede inferir de algunas normativas la necesidad de interpretación, como en el Artículo 43, título I de la Constitución Española de 1978, donde se recoge que:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

Unos años después, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, sobre la sanidad en general, en el capítulo primero, artículo diez y quinta disposición se establecía que las personas tienen derecho «a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento» y en la sexta disposición «a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención»⁴⁰.

Sin embargo, este artículo se derogó por la disposición derogatoria única de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre⁴¹ sobre la regulación de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y es en el artículo segundo donde se recogen los principios básicos:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

⁴⁰ Accesible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

⁴¹ Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188&p=20150922&tn=2>

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Si bien estos principios básicos pueden encajar cuando se trata con la población autóctona, cuando el paciente no comparte la misma lengua que el proveedor de servicios son muchas las preguntas que surgen por no quedar claras en los mencionados principios. Por ejemplo, cómo obtener el consentimiento informado, cómo asegurar que el paciente recibe la información adecuada, cómo respetar la dignidad del paciente o cómo asegurar que los datos se transmitan de manera leal, son algunas incógnitas que no despeja la ley.

En el capítulo II, artículo IV referente al derecho a la información asistencial se especifica que:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

A partir de estos principios, vuelven a surgir preguntas sobre cómo se asegura que el paciente comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias si se carece de servicios de interpretación. Asimismo, no queda claro si la fórmula «de forma comprensible y adecuada a sus necesidades» significa proveerle de un intérprete.

Quizá se esperaba que estas preguntas tuviesen respuesta en la Ley Orgánica 4/2000 del 11 de enero (cuya última modificación fue el 30 de octubre de 2015) sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, pero tampoco se mencionan los servicios de interpretación. Solo se hace referencia a que podrán ejercer los derechos en igualdad de condiciones en el Título I, Capítulo I, artículo III:

1. Los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos. Como criterio interpretativo general, se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles.
2. Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros serán interpretadas de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España, sin que pueda alegarse la profesión de creencias religiosas o convicciones ideológicas o culturales de signo diverso para justificar la realización de actos o conductas contrarios a las mismas.

En contraposición, sí se han realizado algunos avances gracias a la publicación de distintas normas establecidas por el Organismo Internacional de Normalización (ISO) creado en 1947 cuya sede está en Ginebra (Suiza). Se trata de una organización independiente y no gubernamental formada por instituciones de normalización de distintos países cuya finalidad es crear normas para orientar, coordinar, simplificar y unificar criterios sobre efectividad y calidad para que los organismos que las adopten puedan crear productos y servicios seguros y de calidad. En España se encuentra la Organización Internacional de Normalización y Certificación (AENOR).

Las distintas normas ISO referidas a la interpretación son la norma ISO 13611:2014⁴² y la norma ISO 18841:2018⁴³. La primera de ellas es la referente a los criterios y recomendaciones para la interpretación en los servicios públicos. En esta norma se acotan los ámbitos de actuación (instituciones públicas, servicios sociales, centros sanitarios, negocios, industrias y situaciones de emergencia) y se reconoce la interpretación en los servicios públicos como profesión y no como una práctica informal por lo que quedan excluidos los intérpretes no profesionales. Además, reconocen los principios básicos y las prácticas necesarias para asegurar la calidad. La segunda norma (ISO 18841:2018) describe los requisitos generales y recomendaciones para prestar servicios de interpretación y un código de buenas prácticas.

No obstante, los avances no son totales porque es voluntad de las empresas, instituciones y organismos adherirse a ellas. Desde nuestro punto de vista, si las instituciones sanitarias y empresas que proveen servicios de interpretación las adoptasen, serviría para contribuir a la profesionalización, normalización y regulación de la profesión.

2.1.1.2.2 Provisión de servicios de interpretación médico-sanitaria en España

Al no existir un marco legislativo específico que regule la profesión del intérprete en el ámbito médico-sanitario en España, en general, se pide al paciente que sea él mismo el que busque los recursos necesarios para acudir a los centros sanitarios (Burdeus Domingo 2010: 18; Pozo Triviño 2020: 55). Dada la situación de caos y las existentes barreras comunicativas, la Comisión Europea encargó en 2015 un estudio sobre la situación de la traducción y la interpretación en la sanidad transfronteriza, *Study on Public Service Translation in Cross-border Healthcare*⁴⁴ (Angelelli 2015). En este estudio participan Alemania, Grecia, Italia, España y Reino Unido y se analizan distintos documentos legislativos, documentos informativos, así como el uso de entrevistas a responsables de distintas áreas médico-sanitarias, así como a intérpretes, organizaciones, asociaciones, pacientes y familias.

⁴² Accesible en: <https://www.iso.org/standard/54082.html>

⁴³ Accesible en: <https://www.iso.org/standard/63544.html>

⁴⁴ Accesible en: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6382fb66-8387-11e5-b8b7-01aa75ed71a1>

En los resultados de este estudio se especifica que la provisión de servicios de interpretación no es consistente en las zonas analizadas. Uno de los principales problemas es la legislación puesto que la Directiva Europea 2011/24/EU indica que los pacientes tienen derecho a que se les de la información de manera clara y a poder poner una queja o reclamación, pero no se explicita cómo pueden comunicarse en una lengua que entiendan ni se menciona la figura del intérprete a excepción de Reino Unido que sí dispone de una legislación específica para la provisión de servicios de interpretación (*ibid.*, 91).

Otro problema es el coste de la implementación de estos servicios ya que no se incluyen en la provisión de gastos, excepto en Reino Unido, por lo que se están encargando de la interpretación el personal bilingüe de los centros, voluntarios o recursos que traigan los pacientes:

Except for the UK, language provision in the context of healthcare is not recognized as a core service and it is not a line ítem in the Budget. With the exception of 4 % of the sites visited, the participatin organizations simply do not offer language provision. They either resort to bilingual staff, volunteers or they expect patients to take care of their own language needs (by either bringing their documents translated or by bringing family members or friends to sight-translate and interpret for them) (Angelelli 2015: 91-92).

Sin embargo, en 2011, el estudio de Quan y Lynch titulado '*The high costs of language barrier in medical malpractice*' se analizaron las repercusiones del no uso de intérpretes en términos de coste y calidad. En sus conclusiones descubrieron que las consecuencias del no uso de intérpretes conllevan un coste mayor puesto que cuando la comunicación no es eficaz, se necesitan más pruebas, los diagnósticos tienden a ser inexactos y aumentan incluso los días de hospitalización.

En España, la situación continúa siendo similar a la descrita en el estudio de Angelelli (2015), a diferencia de que sí ha aumentado el interés y la preocupación por la interpretación en el plano investigador y en la práctica profesional para tratar de mejorar la comunicación con los pacientes. Sin embargo, parece que no se toman medidas contundentes desde las instituciones y se sigue dejando en manos de los usuarios el buscarse sus propios recursos. Esta situación provoca, como ya indicó Abril Martí (2006: 134) que se fomente la interpretación *ad-hoc* sin prestar atención a la calidad. Uno de los volúmenes más recientes que recoge la situación nacional es 'Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades' (Foulquié Rubio, Vargas Urpi y Fernández Pérez 2018).

Tomamos este volumen como referencia para describir la situación en España por comunidades. En Andalucía, una de las regiones con mayor tasa de población extranjera, la provisión de interpretación se lleva a cabo a través de la privatización desde 2003 con el problema asociado de no conseguir garantizar unos servicios de calidad (Calvo Encinas y Vigier Moreno 2018: 15).

Además, en 2009, se empezó a utilizar el servicio de teleinterpretación a través de Salud Responde (Gacía Luque 2009; Calvo Encinas y Vigier Moreno 2018: 17) así como en algunos hospitales privados se incluyó la figura del mediador. Sin embargo, en el ámbito público también existen distintos programas de voluntariado.

Aragón, que cuenta con población procedente en su mayoría de África, América y Asia, el gobierno opta por subcontratar a empresas externas para ofrecer los servicios de traducción e interpretación desde 2010 aunque muchos pacientes desconozcan su existencia y, por tanto, esté infrautilizado. Sin embargo, en el estudio de Nevado Llopis (2018: 36) se señala que los idiomas más demandados en esta región han sido rumano, árabe, chino mandarín, polaco, hindi y bambara. Al tratarse de idiomas menos comunes en España y para los que las empresas tienen dificultad en proveer profesionales de estas lenguas, se ha tenido que recurrir a gestos y a pedir a los propios usuarios que vayan acompañados de alguien que conozca el español o que tengan un contacto al que puedan llamar. En este estudio, coincidiendo con uno anterior de la misma autora (Nevado Llopis 2014), los profesionales encuestados indicaron que incluso habían tenido que recurrir a pacientes ingresados o niños que conociesen las lenguas de los pacientes (Nevado Llopis 2018: 36).

En Cataluña, el perfil que más auge ha tenido ha sido el del mediador intercultural «porque se trata de un perfil multidisciplinar que asume funciones más allá de la facilitación de la comunicación en entrevistas a tres» (Ugarte Ballester y Vargas Urpi 2018: 50). Entre estas funciones se señala la de asesoramiento tanto a profesionales como a usuarios, así como el promover una atención igualitaria y la participación en actividades comunitarias como establecía el Plan director de inmigración en el ámbito de la salud en Cataluña de 2006⁴⁵. Así pues, este perfil se consolidó entre 2008 y 2011 por la colaboración entre el Hospital de la Vall d'Hebron y la Obra Social de la Fundación La Caixa y fruto de esta colaboración se certificaron casi un centenar de mediadores para trabajar en centros sociosanitarios (*ibid.*, 50). No obstante, con esta cifra no se cubrían todas las necesidades por lo que otros centros recurren a la interpretación telefónica. A partir de 2017, la figura del mediador iba desapareciendo por falta de recursos económicos y se pasó a pedir a los pacientes que acudiesen acompañados por alguna persona que conociese el idioma español o catalán (*ibid.*, 51).

En las Islas Baleares, desde 2006 se cuenta con un servicio de interpretación telefónica, aunque «algunos profesionales prefieren un sistema menos tecnológico a la hora de lidiar con los escollos lingüísticos en la consulta» (Ugarte Ballester y Vargas Urpi 2018: 59). Además, en las clínicas privadas suelen contar con un departamento de atención al paciente internacional por la alta tasa de población extranjera residente y turística.

⁴⁵ Accesible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2758>

Las Islas Canarias albergan muchos turistas extranjeros y esta es la principal razón por la que hay empresas dedicadas al llamado turismo sanitario como Gran Canaria Medical apoyada por el Cabildo de Gran Canaria. En la sanidad pública no se ofrece asistencia lingüística. Se intentó en 2007-2008 con un servicio de interpretación telefónica, pero con la crisis económica se terminó este servicio cuyo último año en funcionamiento fue 2009 (Pérez-Luzardo Díaz y Fernández Pérez 2018: 69). No obstante, desde junio de 2017, el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y el Hospital del Sur en Tenerife sí disponen de un servicio de interpretación en urgencias pero según los autores del estudio «hemos entrevistado a varios responsables de hospitales y centros sanitarios de la provincia pero no tenían conocimiento de dicho servicio» (*ibid.*, 2018: 69) por lo que deducimos todavía queda mucho por hacer ya que todas estas opciones fomentan que se utilicen intérpretes *ad-hoc* o que se recurra a un intérprete profesional si los usuarios pueden localizarlo y costearlo.

Extremadura es comunidad con una tasa baja de extranjeros puesto que en 2015 esta población sumaba el 3,4 % de la población total (Baigorri Jalón y Travieso Rodríguez 2018: 85). Este dato indica que los servicios de traducción e interpretación que se necesitan son escasos. La mayoría de la población extranjera es de origen magrebí y rumano y suelen ir acompañados de familiares o conocidos que tiene algunos conocimientos de español, aunque desde 2009 está disponible un sistema de interpretación telefónica a través de una empresa y también una persona extranjera que trabaja para una ONG actúa como intermediaria en algunas consultas (*ibid.*, 89).

En la comunidad de Galicia, según el estudio de Pozo Triviño y Fernandes Pozo (2018: 112), las opciones más utilizadas son el que los usuarios recurran a intérpretes *ad-hoc* o a personas voluntarias de ONG. Además, las autoras destacan que los profesionales sanitarios entrevistados se quejaban de que cuando se utilizaban estos intérpretes las consultas se alargaban demasiado y no podían permitirse tanto tiempo para un paciente.

En la comunidad de Madrid donde sí hay una alta tasa de residentes extranjeros, así como refugiados y solicitantes de asilo (CEAR 2016). En esta comunidad ha habido distintas iniciativas como el Servicio de Mediación en la Comunidad de Madrid (SEMSI) que estuvo en funcionamiento desde 2006 hasta 2011 cuando desapareció por falta de presupuesto. Otra iniciativa es el proyecto Salud Entreculturas⁴⁶ en el Hospital Ramón y Cajal cuyo objetivo es prevenir las enfermedades infecciosas dentro de la unidad de medicina tropical y cuenta con un equipo de intérpretes y mediadores interculturales para y también ofrecen acciones formativas en interpretación y mediación así como formación para promover la salud entre la población inmigrante. A día de hoy sigue en funcionamiento. Además, la Universidad de Alcalá tiene convenios de prácticas para que los alumnos de interpretación acudan a formarse allí (Valero Garcés y Monzón 2018: 122). Además del Hospital Ramón y Cajal, hay otros centros que también ofrecen servicios de interpretación, pero telefónica y a través de la subcontratación de empresas.

⁴⁶ Accesible en: <https://www.saludentreculturas.es/>

No obstante, las autoras del estudio (*ibid.*, 127) señalan que los profesionales sanitarios entrevistados alegan que tienen problemas con la interpretación telefónica por falta de disponibilidad, falta de tiempo o que no ofrecen los idiomas que necesitan.

En Castilla La Mancha destaca otra iniciativa como es el Programa de Interculturalidad del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) que se puso en marcha el 2007 y constaba de la provisión de servicios de traducción, interpretación y mediación, pero se suspendió en 2011 por recortes económicos (*ibid.*, 122).

En la Región de Murcia depende de cada área de salud. Son dos los hospitales que cuentan con intérpretes de árabe en plantilla (Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor y Hospital General Reina Sofía). En los otros hospitales principales como el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca los servicios de interpretación están subcontratados a otras empresas en concursos de licitaciones, aunque para la mayoría de profesionales sea un servicio desconocido y tengan que hacer uso de gestos o intérpretes *ad-hoc* (Foulquié Rubio 2018: 141).

En Navarra, la situación es similar ya que los pacientes suelen acudir acompañados de familiares o conocidos. No obstante, el Complejo Hospitalario de Navarra dispone de interpretación telefónica 24 horas (Auzmendi, Segura, Aparicio y Cabanillas 2018: 157). En el País Vasco también hay un servicio de interpretación telefónica desde 2008 subcontratado a una empresa (*ibid.*, 168).

La Comunidad Valenciana tiene una alta tasa de población extranjera muy diversa por lo que la asistencia lingüística en distintos idiomas se hace necesaria. No obstante, las soluciones parecen no estar a la altura de las necesidades dado que la Agencia Valenciana de Salud no dispone de ningún servicio de traducción ni de interpretación en este territorio. Por ello, muchos usuarios han experimentado problemas de comunicación por la ausencia de un intérprete (Iliescu Gheorghiu 2007b: 1615) y, en muchas ocasiones, se ven obligados a recurrir a intérpretes profesionales si pueden costearlo o a familiares, conocidos o compatriotas quienes han creado distintas organizaciones de voluntarios como *Help Denia* (Ortega Herráez y Blasco Mayor 2018: 191). La Universidad de Alicante dispone de un convenio de prácticas con hospitales públicos y privados, pero son estudiantes en formación por lo que tampoco se pueden cubrir todos los idiomas ni se puede asegurar la calidad asistencial por estar en fase de aprendizaje. Uno de los hospitales en la provincia de Alicante que recibe gran afluencia de pacientes extranjeros como es el Hospital Marina Baixa de Villajoyosa contrataron a una persona extranjera que cubría distintos idiomas, aunque solo en urgencias y en horario matinal (*ibid.*, 191). Tras la marcha de esta persona, en 2018 se publicó un pliego para la contratación del servicio de Interpretación y Traducción del Departamento de Salud de la Marina Baixa de Villajoyosa que tuvo una duración de ocho meses por no disponer de más financiación. También existen centros privados que han creado sus propios departamentos de atención internacional y son ellos mismos los que contratan a los traductores e intérpretes en plantilla.

Dentro de este panorama, resulta paradójico como en un contexto con tantos protocolos y regulaciones como es el ámbito médico-sanitario, no haya una regulación específica para la provisión de servicios de traducción e interpretación dada la realidad multilingüe y multicultural existente. Además, parece incongruente que se deje en manos de los usuarios la búsqueda de los recursos que también repercute en la atención y la calidad asistenciales que los profesionales sanitarios pueden ofrecer habiendo cada año numerosos graduados en traducción e interpretación que ven como son escasas las posibilidades de acceder a la interpretación médico-sanitaria por no estar profesionalizada.

2.1.1.2.3 Consecuencias en la práctica: barreras lingüísticas y culturales en interpretación médico-sanitaria

No cabe duda que la comunicación es un componente esencial del ser humano y que la comunicación médico-paciente en entornos multiculturales y multilingües no ha resultado en muchas ocasiones lo efectiva que se esperaba por los obstáculos legislativos y la falta de provisión de intérpretes ocasionando barreras comunicativas. Existen numerosos estudios sobre las barreras lingüísticas y culturales que imposibilitan la comunicación de modo efectivo (Chalabian y Dunnington 1997; Jacobs, Chen, Karliner *et al.* 2006; Brisset, Leanza y Laforest 2013 o Theys, Krystallidou, Salaets *et al.* 2020). A continuación, citamos los estudios sobre las barreras comunicativas agrupados en diferentes perspectivas.

Las consecuencias que acarrear las barreras lingüísticas como el agravamiento de los problemas de salud en términos de un índice más bajo de visitas al médico, las dificultades para el seguimiento, una menor adherencia al tratamiento, una baja o nula comprensión del diagnóstico, un nivel de satisfacción menor y unas mayores complicaciones médicas han sido los resultados obtenidos en los estudios de Fox y Stein (1991); Kirkman-Liff y Mondragon (1991); Cleeland, Goning, Baez *et al.* (1997); Crane (1997); Bonham (2001) quien, además, matizó que los pacientes son más vulnerables a un diagnóstico erróneo y a un difícil manejo del control del dolor; Jacobs, Agger-Gupta, Chen *et al.* (2003); Wilson, Chen, Grumbach, Wang y Fernandez (2005); Ngo-Metzger, Sorkin, Phillips *et al.* (2007); Schenker, Wang, Selig y Fernandez (2007) y Lee, Pérez-Stable, Gregorich *et al.* (2017). Estos últimos opinan que cuando la comunicación no se puede llevar a cabo de manera eficiente, los pacientes quedan en una situación de vulnerabilidad con un alto riesgo de no ser informados adecuadamente.

Dichas barreras también se han catalogado como obstáculos para ofrecer un cuidado adecuado y una atención efectiva, igualitaria y segura a los pacientes con un nivel limitado de la lengua mayoritaria del país donde acuden a los servicios sanitarios (Cohen, Rivara, Marcuse *et al.*, 2005; Pergert, Ekblad, Enskar *et al.*, 2007 y Ali y Watson, 2018, entre los más recientes). En palabras de Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* (2019b: 1016) «language barriers have a negative impact on healthcare».

Por tanto, si las barreras pueden ser un obstáculo para la comunicación del estado clínico al paciente y a sus familiares, también actúan como limitadoras de la comprensión de un documento escrito como puede ser el consentimiento informado y, por consiguiente, los procesos y pruebas a los que se va a someter el paciente (Lee, Pérez-Stable, Geogorich *et al.* 2017).

La brecha comunicativa también ha sido abordada en relación a la gestión de los turnos y la coordinación. Autores como Clark, Drain y Malone (2003) apuntaban que una inadecuada gestión de la comunicación podría incluso repercutir en un empeoramiento en la calidad de los cuidados. Krystallidou y Pye (2018) concluyeron que una falta de coordinación entre los participantes en las consultas mediadas por intérprete puede tener un impacto negativo en la comunicación emocional. De ahí que otra perspectiva relacionada haya sido cómo afectan las barreras lingüísticas y culturales a las expresiones de los pacientes.

Ya en 1996, Cleeland, Nakamura, Mendoza *et al.* (1996) habían apuntado que las diferencias culturales también afectan a la manera en que los pacientes hacen el relato de su dolor y en qué medida los profesionales sanitarios son capaces de entender estas manifestaciones cuando no comparten la misma lengua. Un estudio realizado en las consultas de oncología en Australia concluyó que los médicos hablan menos e ignoran más al paciente cuando no hay un intérprete porque no pueden captar totalmente cómo se sienten sus pacientes (Butow, Ekblad, Enskar *et al.* 2011). De ahí que haya estudios sobre la necesidad de prestar atención a la comunicación emocional como factor clave para una buena relación médico-paciente (Knapp y Daly 2011; Blanch-Hartigan 2013 o Hargie 2016) y sobre los beneficios del uso de intérpretes para que el paciente exprese sus emociones de manera más cómoda ya que puede hacerlo en su lengua materna (Hadziabdic, Albin y Hjelm 2014 o Hsieh y Nicodemus 2015). Además, en el estudio reciente de Theys, Krystallidou, Salaets *et al.* (2020), se analiza cómo se coordina el proceso interaccional de la comunicación emocional en consultas con intérprete a través de una revisión bibliográfica de los artículos publicados en la última década. En sus hallazgos, destacan que tanto los pacientes como los profesionales sanitarios hacen uso de elementos verbales y paraverbales en su interacción para expresar sus emociones según investigaciones de Leanza, Isabelle y Rosenberg (2013) o Raymond (2014). En palabras de Raymond (2014: 44), los intérpretes se consideran «active co-participants» de la reconstrucción de la comunicación emocional en las consultas interpretadas a través de la interpretación de las intervenciones y la coordinación de la interacción. Por ello, Theys, Krystallidou, Salaets *et al.* (2020: 41) indican que los intérpretes facilitan la exposición emocional del médico como respuesta a los enunciados emocionales de los pacientes y facilitan la comprensión mutua:

Interpreters [...] create the possibility for physicians to respond to the patient's emotional display (i.e. thanks to the interpreters accurate retelling of the patient's emotional statement, physicians are able to react to the patient's emotional display as they would in monolingual consultations) and promote mutual understanding and common ground between physicians and patients (e.g. the interpreter's accurate translation of physicians' and patients' verbal and paraverbal emotional statements, allows for physicians and patients to understand each other and co-construct EC).

De aquí que el acto comunicativo de interpretar en las consultas médicas y, sobre todo, en las áreas de alto contenido emocional, requiera una formación y unas bases asentadas. No obstante, los estudios de Diamond, Schenker, Curry y Bradley (2009) y Patel, Wakeam, Genoff *et al.* (2016) inciden en que para los profesionales sanitarios el problema radica en la falta de disponibilidad inmediata de servicios de interpretación profesionales y las limitaciones del tiempo.

Hasta aquí, los estudios citados responden a investigaciones centradas en la visión de los profesionales sanitarios, pero también se han identificado las barreras comunicativas desde la perspectiva de los pacientes.

En la línea de las consecuencias del hecho de no disponer de intérpretes, en los estudios de Chan y Woodruff (1999); Davies, Contro, Larson y Widger (2010) y Kai, Beavan y Faull (2011), los pacientes refieren que tienen más dificultades para explicar sus síntomas, hay una falta de entendimiento clara en cuanto a la información clínica lo que provoca una situación de estrés tanto para el paciente como para sus familiares. No hay que olvidar que una de las preocupaciones por las que los pacientes visitan los servicios sanitarios es por la ansiedad (Barry 2000). Por tanto, tranquilizar a los pacientes es una tarea básica de los profesionales sanitarios en los pacientes con ansiedad para que no tenga un impacto negativo en su bienestar y no afecte a su nivel de comprensión de la información, los límites de eficacia de un tratamiento o la sobreutilización de los servicios por consultas innecesarias, como indican Lucock, Morley, White y Peake (1997); Meechan, Collins, Moss-Morris y Petrie (2005); Silverman, Kurtz y Draper (2005); Epstein, Hadee, Carroll, Meldrum *et al.* (2007) y Butalid, Verhaak, Dulmen y Bensing (2014). Sin embargo, el reconocer o averiguar las preocupaciones del paciente puede convertirse en un reto para los profesionales sanitarios según Giroldi, Veldhuijzen, Leijten *et al.* (2014).

En el estudio de Giroldi, Timmerman, Veldhuijzen *et al.* (2020: 220), siguiendo a Floyd, Lang, McCord *et al.* (2005) y Mjaaland, Finset, Jensen *et al.* (2011) se constata que los pacientes expresan preocupación en aproximadamente el 90% de las consultas, pero la manera más extendida de hacerlo es implícitamente a través de señales no verbales que esconden emociones desagradables y que, por tanto, resultan difíciles de reconocer:

Although patients express at least one worry in approximately 90% of the consultations, most patients express these worries in an implicit manner by giving cues. Cues have been defined as verbal or non-verbal hints which suggest an underlying unpleasant emotion, such as vague words, metaphors, repetitions and unusual descriptions of symptoms.

Por ello, cuanta más relación tengan el paciente y el profesional sanitario y si se conocen de antemano o conocen sus experiencias pasadas, más fácil le resultará identificar y reconocer las preocupaciones de sus pacientes:

The long-term relationship that GPs have with many of their patients also enables them to receive feedback on how well they have recognized and addressed patients' worries, contributing to their professional expertise in this area Giroldi, Timmerman, Veldhuijzen *et al.* (2020: 221).

Así pues, se observa que los pacientes esperan de los profesionales tanto una competencia técnica como habilidades comunicativas según Wanzer, Booth-Butterfield y Gruber (2004); Sofaer y Firminger (2005); Zwingmann, Baile, Schmier, Bernhard y Keller (2017) y Santarém Semedo, Moreira Diniz y Herédia (2020). Estos últimos autores concluyen que cuando los profesionales centran su atención y comunicación en el paciente, aumenta la satisfacción del paciente y la seguridad del profesional sanitario lo que se puede traducir en empatía y entendimiento:

HPs (healthcare professionals) must then develop the ability to express empathy, and be able to explore and understand patients' perspectives and emotional experiences. HPs must also share the decision-making process with patients; that is, they must operate in a patient-centered manner. To achieve effective health communication, HPs must promote improved understanding while attempting to reduce situational complexities. These actions should take the form of a tailored approach that is adjusted to fit individual needs (Santarém Semedo, Moreira Diniz y Herédia 2020: 152).

También existen estudios sobre los beneficios del uso de intérpretes que repercute en una mayor satisfacción del paciente, una mayor adherencia al tratamiento y una mayor tasa de acudir a las visitas de seguimiento (Pérez-Stable, Napoles-Springer y Miramontes 1997; Freeman, Rai, Walker *et al.* 2002; Zolnieriek y Dimatteo 2009). Otros autores como Carr, Roberts, Dufour y Steyn (1997); Karliner, Jacobs, Chen y Mutha (2007); Flores, Abreu y Barone (2012) y Silva, Genoff, Zaballa *et al.* (2016) resaltan como puntos positivos el aumento de comprensión y del grado de satisfacción del paciente y la igualdad en uso de los servicios médicos. De esta forma, Andrulis y Brach (2007); Karliner, Jacobs, Chen y Mutha (2007) y Butow (2015) concluyen que el tipo de intérprete que se utilice puede influenciar la calidad de los cuidados ofrecidos y apoyan que los intérpretes profesionales son esenciales para asegurar que los pacientes reciban información básica sobre su salud y pueden tomar las decisiones apropiadas. Estos resultados positivos pueden contribuir a romper las barreras comunicativas:

The improved utilization and clinical outcomes are mediated by the ability of professional interpreters to overcome health communication barriers. Professional interpreters, through their experience, training and knowledge of both medical and lay terminology are better able to communicate patients' symptoms and questions to clinicians, and clinicians' rationale for treatment and explanations of proper use of therapy to patients. Lower interpretation error rates and improved patient comprehension likely lead to greater patient acceptance of tests, adherence to follow-up and treatments, and thus improved health outcomes (Karliner, Jacobs, Chen *et al.* 2007: 750).

Gracias a estos aspectos positivos y a la lucha por romper los obstáculos comunicativos, en los últimos años hemos presenciado un cambio de modelo en cuanto a la atención al paciente más centrado en su educación y la democratización del conocimiento (Arrighi *et al.* 2010: 370-371 o Muñoz Miquel 2014: 172). En otras palabras, estamos pasando de un modelo asimétrico y paternalista a uno más centrado en el paciente para que este sea partícipe de la toma de decisiones respecto a su salud. Este podría ser otro de los motivos para que las instituciones quizá se planteasen que el uso de intérpretes profesionales contribuiría a este cambio y a la mejora del sistema. Con este objetivo y para contribuir a la alfabetización en salud, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades publicó la guía '*Cultural Adaptation of Health Communication Materials: a Five-step Guide*' (2016)⁴⁷.

Además de los beneficios, también ha habido voces que han resaltado la necesidad de que los profesionales sanitarios y los intérpretes trabajen en equipo para evitar que la presencia de un intérprete obstaculice la expresión de las emociones o pueda crear distracciones (Edwards, Temple y Alexander 2005; Wallin y Ahlstrom 2006 o Bischoff y Hudelson 2010). Como medidas para trabajar en equipo, otros autores (Norris, Wenrich, Nielsen *et al.* 2005; Pham, Thornton, Engelberg *et al.* 2008; Thornton, Pham, Engelberg 2009 y Pérez Estevan 2018a) han recomendado que los intérpretes y los proveedores de servicios tengan unas pequeñas reuniones antes de interactuar con los pacientes para dejar claros los temas que se van a tratar o la terminología que se va a emplear, así como otras cuestiones que consideren relevantes. De este modo, una formación para conocer ambas profesiones es necesaria para eliminar cualquier barrera que obstaculice el correcto desarrollo de una consulta médica con intérprete:

In order to overcome the existing barriers and misconceptions in interpreted medical consultations, physicians and interpreters would benefit from interprofessional education where they learn about each other's normative frameworks (Theys, Krystallidou, Salaets *et al.* (2020: 41).

A modo de conclusión de este apartado, aunque cada vez más la preocupación de los profesionales sanitarios es la de personalizar o individualizar la medicina (Sánchez Martos 2014: 96-104), reiteramos que la comunicación y el uso de intérpretes profesionales todavía supone un desafío y necesita estudiarse con más profundidad.

Dado que esta investigación une dos áreas: la interpretación y el final de vida, consideramos necesario dedicar el siguiente bloque al estado de la cuestión de esta segunda área dentro de las ciencias de la salud.

⁴⁷ Enlace a la guía:

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/translation-is-not-enough.pdf>

2.2 Final de vida y duelo

Los cuidados al final de la vida y la atención al duelo empiezan cuando se ofrece un diagnóstico con pronóstico desfavorable, aunque es posible que el paciente y su entorno no sean conscientes. El Ministerio español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social describe estos cuidados como:

La atención brindada a personas que están cerca del final de la vida y que han suspendido el tratamiento curativo de su enfermedad (no así el tratamiento y control de los síntomas que presente). La atención al final de la vida incluye apoyo físico, emocional, social y espiritual para los pacientes y sus familias. El objetivo de la atención al final de la vida es controlar el dolor y otros síntomas para que el paciente pueda estar lo más cómodo posible. Los cuidados al final de la vida pueden incluir cuidados paliativos y cuidados de apoyo (2020a: 21).

Esta misma fuente⁴⁸ también define los cuidados paliativos como:

El conjunto coordinado de acciones en el ámbito sanitario dirigido al cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Cubren las necesidades del paciente con independencia de donde esté siendo cuidado, ya sea en el hospital o en su domicilio y tiene por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2020a: 21).

Dentro de los cuidados está la ayuda en el duelo que, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su guía temática publicada en su página web⁴⁹, lo definen como:

El proceso por el que pasa una persona que sufre una pérdida. La intensidad y las alteraciones que provoca en el doliente van a depender de varios factores. Estos son, entre otros, la relación emocional y de dependencia con el ser perdido, las circunstancias de la muerte, el tiempo de preparación de la pérdida, etc. También tienen mucha importancia los recursos de que dispone los sobrevivientes, tanto a nivel personal como familiar y social, así como las reacciones de respuesta en situaciones emocionales intensas previas en la experiencia del doliente (Lacasta Reverte y García Rodríguez, s.p.).

A continuación, presentamos un breve recorrido sobre el área de final de vida dividido en los cuidados paliativos y el duelo.

⁴⁸ Enlace al documento:

https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/18_06_MANEJOENDOMICILIODEPACIENTESREQUIERENSEDACION.pdf

⁴⁹ Enlace a la página web: <https://www.secpal.com/EL-DUELO-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS>

2.2.1 Cuidados paliativos

Los comienzos de los cuidados paliativos fueron en Londres en los años sesenta gracias a la unidad *St. Christopher's Hospice*, fundada por Cicely Saunders, trabajadora social con formación en enfermería y medicina, en 1967 (Saunders 1998) con los denominados cuidados tipo *Hospice* para fomentar y procurar el cuidado integral y apoyar y aliviar durante la fase terminal. Por ello, Reino Unido ha sido uno de los países pioneros en los cuidados paliativos, tras la creación de los centros *Hospice* que en 1996 ya contaban con 217 unidades (Eve y Smith 1996). Además, se han creado equipos de atención a domicilio llamados *Hospice Care Team* gracias a dos asociaciones: la Fundación *Macmillan* y la Fundación *Marie Curie*.

Sin embargo, no fue hasta mitad de los años ochenta cuando el movimiento *Hospice* pasó a formar parte del sistema sanitario público de Reino Unido (*National Health Service*, NHS) y fue en 1987 cuando se establecieron los cuidados paliativos como especialidad (Centeno 1997). El Royal College of Physicians definió en ese momento la medicina paliativa como «the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease, for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life» (Doyle 2005; Del Río y Palma 2007: 17).

En Estados Unidos, el primer *Hospice* se creó en 1974 en Branford llamado *Connecticut Hospice*. La inclusión de estos centros en el sistema público (Medicare) fue dificultosa por tener que pasar por distintas certificaciones. En Canadá, se prefirió el término cuidados paliativos y se introdujo en los setenta. El primer centro fue el Royal Victoria Hospital.

No fue hasta 1980 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵⁰ incorporó oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos. En su definición se hace hincapié en que se trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

A finales de los setenta fue cuando se desarrollaron estos cuidados en Europa gracias al impulso de los trabajos de Ventafridda y la creación en 1992 de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC, *European Association of Palliative Care*). Asimismo, gracias a políticas e iniciativas de distintos países poco a poco fueron creándose nuevos centros y unidades de cuidados paliativos en todo el mundo. A mediados de los ochenta fue cuando países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia desarrollaron los Cuidados Paliativos (Del Río y Palma 2007: 18). La primera Unidad de Cuidados Paliativos en España data del 1982 y se le reconoció oficialmente en 1987 en

⁵⁰ Enlace a la página web: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Santander promovida por Jaime Sanz (Sanz Ortiz y Barceló 1989). A mediados de los noventa fue cuando América Latina empezó a crear programas de cuidados paliativos (De Lima y Bruera 2000; Paz y Clark 2005).

Hoy en día, el término *Hospice* sigue utilizándose en Reino Unido y Estados Unidos para referirse al servicio específico asistencial a pacientes cuando ya están en fase terminal sin posibilidad de seguir ningún tratamiento. Sin embargo, los cuidados paliativos diríamos que pueden empezar cuando se ofrece un diagnóstico o al mismo tiempo que el tratamiento y no necesariamente cuando ya no es posible seguir ningún tratamiento.

Han sido muchas las organizaciones internacionales que se han preocupado por las relaciones clínico-asistenciales como Naciones Unidas, la UNESCO, la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, el Consejo de Europa... Sin embargo, fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 el documento que tuvo más trascendencia convirtiéndose en el punto de referencia para los textos posteriores.

En concreto, en el ámbito médico, la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa en 1994 propulsada por la oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud fue la más trascendental.

Para conocer la situación de los países más representativos, nos hemos basado en los estudios de Clark y Wright (2007); Bingley y Clark (2009); Wright (2010); Wright y Clark (2013); Aebischer Perone, Nikolic, Iazic *et al.* (2014); Centeno, Lynch, Garralda *et al.* (2015); Centeno, Garralda, Carrasco *et al.* (2017); Maetens, Beernaert, Deliens *et al.* (2017); Bogusz, Pekacka-Falkowska y Magowska (2018) y en el último Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa que es un estudio llevado a cabo por la Universidad de Navarra y que en la edición de 2019 revisa la situación de 51 países con la participación de 321 expertos internacionales (Arias, Garralda, Rhee *et al.* 2019).

Si tenemos en cuenta que la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) recomienda que haya dos servicios especializados en estos cuidados por cada 100.000 habitantes, los países con mayores cifras de servicios serían Alemania con 914 y Reino Unido con 860 (Arias, Garralda, Rhee *et al.* 2019: 45).

En 2014, en la reunión de la Asamblea Mundial de la Salud que se celebra cada año, se instó a los estados miembros a integrar los cuidados paliativos en los sistemas sanitarios públicos en todas sus formas tanto en hospitales, centros de atención primaria y a domicilio (Centeno, Lynch, Garralda *et al.* 2015: 2). Sin embargo, un estudio de Centeno, Garralda, Carrasco *et al.* (2017) pone de manifiesto el trabajo de las asociaciones de cuidados paliativos por integrar estos cuidados en los sistemas sanitarios en todas sus ramas y concluyen que las barreras que impiden que se integren de manera efectiva están asociadas a la falta de formación específica oficial para los profesionales, a la falta de coordinación y seguimiento del cuidado de los usuarios, a la falta de integrar estos cuidados en otras especialidades y no solo en oncología, a la ausencia de leyes específicas y a la desigualdad territorial según los países.

En Europa, solamente Albania, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Bélgica, Portugal, Alemania, Polonia, Luxemburgo e Italia cuentan con una ley específica sobre cuidados paliativos. Mientras que Austria, Rumanía, Finlandia, Dinamarca, Turquía, Noruega, Georgia, Grecia, Eslovaquia, Suecia, Países Bajos, Israel, Letonia, Israel, Hungría, Estonia, Croacia, Ucrania y España tienen algún decreto o ley que se refiere a los cuidados paliativos, aunque no sea de manera específica (Arias, Garralda, Rhee *et al.* 2019).

Sin embargo, casi todos los países cuentan con una asociación nacional como recogemos en la siguiente figura:



Figura 1. Año de creación de asociaciones de Cuidados Paliativos

En lo que respecta a la formación, en el Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa, los autores concluyen que son 22 de 51 los que sí incluyen algún tipo de formación, aunque solo Francia, Alemania, Austria y Polonia tienen programas de formación obligatoria en las facultades de medicina (Arias, Garralda, Rhee *et al.* 2019: 61). En otros países como Dinamarca, Noruega, Israel, Eslovenia, Letonia y España la formación es transversal en otras asignaturas.

En el plano de la investigación en cuidados paliativos, una de las primicias más importantes fue el libro *'The management of Terminal Malignant Disease'* (1993) que recopilaba la experiencia de los primeros años del St. Christopher's Hospice y reflexiones para posteriores mejoras. A día de hoy, se calcula que unos 10.000 artículos científicos se han publicado en torno a esta cuestión en la base de datos Scopus entre 2015 y 2018 y los países que destacan por su producción científica son Alemania, Francia, Italia, Países Bajos y España (Arias, Garralda, Rhee *et al.* 2019: 70).

En esta última década, destacan artículos sobre la situación de los cuidados paliativos en Europa (Centeno, Lynch, Garralda *et al.* 2015; Woita, Garralda, Martín Moreno *et al.* 2016; Robinson, Gott, Gardiner *et al.* 2016; Radbruch y Payne 2017; Maetens, Beernaer, Deliens *et al.* 2017 o Arias-Casais, Garralda, López Fidalgo *et al.* 2019). Los cuidados paliativos en pediatría (Caruso Brown, Howard, Baker *et al.* 2014; Knaul, Farmer, Krakauer *et al.* 2017 o Downing, Boucher, Daniels *et al.* 2018) y la formación (Carrasco, Lynch, Garralda *et al.* 2015; Centeno, Garralda, Carrasco *et al.* 2017; Walker, Gibbins, Paes *et al.* 2017 o Noguera, Bolognesi, Garralda *et al.* 2018) también han sido objeto de investigación así como la integración de estos cuidados en otras especialidades como cardiología (Griva, Stastny, Svancara *et al.* 2018 o Antonione, Sinagra, Moroni *et al.* 2019), atención primaria (Murray, Firth, Schneider *et al.* 2015), oncología (Beek, Siouta, Preston *et al.* 2016; Ferrell, Basic, Available *et al.* 2017; Ambroggi, Biasini, Toscani *et al.* 2018 o Cassel y Albrecht 2018).

En el siguiente epígrafe describimos el contexto legislativo español acerca de los cuidados paliativos.

2.2.1.1 Contexto legislativo en España

Los cuidados paliativos llegaron a España por iniciativa de profesionales que estaban sensibilizados con la situación de los pacientes con enfermedades irreversibles y las primeras comunidades en las que se implantó fueron Cantabria, Cataluña y Canarias en los años 80 y en la Comunidad de Madrid a principios de los 90 y se extendió en las demás comunidades a posteriori (Centeno Cortés 1994: 56). Fue en 1991 cuando se contempló la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales. En 1992, la Asociación Española Contra el Cáncer comienza a colaborar en las unidades de atención hospitalaria y a domicilio en el programa de cuidados paliativos al paciente oncológico terminal y en 2005 ya se contaba con 62 unidades domiciliarias (AECC 2014: 10).

La atención a los pacientes en fase terminal se reconoce en la Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Además, la ley 41/2002, de 14 de noviembre sobre la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica recoge en el Artículo 2, apartados 3 y 4 y en el Artículo 11 particularidades sobre el testamento o instrucciones previas. Debido a la crisis sanitaria provocada por la pandemia mundial, también se han elaborado guías y otros documentos con recomendaciones y directrices sobre cómo actuar durante la pandemia⁵¹ y sobre pacientes en final de vida por la enfermedad COVID-19 como el documento técnico sobre pacientes que requieren sedación paliativa por COVID-19⁵². En este documento consideran que los cuidados paliativos son esenciales para la dignidad, autonomía y los derechos de los pacientes. Además, cuenta con un apartado sobre la comunicación con el paciente y la familia en la que citamos su recomendación de informar (MSCBS 2020a: 8):

La unidad a tratar en Cuidados Paliativos es el paciente y la familia. Por lo tanto, salvo consentimiento expreso del paciente de lo contrario, se debe comunicar a la familia la situación clínica del enfermo y proponer objetivos terapéuticos coherentes y realistas con cada situación particular: informar del mal pronóstico a corto plazo, explicar posibles síntomas, evolución y posibilidades terapéuticas, qué es un síntoma refractario y qué implica la sedación paliativa como tratamiento al mismo, siempre que exista consentimiento informado. Es recomendable hacer un breve recuerdo de cómo han transcurrido las últimas semanas del paciente y plantear el domicilio, si la familia está de acuerdo, como el lugar más adecuado de cuidados.

En cambio, en la legislación española también se adopta la recomendación del Consejo de Europa (REC 2003/24)⁵³ sobre los cuidados paliativos y la protección de los pacientes en final de vida. En el apartado VII sobre la comunicación con el paciente y la familia se desprende información relevante ya que se mencionan las diferencias culturales (REC 2003/24: 14):

1. Los cuidados paliativos requieren un clima, una actitud y una relación cuidador-paciente que promocióne la franqueza en la información a los pacientes y familias.
2. Los profesionales deben tener en cuenta la extensión con que los pacientes desean ser informados sobre su situación; en este sentido debe prestarse atención a las **diferencias culturales**.

⁵¹ Enlace a la página web:

<https://www.msrebs.gov.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>

⁵² Enlace al documento:

https://www.msrebs.gov.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/18_06MANEJOENDOMICILIODEPACIENTESREQUIERENSEDACION.pdf

⁵³ Enlace al documento:

https://www.msrebs.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est6.pdf.pdf

3. Los profesionales deben adaptar el modo en que informan a los pacientes a las barreras emocionales o cognitivas que se asocian a menudo con padecer una enfermedad avanzada y progresiva.
4. Cuando haya niños implicados, tanto por su propia enfermedad como por la enfermedad de un progenitor, la comunicación se debe adaptar a sus necesidades.

Así pues, también es destacable el apartado 154 dedicado a la comunicación donde se la cataloga como esencial y base del intercambio de información y apoyo (REC 2003/24: 41-42):

Las técnicas de comunicación son parte esencial de todas las áreas de los cuidados de salud, no siendo específicas de los cuidados paliativos. Las reclamaciones por asistencia de baja calidad se deben más a menudo a una deficiente comunicación que a cuidados inadecuados. La comunicación implica mucho más que dar información. Es un proceso que involucra a muchas personas, en el que los objetivos incluyen intercambio de información, comprensión y apoyo mutuo, resolución de problemas difíciles y a menudo dolorosos, y el tratamiento de los trastornos afectivos a ellos. Necesita tiempo, compromiso y un genuino interés de escucha y comprensión del otro. Consiste en parte en dar respuestas, pero en gran medida es acompañar a la persona cuando no existen respuestas, intentando tener empatía con su sufrimiento. No es un «extra», «opcional», sino un componente inherente y necesario de los cuidados de salud.

Las comunidades autónomas han desarrollado planes estratégicos de atención en cuidados paliativos para adoptar el Plan nacional de Cuidados Paliativos aprobado el 18 de diciembre del año 2000⁵⁴ y publicado en 2001 basado en la recomendación 1418 del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos de 1999⁵⁵ y la mayoría de ellas también tienen una ley específica sobre la dignidad de la persona en el proceso de la muerte como citamos a continuación:

La Comunidad Autónoma de Andalucía: Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACPA) desde 2008 y la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

La Comunidad Autónoma del Principado de Asturias: Estrategia de cuidados paliativos para Asturias desde abril de 2009 y la Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

La Comunidad Autónoma de Aragón: Programa de cuidados paliativos de Aragón desde 2009 y la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

⁵⁴ Enlace a la fuente:

https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est7.pdf.pdf

⁵⁵ Enlace a la fuente: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=7990&lang=EN>

La Comunidad de Madrid: Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid desde 2005 y la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir.

La Comunidad Autónoma de Canarias: Estrategia canaria de cuidados paliativos desde 2007 y la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

La Comunidad Valenciana: Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell para el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana y el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud y la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

La Comunidad Autónoma de Galicia: Plan Galego de Cuidados Paliativos del Servicio Galego de Saude desde 2006 y la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

La Comunidad Autónoma del País Vasco: Plan de Cuidados Paliativos desde 2006 y la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.

La Comunidad Foral de Navarra: Programa de Cuidados Paliativos desde 2004 y la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

La Comunidad de las Islas Baleares: Estrategia de cuidados paliativos desde 2009 y la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León: Estrategia regional de Cuidados Paliativos de Castilla y León desde 2008 y la Ley 8/2003 de 8 de abril sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

La Comunidad de Murcia: Plan Integral de Cuidados Paliativos desde 2007 y la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

La Comunidad Autónoma de Cantabria: Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Es dentro de esta ley en el Capítulo 1, título III, artículo 35 donde se tratan los derechos del enfermo en fase terminal. No obstante, desde 2006 cuentan con un Programa Integral de Atención Paliativa⁵⁶.

⁵⁶ Enlace al documento: http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/cp_cantabria-atencionpaliativa.pdf

La Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha: Plan Autonómico de Cuidados Paliativos (PACPCLM) desde 2008.

La Comunidad Autónoma de Cataluña: Estrategia de cuidados paliativos dentro del Plan de salud de Cataluña desde 2005.

La Comunidad Autónoma de Extremadura: Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEx) desde 2007.

La Comunidad Autónoma de La Rioja: Plan de Cuidados Paliativos desde 2007.

Estas legislaciones mencionadas se resumen en la siguiente imagen:



Imagen 2. Mapa recopilatorio del contexto legislativo

Estas estrategias tratan de integrar el conjunto de actuaciones que se tienen que llevar a cabo para que la atención sea integral y se puedan atender las necesidades tanto a nivel físico como emocional, social y espiritual de los pacientes terminales y su entorno, así como para preservar la dignidad y el respeto.

Estas leyes tienen como fin el asegurar la autonomía de la persona y el respeto de sus voluntades, así como el asegurar el ejercicio de dichos derechos y la protección de la dignidad en el proceso final de su vida según los límites expuestos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Además, también tienen como objetivo el regular los deberes del personal sanitario que atiende estos pacientes y las garantías que las instituciones sanitarias tienen que proporcionar.

Aunque la legislación parece ser esperanzadora, la realidad es que existen desigualdades entre la teoría y la práctica y el alcance de los cuidados paliativos ya que, en el Atlas de Cuidados Paliativos en Europa de 2019, «228.000 personas mueren cada año en España con necesidad de cuidados paliativos» (Bátiz Cantera 2021: 18). Es en este punto donde la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y la AECPAL (Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos) tratan de luchar y mejorar la situación de falta de recursos específicos. Como ejemplo de ello, encontramos su comunicado⁵⁷ en el que se ofrecen para trabajar conjuntamente por la calidad de unos cuidados paliativos de calidad tras la polémica por la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia⁵⁸ presentada por el Grupo Parlamentario Socialista en febrero de 2020 y aprobada por el Parlamento Español en marzo de 2021 (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia). Esta ley ha traído consigo discrepancias desde la opinión de los expertos en cuidados paliativos por considerar que las prioridades políticas se han basado en la propuesta de adelantar la muerte a la persona que sufre para que termine su sufrimiento en lugar de garantizar que todas las personas que lo necesiten tengan acceso a los cuidados paliativos, que los profesionales estén debidamente entrenados y que se puedan garantizar todos los recursos necesarios y que sean de calidad según Bátiz Cantera (2021: 19), jefe del área de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurce, quien también añade que:

De esa manera, a quienes están sufriendo en el proceso de morir, el Estado les forece adentar su muerte. Lo que ocurre, en realidad, es que el Estado que ha legislado para unos pocos que quieren ejercer su libertad para elegir cuándo morir, se ha olvidado de legislar para una mayoría a la que le preocupa cómo morir sin sufrir. Esa mayoría desea ser cuidada, no eliminada (Bátiz Cantera 2021: 19-20)⁵⁹.

Como dato informativo, el último Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa⁶⁰ de 2019 coloca a España en la posición 31 de 51 países analizados contando con 260 recursos específicos cuando otros países como Alemania, Reino Unido, Francia, Polonia o Italia disponen de más del doble (Arias, Garralda, Rhee *et al.* 2019).

⁵⁷ Enlace a la noticia: <http://infocuidadospaliativos.com/comunicado-de-secpal-y-aecpal-sobre-la-proposicion-de-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia/>

⁵⁸ Enlace al documento: http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF

⁵⁹ No obstante, puesto que esta legislación excede de nuestros límites de conocimiento, se puede ampliar esta información y consultar el debate con mayor profundidad en la obra ‘Cuestiones sobre la Eutanasia: principios para cuidar la vida de quien sufre’ de Jacinto Bátiz (2021).

⁶⁰ Enlace al documento: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>

Así pues, las nuevas estrategias de cuidados paliativos de las comunidades autónomas (2019-2023) se proponen que estas unidades tengan una mejor calidad y los cuidados paliativos sean más accesibles, equitativos y eficaces a través de una mayor adecuación, planificación, coordinación y gestión de los recursos. Estos temas también se ponen de manifiesto en distintos congresos como las XIV Jornadas Internacionales SECPAL en octubre de 2021 sobre las necesidades, prioridades y desafíos de los cuidados paliativos y conferencias como la organizada el 21 de octubre de 2021 por la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) titulada ‘Acceso universal a los cuidados paliativos: cuándo, cómo y por qué’. También destaca una guía de la OMS⁶¹ publicada en octubre de 2021 con recursos para implementar unos cuidados de calidad y donde se recalca que la comunicación debe ser transparente y que se puede llegar a ella a través de la compasión: «compassion can lead to quality services through patient and staff satisfaction, shared learning, mutual respect, accountability, transparent communication and effective patient care» (OMS 2021: 14).

Como se ha mencionado al principio de este epígrafe, en esta investigación también incluimos el duelo al final de la vida; aspecto novedoso ya que lo enfocamos desde la interpretación para analizar los posibles beneficios de contar con un intérprete en terapias de ayuda en duelo. Para ello, a continuación, presentamos una introducción al duelo y a los conceptos clave aplicados a este contexto y qué recorrido teórico e investigador ha recibido.

2.2.2 Duelo

2.2.2.1 Introducción

Si atendemos a la parte etimológica, duelo proviene del latín *dolus* (dolor). Proceso doloroso que atraviesan las personas que se enfrentan a la muerte de un ser querido es el nexo común de muchas definiciones aportadas (Freud 1917; Bowlby 1986). Si bien es cierto que para otros autores el duelo no solo ocurre cuando fallece una persona, sino que puede desencadenarse ante cualquier otro tipo de pérdida. Un volumen que recopila distintas visiones es ‘Comprensión del duelo en el siglo XXI: nuevas perspectivas’ (Brea Franco 2018) en el que se trata el duelo desde contextos como la adopción o las familias de pacientes con enfermedades como la demencia o desde pérdidas como la pérdida del trabajo, de una mascota o del lugar de origen (migraciones) aunque en este estudio nos centramos en el duelo por la pérdida de una persona.

⁶¹ Enlace al documento: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164>

Pero el término duelo también procede del latín *dolum* (combate) referido al esfuerzo necesario para elaborar el duelo y de aquí se deriva la expresión ‘trabajar el duelo’ (*vid.* Brea Franco 2018: 17). Pero si nos preguntamos cuándo empieza el duelo, tenemos que remontarnos a la noción de *self* (el yo, el uno mismo) que se verá dañada cuando una persona es aislada emocional o físicamente de sus seres queridos con los que se ha relacionado. Por tanto, «sin la relación con los otros no hay capacidad de dar significado a la experiencia interna, no hay posibilidad de identificar nuestras necesidades básicas como humanos, ni de general la acción necesaria para buscar satisfacción a dichas necesidades» (Payás Puigarnau 2010: 30). Para regular el mundo interno y el externo necesitamos las emociones básicas: miedo, enfado, tristeza, amor y alegría, pero cuando una persona ha perdido a un ser querido no es capaz de regular las emociones ni las reacciones por lo que empieza a vivir un duelo.

Para nuestra investigación optaremos por la definición de duelo de Worden (1997 [2004, 2010]) entendida como experiencia, proceso y pérdida⁶² ante el fallecimiento de un ser querido y de las pérdidas que su fallecimiento implica. Con la primera aceptación se entendería como «la experiencia de la persona que ha perdido a un ser querido» debido a un fallecimiento o dicho de otro modo «al proceso por el que pasa una persona al adaptarse a la pérdida de un ser querido» o «a la pérdida a la que la persona trata de adaptarse» (Worden 2010: 26-27) junto con la visión de Payás Puigarnau (2010: 207) quien considera que hay que trabajar «los aspectos diferentes que conlleva la adaptación a la ruptura de un vínculo afectivo» a través de la psicoterapia integrativa-relacional que nos servirá como marco teórico.

2.2.2.2 Corrientes y modelos

En los años ochenta, el duelo era sinónimo de estado anormal (tristeza, melancolía o depresión) y pasajero, y su comprensión venía del psicoanálisis cuyo máximo exponente era Freud (1917). Para terminar este duelo lo necesario era desvincularse de la persona fallecida. Esta concepción fue cambiando poco a poco debido a científicos como Parkes (1975) quien propone un modelo fásico, Bowlby (1986) que estudia las etapas que atraviesa una persona en duelo tras la ruptura del vínculo, o Horowitz (1986) que indaga las respuestas a hechos traumáticos.

A continuación, presentamos las distintas corrientes y teorías que ha habido sobre el duelo a lo largo de la historia.

⁶² Esta significación en inglés parece estar más clara dado que existen dos términos diferentes para lo que en español traducimos por duelo: el término *mourning* se refiere al proceso tras la pérdida y *grief* a la experiencia personal ante la pérdida (*vid.* Worden 2010: 45). También disponen del término *bereavement* para cuando la pérdida es un ser querido.

Desde el psicoanálisis, se considera que el duelo significa una reestructuración interna porque con la pérdida de un ser querido se ha perdido una parte del propio ser debido a la ruptura del vínculo que se tenía con la persona fallecida. Bowlby (1979-1988) es el precursor de la teoría de la vinculación, basada en que los seres humanos creamos vínculos a lo largo de la vida y cuando alguno de ellos se rompe, da lugar a reacciones intensas y emociones fuertes. Así pues, para el autor, los vínculos configurados durante la infancia pueden condicionar las reacciones de duelos posteriores. De este modo, los vínculos y desarrollos elaborados en la infancia son un factor definitorio de las relaciones en la época adulta (Bowlby 1995). Por tanto, tener un modelo interno seguro es la clave para funcionar con autoestima, confianza y mantener los vínculos, así como para protegerse cuando ocurren situaciones traumáticas. Payás Puigarnau (2010: 34) recoge las fases que propone este autor para separarse del vínculo: aturdimiento; añoranza, búsqueda y enfado; desorganización y desesperanza y reorganización.

Otros autores también han utilizado esta teoría para sus investigaciones como McFarlane (1988) quien señala la necesidad de que los vínculos afectivos sean de calidad para que no se deterioren a largo plazo. Ainsworth *et al.* (1978) aportó su clasificación de los modelos de vinculación entre los niños y sus progenitores: *vinculación segura* cuando el hijo tiene a sus dos progenitores que le apoyan y le hacen tener buena autoestima y sentirse válido; *vinculación insegura* cuando uno o los dos progenitores no están casi presentes ni en el plano emocional ni el físico lo que crean problemas de adaptación en el hijo; *vinculación insegura-ansiosa* cuando el hijo no dispone de unas respuestas seguras por parte de los progenitores; *vinculación insegura-evitativa* cuando el hijo intenta el acercamiento físico pero termina en dolor emocional o *vinculación insegura-desorganizada* cuando los padres suelen haber pasado algún trauma y el comportamiento de los hijos es desorganizado (*cfr.* Payás Puigarnau 2010: 36).

Otro de los modelos focalizados en el duelo a través del afrontamiento y la vinculación fue el modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo de Stroebe y Schut (1999). Este modelo consiste en un proceso de afrontamiento del duelo en dos direcciones: mecanismos orientados hacia la pérdida, que centran la atención en afrontar la pérdida a través de estrategias como la expresión de emociones o el recuerdo, y los mecanismos orientados hacia la restauración, que incluyen las estrategias para manejar los cambios y el estrés asociado a ellos como el hecho de asumir un nuevo rol.

Otra corriente es la de la reconstrucción de significados propuesta por Janoff-Bulman (1992). Esta autora considera que hay creencias esenciales que permiten que las personas tengan expectativas que les hagan sentir que tienen el control de su vida y les proporcionan bienestar. Cuando estas personas se enfrentan a hechos traumáticos, estas creencias se desmontan y hay que reestructurar dichos significados o crear unos nuevos sistemas de valores o creencias. Neimeyer (2000; 2001) considera que el proceso de reestructuración es un factor clave en el duelo. No obstante, el autor también manifiesta la necesidad de establecer límites de afectación por elementos personales, familiares y culturales.

Sin embargo, este modelo a día de hoy no se sustenta porque existen estudios que indican que no todas las personas experimentan un cambio en sus creencias o no necesitan una reestructuración de su sistema de valores (Wortman y Silver 2001; Bonanno *et al.* 2002 o Payás Puigarnau 2010). Sin embargo, a partir de aquí sí derivaron otras teorías a partir de la noción de trauma. Por ejemplo, Horowitz (1986, 1993) relacionó en su trabajo *Stress Response Syndromes* cómo los hechos traumáticos pueden conllevar síntomas de estrés y conmoción que hacen que se generen respuestas intrusivas referidas a que la persona reexperimenta pensamientos sobre el evento ocurrido y evitativas relacionadas con la negación de lo sucedido. A partir de ahí, los autores Horowitz, Znoj y Stinson (1996) clasifican distintos mecanismos de defensa que la persona en duelo puede desarrollar como mecanismos de inhibición del contenido para restarle importancia a lo ocurrido; mecanismos de inhibición del tópico para distorsionar lo ocurrido o la alteración de los esquemas personales sobre la posibilidad de que ocurran otros hechos traumáticos para que el impacto emocional no sea tan grande (Payás Puigarnau 2010: 46-47). Sobre las similitudes entre el síndrome de estrés postraumático y el proceso de duelo también destacan los estudios de autores como Weiss (1993) o Raphael y Martinek (1997).

Relacionado con el impacto emocional y las circunstancias de la muerte también hay autores que han analizado el duelo desde la perspectiva del afrontamiento (Krystal 1978a, 1978b; Ademas 1991; Lazarus 1991 o Van der Kolk 1996). Un autor relevante es Lazarus (1991) quien indica que los factores personales y la situación condicionan el afrontamiento. De ahí que considere que es incuestionable que va a ser más difícil afrontar una situación traumática como es la muerte de un familiar si no ha habido anticipación. Por ello, el impacto y la percepción de mayor o menor amenaza son indicadores de la capacidad de afrontamiento.

Van der Kolk (1996), analizó el afrontamiento desde el factor interpersonal y el acompañamiento y su repercusión en las reacciones emocionales. Para ello, investigó sobre el impacto del trauma en la memoria y llegó a la conclusión de que cuanto menor sea el contacto (entendido como acompañamiento), más complicado será el afrontamiento. De ahí que se haya catalogado como teoría del ajuste traumático a que la valoración del hecho sea más traumática o menos según el apoyo que se tenga. Otros autores (Balint 1969; Lourie 1996; Erskine, Moursund y Tratumann 1999) han mencionado como impacto negativo el 'trauma acumulativo' cuando, además de la pérdida sufrida, se pierde o no se dispone de una red de apoyos. Este concepto también ha sido aplicado por Payás Puigarnau (2010: 58) al terreno del duelo: «el trauma acumulativo como concepto en el duelo puede definirse como el resultado del fracaso en el papel del entorno social y familiar como escudo protector en el curso del desarrollo del duelo». Por otro lado, conviene destacar también los estudios de Calhoun y Tedeschi (1999, 2004) y Tedeschi y Calhoun (2004) sobre el análisis de cambios positivos tras un trauma que han denominado «crecimiento postraumático». Es decir, la persona tras el proceso de afrontamiento consigue llegar a una situación mejor que la que vivía con anterioridad a la pérdida.

Son ejemplos de estos cambios positivos una mayor gratitud, mejora en las relaciones sociales, mayor esperanza, mayor fuerza personal o distintas prioridades. Park (1998) añadió dos perspectivas a este crecimiento postraumático: resultado (cuando la persona a través del afrontamiento y distintas estrategias consigue este estado de bienestar) o proceso (cuando el crecimiento aparece durante el trascurso del afrontamiento). En cambio, Znoj (2006) considera el crecimiento postraumático como un proceso para llegar a un resultado por lo que no cree en la diferenciación.

Estas perspectivas tienen como denominador común el que el duelo es un proceso de reconstrucción que conlleva un trabajo tras la pérdida. Otros dos autores muy influyentes por desarrollar modelos en profundidad sobre el duelo fueron la pionera Kübler-Ross (1969) y Worden (1991, 1996, 2010). Los dos modelos que propusieron se componen de fases o etapas lineales que el doliente debe ir completando para adaptarse a la pérdida y superar el duelo que significa la pérdida del vínculo total.

Estos dos modelos se explican con detalle en el apartado 3.2.2.2.1 por ser los antecedentes a la teoría de la psicoterapia que ocupa una parte del marco teórico de esta investigación.

Otra corriente en la investigación en duelo ha sido el análisis de los elementos que pueden complicar un duelo y diferenciarlo de un duelo normal. En 1944, Lindemann fue uno de los primeros en estudiar las reacciones normales del duelo entendidas como «un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida» (Worden 2010: 27). Lindemann (1944) acuñó el término ‘duelo anticipado’ para referirse al duelo que se produce antes de la pérdida real, por ejemplo, cuando se da una mala noticia y el doliente manifiesta sentimientos y reacciones propias de un duelo normal pero antes de fallecer la persona. La controversia con este tipo de duelo es si ayuda al duelo posterior al fallecimiento. Por ejemplo, Parkes (1975) realizó un estudio comparativo en el que parecía evidente que las personas estaban mejor cuando sabían que el ser querido iba a morir que cuando no se había anticipado dicha noticia. Sin embargo, Hogan, Morse y Tason (1996) apuntaron que no era una señal indicadora de mejoría posterior a la pérdida. Para Rando (2000) es importante que el terapeuta que asistirá al doliente conozca si la persona ha sufrido un duelo anticipado o no para orientar su abordaje.

El trabajo de Lindemann (1944) fue el preludeo a investigaciones posteriores sobre duelos normales y complicados como Parkes (1975); Caplan (1974); Glick, Weiss y Parkes (1974); Casanueva y Rallo (1985); Cohen y Syme (1985); Filgueira (1995); Lafuente (1996); Macías, Vargas y Rodríguez (1996); Allué (1998); Neimeyer, Prigerson y Davier (2002) o Fernández y Rodríguez (2002), entre otros. De estas investigaciones, Worden (2010) recopila un abanico de posibles reacciones y sentimientos que entrarían dentro del duelo normal como la tristeza, el enfado, tendencia a sentirse desamparado, culpa, autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, insensibilidad; sensaciones físicas como opresión en garganta y pecho, debilidad muscular o falta de energía; sensaciones cognitivas como incredulidad, confusión, preocupación y distintos trastornos como el trastorno del sueño, trastornos alimentarios o distanciamiento social (*vid.* Worden 2010: 28-39).

El fin de recopilar estas características no es otro sino el de ofrecer un marco en el que moverse cuando se trabaja con personas en duelo para reconocer aquellas reacciones que se consideran normales, entendiendo que no todas deben darse en una persona. En cambio, si la persona en duelo experimenta algunas de estas reacciones y sentimientos de manera persistente y continuada, son un indicador de duelo complicado (Demi y Miles 1987; Worden 2004). Por ello, el duelo complicado aparece cuando las manifestaciones de un duelo normal perduran más de lo debido en el tiempo (Parkes 1975; Raphael 1983; Stroebe, Hansson, Schut *et al.* 2008) y de ahí que se haya clasificado el duelo complicado en distintos tipos.

Una de estas clasificaciones distingue dentro del duelo complicado, el duelo inhibido, pospuesto, ausente o retrasado (Kastenbaum 1969; Geller 1985), donde la persona empieza su respuesta al duelo más tarde y no de forma inmediata; por ejemplo, cuando una persona no puede llorar tras la pérdida. Otro tipo de duelo complicado es el enmascarado que se diferencia del exagerado en que la persona no es consciente de que los síntomas que padece son derivados de la pérdida sufrida (Zisook y DeVaul 1977; Randall 1993). El duelo exagerado ocurre cuando la persona intensifica el duelo que se consideraría normal y muestra un comportamiento desadaptativo siendo consciente de que los síntomas están totalmente relacionados con la pérdida (Jacobs, Hansen, Kasi *et al.* 1990; Zerbe 1994; Worden 2010: 121).

Doka (2002; 2008), referente mundial en el abordaje del duelo, describió el proceso de duelo que no puede ser reconocido ni expresado públicamente como 'duelo desautorizado' y acuñó este término en 1989. Además, estableció distintas categorías dentro de los duelos desautorizados según la pérdida sufrida. En primer lugar, estaría el duelo desautorizado por relación no reconocida cuando no se consideran que los vínculos con esa persona eran lo suficientemente significativos; por ejemplo, la pérdida de una ex pareja o para un profesional sanitario, la muerte de un paciente. En segundo lugar, cuando la pérdida no se reconoce como social, por ejemplo, la pérdida de un animal. En tercer lugar, entraría la situación en la que el doliente no es reconocido como tal (un niño o una persona con discapacidad mental). Por último, estarían las circunstancias particulares que rodean la muerte y es la sociedad la que actúa como factor limitante del apoyo como, por ejemplo, en el caso del suicidio.

Worden (2010: 110-116) va más allá y no solamente trata los tipos de duelo, sino los factores que pueden complicar el duelo independientemente del tipo de pérdida, como pueden ser los factores relacionales, circunstanciales, históricos, personales y sociales que influyen de manera negativa debido a relaciones y vínculos de dependencia, pérdidas múltiples, falta de red de apoyos o negación social de la pérdida.

Como se puede observar a través de este breve recorrido, las corrientes y modelos responden a un proceso de duelo descrito como lineal, donde el doliente atraviesa distintas fases. El cambio empieza a verse a principios del siglo XXI cuando surgen estudios que rechazan estos modelos lineales, advirtiendo que suponen un único camino para elaborar el duelo que podría suponer falsas expectativas para el doliente (Wortman y Silver 2001) y complicaciones en la elaboración ya que cada persona tiene unas particularidades y vivencias que no tienen por qué responder a un proceso lineal. No obstante, estos modelos ofrecen «la posibilidad de proponer una progresión, aunque sea a nivel conceptual, de un marco para la observación, el diagnóstico y el pronóstico que hace que el modelo en fases sea un intento de categorización muy popular entre clínicos» (Payás Puigarnau 2010: 62). Incluso el modelo de Stroebe y Schunt (1999; 2005) es problemático porque, a veces, presenta mecanismos de evitación como sinónimos de restauración, es decir, una persona puede cambiar de trabajo como mecanismo de evitación, pero este cambio no significa necesariamente una restauración del dolor producido por la pérdida (Payás Puigarnau 2010: 67).

Los modelos estáticos y lineales con fases específicas han recibido críticas por considerar el duelo como un proceso único que no presta atención a las diferencias individuales y, por ello, desde principios del siglo XXI se empezó a considerar el duelo como un proceso donde se aprende a vivir sin un ser querido y a ajustarse y adaptarse a una nueva realidad tras la pérdida (Znoj 2006; Davis 2008), manteniendo una vinculación orientada hacia un crecimiento personal (Hogan y Schmidt 2002; Bonanno 2004), dejando atrás etapas preestablecidas (Brea Franco 2018: 21).

Esta concepción del duelo como una reestructuración, transformación y creación de nuevos significados, valores y creencias son la base para el diseño de estrategias de intervención desde una perspectiva cognitiva, humanística e integradora que propone el modelo de Payás Puigarnau (2010) para la elaboración del duelo. Para esta autora, la concepción del duelo como esfuerzo natural y humano de restauración de la vinculación en lo que se basaron teorías sobre el trauma y el proceso neurológico no tienen cabida porque los seres queridos fallecidos no van a volver. En cambio, el proceso neurológico que procesa la información para llegar a una asimilación de la pérdida y reorganización y reestructuración internas desde una perspectiva integrada sí pueden dar lugar al proceso del duelo sano y así lo expresa:

Esta visión del duelo como proceso de transformación personal de la identidad tiene implicaciones importantes para el diseño de estrategias de intervención. Los cambios en forma de nuevos esquemas, creencias, valores o conclusiones sobre uno mismo, sobre la vida y sobre las relaciones deben emerger de forma natural como consecuencia del proceso de asignación de significación emocional cognitiva y no como un esfuerzo mental de distorsión para reducir la sintomatología. Es decir, no pueden realizarse mediante un proceso exclusivamente cognitivo (Payás Puigarnau 2010: 96).

Por tanto, la psicoterapia de duelo desde una visión humanista adaptativa e integradora del proceso emocional-cognitivo donde la persona pasa por un proceso de reconstrucción, transformación y crecimiento es la base del modelo de tareas elaborado por Payás Puigarnau y que adoptamos como marco teórico en esta investigación en la parte del final de vida y duelo.

En cuanto a la legislación en materia de duelo solo encontramos en la Recomendación del Consejo de Europa (REC 2003/24: 15)⁶³ sobre los cuidados paliativos y la protección de los pacientes en final de vida, en el apartado IX una mención a que se debe ofrecer apoyo en duelo pero no se especifica cómo:

1. Deben ofrecerse servicios de cuidado al duelo a todos aquellos que necesiten ayuda.
2. Todos los trabajadores profesionales en cuidados paliativos deben estar atentos a los signos de duelo complicado o patológico.

A pesar de que la legislación sobre los cuidados paliativos y el duelo no explicita el uso de intérpretes, dentro de la comunidad académica han sido numerosos los autores que se han centrado en la comunicación en final de vida, según detallaremos a lo largo del siguiente epígrafe.

2.3 Interpretación en final de vida y duelo

Una vez hecho el repaso de las principales líneas en interpretación y una vez presentado el campo bastante inédito para los estudios de TEI de los cuidados al final de vida, llegamos al punto de unión de ambas áreas. En este apartado recopilamos la investigación disponible hasta el momento. Sin embargo, los estudios de los que disponemos se han centrado o bien en la interpretación en ámbito hospitalario en pacientes en cuidados paliativos o bien en la psicoterapia, sobre todo, con refugiados debido a la llegada a Europa entre el año 2000 y el 2020 de aproximadamente 1,6 millones de inmigrantes por año, según la Oficina Europea de Estadística⁶⁴. Aunque los participantes en la presente tesis doctoral no sean refugiados, sino residentes extranjeros que han abandonado su país de origen, mencionamos los estudios con refugiados en este apartado porque son los únicos de los que disponemos y porque sus resultados son relevantes para poder extrapolarlos al colectivo objeto de estudio de la presente investigación.

El siguiente epígrafe está dividido en dos partes y recopila las investigaciones más significativas en: a) interpretación en final de vida en el ámbito hospitalario y, b) la interpretación en las terapias de duelo.

⁶³ Enlace al documento:

https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est6.pdf.pdf

⁶⁴ Enlace a la fuente: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics

2.3.1 Interpretación en final de vida en ámbito hospitalario

Si informar al paciente es de por sí un acto comunicativo importante, cuando a un paciente se le diagnostica una enfermedad irreversible y está en fase de final de vida, la comunicación médica centrada en el paciente es de suma importancia. Esta comunicación se orienta también hacia una relación de ayuda a la persona enferma o con problemas cuyo objetivo es (Gabilondo 1999: 45):

Ayudar a constatar y ver que existen diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, de ver una misma realidad y diferentes caminos para llegar a un mismo lugar, y no un solo camino, no una única manera de ver o abordar una situación o acontecimiento ya sea positivo o negativo.

La misma autora (*ibid.* 46) hace referencia a «saber escuchar (respeto de los silencios, capacidad de empatía, flexibilidad en el trato y la aceptación)» como elementos esenciales de la relación de ayuda. En esta línea, Irastorza Justel (1999: 65) resalta la importancia del apoyo psicoemocional consistente en «acompañar al enfermo y a su familia en el proceso físico, psicoemocional, social y espiritual de la enfermedad. Acompañar quiere decir: escuchar activamente, empatizar, informar, enseñar, apoyar, cuidar... a todas las personas que intervienen en el proceso de la enfermedad». A su vez, Sánchez Manzanera (2011: 125) define al paciente terminal como:

Aquella persona que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, con la aparición de múltiples complicaciones o problemas concomitantes con la causa etiológica principal y un pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Asimismo, es importante recordar que la mayoría de pacientes que están en fase paliativa tienen miedo e incertidumbre (Irastorza Justel 1999). Por ejemplo, Gabilondo (1999: 40) distingue entre «miedo a la muerte, miedo a la comunicación con el enfermo y la familia y miedo y desconocimiento de las etapas de adaptación al proceso de morir y las reacciones del paciente y familia». Un estudio (Thornton, Pham, Engelberg *et al.* 2009) concluyó que la comunicación con pacientes en final de vida con un nivel de inglés limitado era menos efectiva por el componente emocional y la complejidad en el traspaso de la información con las familias de estos pacientes. Por ello, cuando aparecen barreras comunicativas en situaciones de últimos días puede contribuir al empeoramiento del estado del paciente y de su entorno ya que el objetivo de paliar el dolor no podrá llevarse a cabo con facilidad y conllevará también un gran sufrimiento psicológico para el paciente y sus familiares (Atasoy, Sarikaya, Kuscu *et al.* 2012) así como frustración para el proveedor de servicios, lo cual afectará a la confianza y a la relación con el paciente y su familia (Hordyk, Macdonald y Brassard 2017). De ahí que Silva, Genoff, Zabala *et al.* (2016: 570) consideren que el que la comunicación sea efectiva es esencial «effective communication, including delivering appropriate information and understanding the patient and his/her family, is critical to providing adequate palliative care and pain management».

Observamos que en esta cita también se nombra a la familia, al igual que lo hace Hordyk, Macdonald y Brassard (2017: s.p.) quienes también añaden la necesidad y beneficios de contar con un intérprete no solo para el paciente sino también para la familia y el personal sanitario:

The provision of interpreter training ensures that communication errors are decreased, that health services are more accessible for patients and families, and that patient and family understanding of diagnosis, prognosis and symptom-management are greater; doing so also ensures health providers are more satisfied with their work.

También disponemos de estudios sobre los beneficios de contar con intérpretes en cuidados intensivos como el de Azoulay, Chevret, Leleu *et al.* (2000) o el de Schneiderman, Gilmenr, Teetzel *et al.* (2003) quienes concluyeron que los familiares de los pacientes ingresados en cuidados intensivos, dada la tensión de la situación y aún compartiendo la misma lengua que el proveedor de servicios, pueden no entender o malentender toda la información sobre el diagnóstico, tratamiento o pronóstico por lo que cuando no se comparte la lengua, el intérprete es más necesario aun. Además, el disponer de intérprete puede contribuir a la reducción de la ansiedad y estrés postraumático de los familiares según los hallazgos de Lautrette, Darmon, Megarbane *et al.* (2007).

A pesar de nombrarse la necesidad de una buena comunicación y los posibles beneficios de un intérprete, no contamos con casi estudios comparativos sobre el uso de intérpretes frente al no uso de ellos en final de vida. Pero, por ejemplo, un estudio publicado en 2009 en Estados Unidos por Thronton, Pam, Jackson y Curtis en el que analizaron 70 familiares a través de 10 consultas con intérpretes y 214 familiares a través de 51 consultas no interpretadas concluyeron que las familias con un inglés limitado corrían un alto riesgo de recibir menos información sobre los pacientes en final de vida así como menos apoyo emocional por las dificultades comunicativas que afectan a que los profesionales sanitarios no puedan obtener suficiente información sobre las preocupaciones del paciente ni puedan ofrecer el apoyo necesario a los familiares: «we also found that clinicians were less likely to demonstrate aspects of communication that convey support and concern such as valuing families' comments, listening actively, and easing the families' burden» (*ibid.*, 93). Además, esto puede afectar a la toma de decisiones fundada, según estos mismos autores (*ibid.*, 95):

Patients with limited English proficiency may be at risk of receiving less information regarding choices or decisions that may need to be made which may limit their ability to be involved in effective shared decision-making. We also showed that these family members are less likely to receive some components of emotional support during the family conferences which could put them at increased risk for psychological morbidity including symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder.

La situación también se puede complicar cuando los intérpretes son *ad-hoc*. En un estudio de Silva, Genoff, Zaballa *et al.* (2016: 577) sobre la interpretación en final de vida en Estados Unidos descubrieron que muchos intérpretes en situaciones de final de vida eran intérpretes de este tipo:

Despite the large body of literature that demonstrates the positive impact professional interpreters have on the health care outcomes of LEP patients and the detrimental impact that ad-hoc interpreters can have, our review showed that ad-hoc interpreters commonly interpreted in palliative care. Family members were often used as interpreters to deliver information about prognosis, diagnosis and assess symptom management for LEP patients at the end of life.

El problema de la utilización de intérpretes *ad-hoc*, en palabras de estos mismos autores (*ibid.*, 577) «can become uncomfortable by sensitive discussions such as death and dying» al igual que ya anunciaron Jacobs, Kroll, Green y David (1995) y Green, Free, Bhavnani y Newman (2005). No obstante, Silva, Genoff, Zaballa *et al.* (2016: 577) también mencionan los motivos por los que se llegó a esta situación como la falta de legislación apropiada, falta de recursos y falta de concienciación sobre el uso de intérpretes profesionales:

Lack of enforcement of regulations, limited resources and lack of awareness from health care providers about the importance of using professional interpreters help explain the underutilization of professional interpreters in the care of LEP patients at the end of life (Silva, Genoff, Zaballa *et al.* 2016: 577).

Por otro lado, existen investigaciones realizadas con intérpretes profesionales sobre el estrés que genera el interpretar en estos contextos, la falta de formación específica, el papel del intérprete y los dilemas éticos y morales, según se verá a continuación.

En cuanto al estrés que suponen este tipo de consultas, son diversos los autores que se han centrado en este asunto: Kaufet, Putsch y Lavallée (1999) o Schenker, Fernandez, Kerr *et al.* (2012), quienes concluyen que los intérpretes registran mayor grado de estrés y menor satisfacción con el trabajo realizado por las implicaciones culturales y emocionales de estos contextos. Así también lo expresan Hordyk, Macdonald y Brassard (2017: s.p.) «for interpreters engaged in EOL (end of life) discussions, however, these conversations are less satisfying and more stressful than those concerning other health issues due to their significant cultural implications and intense emotional content».

En una investigación más reciente de Granhagen, Tiselius, Bromgren *et al.* (2019b) se ha analizado el uso de intérpretes en diferentes situaciones clínicas en final de vida para demostrar que el intérprete profesional aumenta las relaciones de cuidado, la seguridad y la implicación del paciente. En su estudio en Suecia en la unidad de oncología pediátrica con pacientes con un nivel de sueco limitado, han concluido que para conversaciones más sencillas (*small talks*) no suelen contratar un intérprete, pero sí para consultas más complicadas o categorizadas como difíciles (*supportive conversations*).

Por esta diferenciación, los intérpretes suelen ser más utilizados por los médicos que por el servicio de enfermería que se encarga más del niño/a y no mantiene tanta conversación como sí lo hace el médico que suele tratar e informar a los familiares.

Schenker, Fernández, Kerr *et al.* (2012: 1025) mencionan el apoyo emocional que necesita el intérprete en estas situaciones y cómo podría proporcionarse este a través de debates, reflexiones y programas específicos:

Our findings also speak to the need for improved emotional support of interpreters involved in end-of-life care. Opportunities to observe and practice interpreting end-of-life discussions, to discuss cases that were particularly difficult or emotionally challenging, and to reflect on the emotional aspects of providing care for seriously ill patients and their families could form a cornerstone of a national interpreter certification program, given how common it is for interpreter to be involved in such discussions.

En torno a la formación, Hordyk, Macdonald y Brassard (2017: s.p.) apuntan que los intérpretes en este ámbito cuentan con poca o nula formación: «interpreters often lack training in how to engage in EOL care dialogue, such as how to deliver bad news, to discuss code status and to notify families of the death of a loved one».

Un estudio de Schenker, Fernandez, Kerr, Riordan y Pantilat (2012: 1019) ya puntualizó que los sistemas sanitarios y los programas de interpretación deben incorporar formación específica para situaciones de final de vida: «health systems and interpreter certification programs should incorporate specific training on how to interpret discussion about end-of-life issues». Además, inciden en la necesidad de que se trate el tema del rol del intérprete en esta área:

Data from qualitative research with interpreters suggest that language discordant discussions about end-of-life issues require unique skills from physicians and interpreters, including sensitivity to cultural cues related to death and dying and the ability to negotiate perceived tensions in the interpreter's role between providing strict interpretation versus acting as a cultural broker or an advocate for the patient and family (*ibid.*, 1020).

Relacionado con el rol del intérprete, el estudio de Hordyk, Macdonald y Brassard (2017) recalca que los intérpretes en ámbito de final de vida tienen dilemas morales por valores y creencias personales, no sabiendo qué código ético utilizar y qué normas institucionales o culturales seguir. En los estudios de Norris *et al.* (2005) y Butow *et al.* (2012), los intérpretes relatan que tienen dificultades para manejar sus propias emociones y, en ocasiones, sienten que no forman parte del equipo de cuidados sanitarios cuando interpretan situaciones de fallecimientos o cuando comunican malas noticias.

La calidad también ha sido mencionada en los estudios de Randhawa, Owens, Fitches y Khan (2003) y Norris, Wenrich, Nielsen *et al.* (2005) que concluyen que una mejora al acceso o la estandarización en la utilización de servicios de interpretación profesionales podría mejorar la calidad del cuidado de pacientes en final de vida con un inglés limitado. No obstante, el modo de superar estas barreras sigue resultando difícil y autores como

Karliner, Pérez-Stable y Gregorich (2016) apuntan a que se mejoraría con un acceso más rápido a servicios profesionales de interpretación.

Desde nuestra perspectiva, los intérpretes juegan un papel fundamental en el ámbito de final de vida y así lo apoyan las investigaciones de Randhawa, Owens, Fitches y Khan (2003); Norris, Wenrich, Nielsen *et al.* (2005) y Butow, Sze, Eisenbruch *et al.* (2013) quienes abogan porque la mejora del acceso a la utilización de intérpretes profesionales podría mejorar la calidad del servicio médico que se ofrece a los pacientes en final de vida. Trataremos con más detalle la necesidad, la calidad y el rol, por ser parámetros de análisis de esta investigación.

Observamos que se han llevado a cabo estudios sobre la comunicación en final de vida, los beneficios del posible uso de intérpretes y las consecuencias cuando no se cuenta con servicios de interpretación profesionales. No obstante, la escasez de estudios con pruebas científicas que aborden la comunicación emocional como un proceso de interacción entre todos los participantes en consultas mediadas por un intérprete, hace más necesaria la investigación en esta dirección.

2.4.2 Interpretación en terapias de duelo

Si la comunicación es importante en final de vida, también lo es en las terapias de duelo. No obstante, resulta extraño que, si la terapia monolingüe es beneficiosa, no se dé mayor importancia a la formación en terapias multilingües, según Costa y Dewaele (2019: 232) «the absence of multilingualism in therapy and counselling training is strange given that therapeutic treatment is known as the ‘talking cure’». Tanto más será así tras la pandemia sanitaria mundial, en la necesidad de apoyo en duelo como indica Costa (2020:10) «the increase in multilingualism in the population will surely be reflected in the number of multilingual people seeking counselling and psychotherapy».

Sin embargo, sí disponemos de investigaciones sobre la importancia de poder acudir a terapia y poder emplear la lengua materna y, de ahí que, otros autores hayan propuesto y analizado el uso de intérpretes con pacientes refugiados.

Ya Sapir en 1958 indicaba que el lenguaje influye en nuestra visión del mundo. Otros autores han apoyado y ampliado esta idea, alegando que también influye en nuestra identidad, vivencias y relaciones con los demás:

Language is at the centre of our ability to influence how we see the world (Sapir 1958). The language we speak influences not only the way we see the world around us, but also the way we see and think about ourselves – our self-perception, identity, autobiographical life narrative, in sum or self (Marian y Kaushanskaya 2004: 198). It is also central to how we structure and give meaning to our experiences and form relationships with others, express our needs and feelings, conceptualise ideas and give shape to our imaginations (Costa 2020: 12).

A su vez, Suman (2004) indicó que, si la lengua materna condicionaba nuestra percepción del mundo y el modo de relacionarnos, también condicionaría el modo en el que nos expresamos y, por ello, la terapia debía hacerse en la lengua materna. El que, por ejemplo, se hiciese en inglés (por ser considerado *lingua franca*) dejaría en desventaja a las personas que no tienen fluidez en esta lengua (Sue y Sue 1999), por lo que expresarse en la lengua materna es sinónimo de confort (Gilbert 2005). Según Pavlenko (2005), la terapia en la lengua materna es mejor porque el lenguaje es la seña de identidad de la persona y tiene gran peso cuando se acude a terapia. Además, en una terapia suelen aparecer recuerdos de la infancia. Dewaele y Costa (2013) descubrieron que estos recuerdos suelen estar mejor contados cuando la terapia es en la lengua materna del cliente. Dewaele (2016) concluyó que las personas que hablan más de una lengua, suelen decir que hay aspectos de identidad y personalidad que expresan de distinta manera según la lengua que estén utilizando, por lo que es necesario acordar en qué lengua va a ser más beneficiosa la terapia, a pesar de que normalmente es la lengua materna en la que mejor se suelen expresar las emociones (Costa 2020: 16). En esta línea de la decisión, también es importante tener en cuenta que las personas con traumas pueden haber vivido esta experiencia traumática en otra lengua y querer contarlo en esta (*ibid.*, 21). Por tanto, es importante conocer la lengua en la que prefieren expresarse, pues esto influirá en el grado de ansiedad y en la forma de afrontar y sobrellevar el trauma. Según señala Costa (*ibid.*, 24) «the choice of language at any given time can be a useful tool in understanding someone's anxieties and coping strategies».

Distintos autores han centrados sus investigaciones en los beneficios de la terapia con migrantes forzados como Yalom y Leszcz (2005) en cuyos resultados observaron que la terapia ayudaba a recuperar la esperanza y a poder compartir información como recurso terapéutico para sobrellevar el trauma y su posterior recuperación; Drozdek y Bolwerk (2010) concluyeron que la terapia reducía el estrés postraumático y la depresión; Ooi et al. (2016) añadieron que beneficiaba el funcionamiento psicosocial y Bunn, Goesel, Kinet et al. (2016) identificaron que en la terapia grupal era el lugar donde los refugiados traumatizados (*'traumatized refugees'*) encontraban apoyo mutuo. Chen y Chen (2020) también aportaron que la terapia servía a los refugiados como una vía para contrarrestar el aislamiento:

Group therapy can serve as an anchor for forced migrants to counteract the oppression and isolation that commonly follows their trauma and experiences of forced displacement. The therapy group, as a social microcosm, thus provides an affective mechanism for forces migrants to connect with one another and enhance their collective sense of healing and resilience (Chen y Chen 2020: 249).

No obstante, a pesar de los beneficios de estos grupos terapéuticos, también se han puesto de manifiesto las barreras comunicativas a las que se pueden enfrentar si la lengua y cultura de los refugiados difiere de la del terapeuta (Raval 2003; Tribe y Morrissey 2004; Brown y Weisman 2017), y si la persona no se siente cómoda, lo que afectará a la expresión de las emociones y al estado anímico:

A client who is trying to communicate in a language in which they do not feel confident may find it difficult to express sophisticated and complex thoughts and emotions. They may feel infantilised by the experience and that their sense of personal agency is diminished by their limited linguistic agency (Costa 2020: 11).

Con el término '*linguistic agency*', la autora se refiere a la capacidad de poder comunicar nuestras decisiones dentro de un contexto cultural y social y cómo esto puede afectar a los demás. Dentro de este contexto, la autora (*ibid.*, 11) menciona la empatía que el terapeuta necesita tener consigo mismo para poder establecer una relación terapéutica con la persona a la que atiende: «*empathy involves therapists in getting to know themselves so that they do not mistake their own reactions for those of their clients. An empathic relationship with another requires us to have an empathic relationship with ourselves*».

De ahí que, si la persona que acude a la terapia no habla una lengua que resulte familiar al terapeuta, este debería, además, tener empatía lingüística ('*linguistic empathy*') que, según la misma autora, significa el estar al corriente de los aspectos que engloba el multilingüismo para respetar la lengua materna de la persona: «*a linguistic empathic relationship with a client requires us to be familiar with our own relationships with the multiple aspects of multilingualism*» (*ibid.*, 12).

Además, las barreras lingüísticas y la falta de empatía también pueden conllevar el efecto contrario y ser un trauma añadido al que ya están sometidos según apuntan Chen y Chen (2020: 249) «*communications issues associated with the language barrier can potentially disempower and retraumatize forced migrants as the inability to speak the dominant language may exacerbate feelings of oppression related to displacement*».

Por tanto, estos mismos autores consideran que no se puede ignorar el que estos refugiados necesiten ser entendidos adecuadamente y correctamente:

Forced migrants with LEP often have distressing past events to process and are in trauma –or immigration induced psychological states that need clinical attention, and it is a disservice to ignore the need to appropriately and accurately understand their experiences and emotional difficulties (*ibid.*, 253).

Ha habido estudios sobre el uso de intérpretes, como el de Tribe y Lane (2009) quienes abogan porque las personas tengan derecho a un intérprete formado y profesional para garantizar el acceso a los servicios médico-sanitarios. Bernardes, Wright, Edwards *et al.* (2010) entrevistaron a solicitantes de asilo y descubrieron que la mayoría no querían utilizar los servicios sanitarios, si no disponían de un intérprete.

De ahí que algunos autores también hayan analizado la terapia con refugiados mediada por intérprete y la hayan catalogado como beneficiosa (Haenel 2001; Bolton 2002) y efectiva (D'Ardenne, Ruaro, Cestari *et al.* 2007; Tribe y Thompson 2009; Bauer y Alegria 2010) para ayudar a recuperarse de los traumas (Miller *et al.* 2005; Tribe y Patel 2007, 2009; Tribe y Thompson 2009 y Ticca 2018).

Una investigación de gran trascendencia, por el número de participantes, es la de Brune, Eiroa-Orosa, Fischer-Ortman *et al.* (2011) quienes compararon los resultados de la terapia individual que recibieron 190 refugiados con complicaciones postraumáticas (llegados a Alemania y Suecia por ser los países de origen de los investigadores) de los cuales la mitad (93) dispusieron de intérprete. De los restantes, en 23 personas se llevó a cabo la terapia en su lengua materna, otros 74 recibieron la terapia en la lengua de los países donde exiliaron (67 en alemán o sueco) y 7 en lenguas extranjeras tanto para el paciente como el terapeuta (inglés o francés). Los pacientes habían sufrido violencia en sus países de origen por torturas, guerras y persecuciones lo que les había ocasionado grandes traumas y trastornos somatoformos, ansiedad y cambios en la personalidad además de enfrentarse a pérdidas por lo que presentaban sintomatología depresiva. Los terapeutas tenían experiencia trabajando con intérpretes y contaron con ocho intérpretes que tenían experiencia en psicoterapia entre tres y diez años y habían recibido formación especializada en Alemania y Suecia (*ibid.*, 148-149). La terapia que recibieron fue individual una vez por semana durante una media de 22 meses. Los resultados indicaron que no hubo ninguna diferencia significativa en cuanto a la eficacia de la terapia por lo que los autores indicaron que no se podía considerar la psicoterapia mediada por intérprete como una opción más pobre como vemos en sus conclusiones:

The results show that psychotherapies with the help of interpreters were as effective as those without, even though the psychosocial conditions (such as employment, training, foreign language proficiency and social network) for those patients who needed interpreters were tougher. Psychotherapy with the help of an interpreter should not be considered the poorer alternative (Brune, Eiroa-Orosa, Fischer-Ortman *et al.* 2011: 145).

Otro matiz que añaden los autores es que los intérpretes, además de ser profesionales, eran inmigrantes integrados en la sociedad y los pacientes podrían verlos como compatriotas o como un buen ejemplo de que es posible integrarse en otro lugar lo que podría ser un factor que hubiese beneficiado el proceso terapéutico en cuanto al aspecto social:

The results of the analysis of variance show how, when controlling for social and treatment factors, there is no significant difference in outcome when an interpreter is used in psychotherapy or not. One explanation for this finding could be the role model of the interpreters for the patient. All of the interpreters have an immigrant background, are all well integrated in society, have a good and mutually respectful relationship to an academically educated national person –the therapist- and may be seen as compatriots. Therefore, the interpreters may represent a positive example, that it is possible to establish oneself in the new country, which often has a stimulating effect, in the integration and hence also in the therapeutic process (Brune *et al.* 2011: 152-153).

El tipo de intérprete también ha sido estudiado en otros estudios. Algunas familias entrevistadas en los estudios de Kuo y Fagan (1999); Alexander, Edwards, Temple *et al.* (2004) o Antonini (2010) indican que prefieren un familiar como intérprete porque confían más, sobre todo, los padres que prefieren que sean sus hijos los intérpretes (Antonini 2010: 10). Sin embargo, otros autores indican que no es conveniente que sean intérpretes *ad-hoc* porque la terapia puede no ser efectiva.

Esta debe llevarse a cabo en un entorno terapéutico seguro (Vasquez y Javier 1991; Gray 2013), que no afecte ni a la integridad de la terapia, ni de las personas que acuden (Costa 2020: 49). Para esta última autora no es viable que la terapia sea en un entorno de tranquilidad y sin presiones del día a día y que el intérprete sea un miembro de la familia. Esta idea se ha relacionado con la necesidad de que la terapia se ofrezca en un espacio seguro que, a su vez, se ha vinculado con la relación de poder entre el intérprete, el cliente y el terapeuta (Miller *et al.* 2005; Tribe y Thompson 2009; Boyles y Talbot 2017; Costa 2020).

Para Miller, Martell, Pazdirek *et al.* (2005) el afán por querer ayudar a la persona que acude a la terapia puede conllevar una sensación de competencia entre el terapeuta y el intérprete porque el terapeuta quiere tener el control, pero no entiende lo que intérprete y cliente hablan. Los autores Tribe y Thompson (2009) y Boyles y Talbot (2017) también ponen de manifiesto la visión del intérprete que puede sentir miedo o falta de poder, por no estar familiarizado con la metodología de la terapia, o por si va a verse desbordado emocionalmente.

Costa (2020) también analiza en esta relación de poder la parte del cliente, que puede sentirse vulnerable por no saber la lengua del terapeuta y por tener que hacerse entender a través de un intérprete. A su vez, los intérpretes también se sienten sin posibilidad de hacer ninguna intervención paralela para aliviar la situación, sino que tienen que depender de las intervenciones del terapeuta quien también depende de la interpretación para intervenir. Por ello, para esta autora, el intérprete y el terapeuta deben hacer un esfuerzo para trabajar conjuntamente (*ibid.*, 52). Esta idea recuerda a uno de los primeros estudios sobre el rol del intérprete en terapia, donde los autores, Bradford y Muñoz (1993: 58) consideraban que el intérprete era una extensión del terapeuta.

Una de las más recientes contribuciones en cuanto a recomendaciones para trabajar con intérpretes en terapias es la de Costa (2020: 53-57), quien divide en ocho partes su guía de buenas prácticas. En primer lugar, recomienda trabajar en equipo (*'working as a collaborative team'*) lo que incluye un encuentro previo entre el intérprete y el terapeuta para que ambas partes entiendan el sistema que van a seguir (*ibid.*, 53). Esta estrategia también había sido expuesta en los trabajos de Hlavac (2010) y Costa y Briggs (2014) como elemento clave para el éxito de la terapia. En segundo lugar, menciona la necesidad de establecer normas de comunicación (*'talking about the talking'*), como por ejemplo la modalidad de interpretación que se va a utilizar, en qué persona se va a interpretar, si se puede interrumpir o no, y de quién es la responsabilidad de la gestión de la comunicación:

Transparency is essential in all forms of counselling and psychotherapy but interpreter-mediated communication requires an unswerving commitment to keep everyone in the loop. Actively talking with all the participants in the triad about communication (or talking about the talking) is valuable in every therapeutic endeavour, but it is essential in three-way interpreter-mediated therapy (Costa 2020: 55).

En tercer lugar, se trata de mantener el control y la seguridad de la sesión (*'maintaining control of the session'*). En cuarto lugar, se recomienda establecer un control sobre el inicio y el final de la intervención del intérprete (*'thinking outside the box room'*) para evaluar las consecuencias que puede tener el que el intérprete se quede solo con el cliente o la posición del intérprete durante la terapia. También se recomienda, en quinto lugar, el control del tiempo (*'timing'*) que se puede necesitar ya que cada sesión puede ser distinta. Además, en sexto lugar, se menciona la postura y el contacto visual (*'seating and eye contact'*) durante la sesión, sobre todo, mientras hablan otros interlocutores. Relacionado con este aspecto, la autora también recomienda reflexionar sobre la relación triangular (*'reflecting on the triangular relationship'*) por cuestiones de poder. Finalmente, se recomienda ser consciente de las necesidades de apoyo que puede tener el intérprete (*'be mindful of the interpreter's support needs'*) por trabajar en un contexto altamente emocional.

Esta idea, de trabajar conjuntamente el intérprete y el terapeuta, también ha sido defendida recientemente por Meg Rogers, Mohammed Darbi y Jenny Leverman (2021) donde Rogers y Leverman son terapeutas que han trabajado con Darbi como intérprete de árabe en un grupo de terapia con hombres, dentro de un programa sobre violencia de género en California. Estos autores (*ibid.*, 84) consideran que el sistema de terapia mediada por intérprete va más allá que una terapia multilingüe y significa una puesta en común también de culturas:

This new system could be the client-interpreter-therapist system which could provide a model of joining cultures through communication rather than crowding out significant understandings and experiences with an expectation that a client must funnel their vast experience into English.

Por tanto, los estudios citados en este apartado ponen de manifiesto la necesidad de que las personas que acuden a terapia, puedan hacerlo en su lengua materna, o en la lengua en la que sientan más cómodas, y que, para garantizarlo, el uso de intérpretes puede ser beneficioso.

En esta investigación nos proponemos analizar el posible uso de intérpretes en terapias por la pérdida de un ser querido en España. No obstante, antes de pasar a las aportaciones de esta tesis, hacemos un breve recorrido por las iniciativas que se han llevado a cabo en otros países en materia de interpretación en final de vida.

2.3.3 Iniciativas en otros países

A pesar de contar con pocas investigaciones que sistematicen la interpretación en final de vida, como se puede observar a través del recorrido anterior, el estudio que destaca es el de Silva, Genoff, Zaballa *et al.* (2016), cuyo objetivo es analizar la influencia del intérprete en cuidados paliativos a los pacientes con un nivel de inglés limitado en Nueva York. Para ello, analizan seis bases de datos desde 1966 hasta 2014 de donde extraen diez artículos (uno no dispone de intérprete profesional y los nueve restantes analizan intérpretes profesionales y *ad-hoc* que uno de ellos es un hijo menor) y llevan a cabo seis estudios cualitativos y cuatro cuantitativos. Los resultados que obtienen apuntan que el tipo de intérprete influye en la comunicación y, por tanto, en los cuidados:

All studies found that the quality of care provided to LEP patients receiving palliative services is influenced by the type of interpreter used. When professional interpreters were not used, LEP patients and families had inadequate understanding about diagnosis and prognosis during goals of care conversations, and patients had worse symptom management at the end of life, including pain and anxiety. Half of the studies concluded that professional interpreters were not utilized adequately and several suggested that pre-meetings between clinicians and interpreters were important to discuss topics and terminology to be used during goals of care discussion (Silva *et al.* 2016: 569).

Para estos autores, sus hallazgos también indican que la comunicación podría mejorarse, si se estableciese un rol claro para el intérprete y se pudiesen tratar conjuntamente los objetivos de la interacción con el paciente. Los intérpretes profesionales entrevistados aluden a que, si los profesionales sanitarios no conocen el papel del intérprete y no están acostumbrados a trabajar con intérpretes en final de vida, tienden a no utilizarlos y, por tanto, la formación específica es esencial:

Our findings suggest that poor communication can be improved when providers establish a clear role for the professional interpreter and discuss the objectives of patient interaction. Health care providers who are unfamiliar with the roles of professional interpreters and how to access them were less likely to use interpreters. A majority of interpreters reported feeling that physicians needed more training on how to conduct end-of-life discussions through and interpreter. Incorporating education on end-of-life discussions with LEP patients into clinician training programs is essential and currently lacking (Silva *et al.* 2016: 575).

A pesar de reivindicar la necesidad de formación en este ámbito, a continuación, repasamos las iniciativas que se han llevado a cabo en los países más adelantados en el área de final de vida por orden alfabético.

2.3.3.1 Canadá

En Canadá, en 2001 se elaboró un informe sobre los sistemas sanitarios, pero concluyó que había una falta de consenso sobre el rol del intérprete médico. En 2007 se creó la *Health Care Interpretation Network*⁶⁵ y según la información que proporcionan⁶⁶, todos los intérpretes cuentan con una dilatada experiencia, están certificados y cumplen todos los requisitos de la legislación de Canadá (*California Code of Regulations of the Department of managed Care, Massachusetts Department of Public Health, Section 1557 of the Affordable Care Act*) así como los estándares de la comunicación centrada en el paciente.

Además, elaboraron un Código Ético para enfatizar la confidencialidad, imparcialidad y respeto, aunque se ha observado que no ha sido suficiente para los muchos desafíos a los que se enfrentan los intérpretes en este ámbito según Hordyk, Macdonald y Brassard (2017). Estos autores (*ibid.*, 7) también han afirmado que la clave para avanzar es incluir en la formación los desafíos a los que la profesión se enfrenta «interpreter training in ethics tailored to challenges inherent to the profession is key to quality care».

2.3.3.2 Estados Unidos

En Estados Unidos se han ido ampliando las oportunidades de formación para intérpretes en el ámbito de la salud y se ha abogado por la implantación de estándares nacionales, aunque como subrayan Schenker, Fernández, Kerr *et al.* (2012: 1024-1025) no se ha incidido en la parte de acompañamiento en final de vida:

Existing training programs in the United States may fall short in preparing interpreters for commonly encountered discussions regarding palliative care issues such as giving bad news, discussing code status, or notifying a family that their loved one has died. Such discussions are more likely to involve unique vocabulary (such as hospice, palliative care or life support), clinically important cultural differences (such as how bad news should be conveyed and who should be told), complex family dynamics and emotional distress than is commonly seen in more routine clinical encounters.

En California se diseñó en 2002 una formación online y gratuita a modo de guía para intérpretes en cuidados paliativos a través de la *California Healthcare Foundation*⁶⁷. Su objetivo es mejorar la interpretación sanitaria y permitir un mejor acceso a los pacientes con un nivel de inglés limitado denominados como ‘*limited English Proficiency Patients (LEP)*’.

⁶⁵ Accesible en: <http://www.hcin.org/>

⁶⁶ Accesible en: <http://www.hcin.org/index.php/benefits-quality-interpreters/>

⁶⁷ Accesible en: http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/standards_chia.pdf

Los principios éticos básicos son confidencialidad, imparcialidad, respeto por los individuos y sus comunidades, profesionalidad e integridad, precisión y competencia cultural que incluye sensibilidad cultural. La segunda sección se basa en protocolos previos, durante y al final de la consulta. En la tercera sección se describen los roles que puede adoptar el intérprete para facilitar la comunicación como *message converter*, *message clarifier*, *cultural clarifier* y *patient advocate*. La guía termina con unos apéndices que incluyen algunos ejemplos y las decisiones tomadas según el código ético y con otro apéndice a modo de glosario.

Otra guía es la elaborada por el *National Council on Interpreting in Health Care* (2005) que define las buenas prácticas de la interpretación en 32 estándares éticos recogidos en 9 principios básicos que se pueden utilizar para formación, contratación, evaluación de los servicios prestados y certificación de la competencia profesional. De acuerdo con la guía anterior, en esta también se aboga por la precisión, confidencialidad, imparcialidad, respeto, conocimiento cultural, roles del intérprete y profesionalidad.

También existe un mandato legal y federal con indicaciones para el uso de intérpretes dentro del sistema sanitario (*Health and Human Services, HHS*) para pacientes con un nivel de inglés limitado para evitar así su discriminación. Está descrito en la Ley sobre derechos civiles de 1964 en su capítulo VI (*Civil Rights Act of 1964, Title VI*). En la información que proporcionan describen qué se entiende por pacientes con un nivel de inglés limitado⁶⁸:

Individuals who do not speak English as their primary language and who have a limited ability to read, write, speak, or understand English may be LEP and may be eligible to receive language assistance with respect to the particular service, benefit, or encounter.

En estas indicaciones también hacen constar que, para proveer de servicios de traducción e interpretación, se tienen que cumplir unos parámetros que conciernen al número de población con un inglés limitado, la frecuencia con la que acuden a los centros sanitarios, la importancia del servicio al que acuden y el coste de la traducción o la interpretación. Gracias a estos esfuerzos, como ellos mismos indican, no existe una solución única pero se van dando pasos para avanzar: «'there is no one size fits all' solution for compliance with respect to LEP persons, what constitutes 'reasonable steps' for large providers may not be reasonable where small providers are concerned».

En la misma guía se menciona que los pacientes pueden traer sus propios intérpretes lo que conlleva a que suelen ser amigos o miembros de la familia sabiendo que pueden incurrir en errores de competencias, confidencialidad, privacidad o conflictos de intereses:

⁶⁸ Accesible en: <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-providers/laws-regulations-guidance/guidance-federal-financial-assistance-title-vi/index.html>

Some LEP persons may feel more comfortable when a trusted family member or friend acts as an interpreter. Recipients should also consider special circumstances that may affect whether a family member or friend should serve as interpreter, such as whether the situation is an emergency, and whether there are concerns over competency, confidentiality, privacy or conflict of interest.

La traducción de documentos también es mencionada en la guía, pero también tienen que cumplirse distintos factores, además de los cuatro necesarios para servicios de interpretación, para que se pueda solicitar la traducción de los mismos. Por tanto, se tiene que considerar que la información escrita en tal documento es vital para el encuentro con el paciente o el servicio que va a proporcionarse y las consecuencias de no ofrecer la información de manera precisa o a tiempo podrían derivarse:

Recipients should assess whether specific documents or portions of documents are vital to the program, information, encounter or service involved and the consequences to the LEP person if the information in question is not provided accurately or in a timely manner.

No obstante, los pacientes pueden escribir una queja formal si consideran que han sufrido algún tipo de discriminación en cuanto al acceso a los servicios sanitarios que haya vulnerado sus derechos civiles según la sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973, el Título II del Acta de los Americanos con Incapacidades de 1990, el Acta de Discriminación por Razón de la Edad de 1975 y las provisiones de la Garantía de los Servicios Comunitarios del Acta Hill-Burton.

También está disponible una oficina que se encarga de desarrollar estándares de calidad para mejorar el servicio a los pacientes con un inglés limitado. Se trata de la *Office of Minority Health* (OMH) que desarrolló el *National Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)*⁶⁹. En estas recomendaciones hay un apartado dedicado a la comunicación y la lengua cuyo objetivo es dar apoyo lingüístico a personas con un nivel de inglés limitado y facilitarles así el acceso a los servicios sanitarios. Además, reconocen que el uso de intérpretes no formados debería evitarse y se recomienda proporcionar documentación y materiales multimedia en las lenguas de los pacientes.

Para un mejor cuidado del paciente en final de vida en cuidados paliativos, en Estados Unidos existe un proyecto de calidad con recomendaciones que se puso en marcha en 2006. Se trata del *National Consensus Project for Quality Palliative Care: clinical practice guidelines for quality palliative care*⁷⁰. Los resultados se plasmaron en un artículo de Ahluwalia, Chen, Raaen *et al.* (2018) donde indicaban que la calidad de los cuidados paliativos a domicilio ha mejorado desde 2008 a 2015.

⁶⁹ Accesible en: <https://minorityhealth.hhs.gov/Default.aspx>

⁷⁰ Accesible en <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>

Como vemos, en Estados Unidos existe legislación relativa a los servicios de interpretación con el objetivo de evitar la discriminación de pacientes extranjeros. Además, gracias a las iniciativas descritas se puede apreciar su interés por la comunicación, el apoyo lingüístico, la facilitación del acceso a los servicios sanitarios y el uso de intérpretes profesionales certificados.

2.3.3.3 Reino Unido

Reino Unido destaca por ser un país donde conviven distintas étnicas y que, en todo momento, intenta buscar la igualdad en el trato a todos los pacientes por ello la importancia recae sobre las necesidades clínicas y no de etnias. Así pues, el facilitar la comunicación está contemplado en la legislación en la Ley de Derechos humanos de 1998, *Race Relations Amendment Act* del 2000 y *Disability Discrimination Act* de 2005 (Goretti 2016: 549a) y son los hospitales los que deben ofrecer los servicios de traducción e interpretación a los pacientes que lo necesiten. No obstante, disponen de distintas formas de acceso a estos servicios, hay hospitales que sí disponen de estos servicios en plantilla como el Hospital St. Thomas de Londres, pero también hay hospitales que contactan con agencias como CINTRA (*Cambridgeshire Interpretation and Translation Agency*) a través también del ayuntamiento de la zona para financiar estos servicios (Goretti 2016: 549a). Una de las empresas privadas que ofrece sus servicios a la mayoría de hospitales del sistema británica (*National Health System, NHS*) es Language Line (Goretti 2016: 551a). Por tanto, según la demanda de los servicios de traducción e interpretación, cada hospital decide cómo organiza estos servicios.

Al estar acostumbrados a disponer de intérpretes en los hospitales, también han sido pioneros en salud mental, sobre todo en los servicios para garantizar el acceso a las terapias psicológicas (*Improving Access to Psychological Therapies, IAPT*) desde 2008. Así pues, en noviembre de 2017 la asociación británica de psicólogos (*The British Psychological Society*) publicó una guía para psicólogos sobre cómo trabajar con intérpretes⁷¹ cuyas autoras son Tribe y Thompson y está dividida en distintos apartados: cómo elegir un intérprete y qué modalidad y consejos para la preparación antes, durante y después de la consulta. La guía comienza avisando de la responsabilidad de los proveedores de servicios de buscar el intérprete adecuado según las necesidades del paciente, la familia y teniendo en cuenta si hay factores que puedan complicar la consulta como por ejemplo si el paciente sufre demencia:

It is the responsibility of the service provider to find out the service user's first language and try to book an interpreter who speaks this language. When choosing an interpreter to work with a family, it is important to ensure that the language chosen is understood by all members of the family. Depending on the setting, the psychologist should also consider that certain conditions, for example dementia or intellectual disabilities can diminish the ability to speak a second language (Tribe y Thompson 2017: 8).

⁷¹ Enlace al documento: <https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/Working%20with%20interpreters%20-%20guidelines%20for%20psychologists.pdf>

En la guía también se hace mención a la necesidad de formación y trabajo conjunto «joint sessions when professionals and interpreters are trained together allow a better understanding of each person's role as well as the development of a genuine sense of coworking» (*ibid.*, 13).

Resulta comprensible que algunos psicoterapeutas se hayan sentido preocupados antes de trabajar con intérpretes sobre si el encuentro mediado iba a ser fructífero. Con el objetivo de ofrecer apoyo, guías y claves para un mejor funcionamiento de las terapias mediadas, Beverley Costa, psicoterapeuta e investigadora sobre terapias multilingües, creó la organización benéfica *Mothertongue* en el año 2000 donde ofrecía servicios de psicoterapia a personas de distintas etnias gracias a la participación de psicoterapeutas multilingües. Pronto vieron que no podían cubrir todas las lenguas que les solicitaban y crearon su propio registro de intérpretes en salud mental. La autora recalca que tanto los terapeutas como los intérpretes cobraban por estos servicios. En 2018 la organización dejó de funcionar, pero en sus 8 años de actividad atendió a más de 3.000 personas (Costa 2020: 3). La decisión de cerrar esta organización fue meditada pero nada más cerrar crearon una nueva organización Pásalo⁷² que les permitía compaginar su trabajo en el sistema nacional de salud y abrir el proyecto Pásalo a más personas para continuar con el legado y el aprendizaje de *Mothertongue* que han plasmado en la obra '*Other Tongues*' (Costa 2020) que incluye la perspectiva de los pacientes, terapeutas e intérpretes. Otra de las actividades que llevan a cabo desde 2010, y que continúa en la actualidad, es el foro nacional para terapeutas bilingües e intérpretes en salud mental (*National Forum for Bilingual Therapists and Mental Health Interpreters*)⁷³ para mejorar la práctica de estas profesiones de manera conjunta.

Como se puede observar, Reino Unido es uno de los países más activos y comprometidos en mejorar la interpretación médica y, además, la interpretación en final de vida.

2.3.3.4 Suecia

En Suecia, investigadores de la Universidad de Estocolmo y del *Karolinska Institutet* han analizado la situación de la interpretación en las consultas de oncología pediátrica con pacientes con un nivel de sueco limitado ('*limited Swedish proficiency*'). Unos de los más relevantes es el de Granhagen, Tiselius, Lützen *et al.* (2016) sobre dónde estaría el punto de entendimiento entre los proveedores de servicios sanitarios y los intérpretes médicos. Entre sus hallazgos podemos destacar que para crear un punto de entendimiento entre intérpretes y profesionales sanitarios es necesario explicar tanto el contexto como las diferencias culturales.

⁷² Enlace para ampliar información: <https://www.pasaloproject.org/>

⁷³ Enlace a la página web: <https://www.pasaloproject.org/bilingual-forum.html>

La responsabilidad de traspasar la información recae tanto en el intérprete como en el profesional sanitario por lo que se tienen que desarrollar herramientas para las dos partes y poder crear un punto de entendimiento común para trabajar en equipo. Además, tres son los subtemas necesarios según los autores mencionados para crear un punto de entendimiento: equilibrar las culturas, superar los vacíos de conocimientos de los pacientes y aumentar el conocimiento cultural de los profesionales sanitarios. Asimismo, es necesario tener en cuenta la búsqueda de un equilibrio entre compasión y profesionalidad (Granhagen, Tiselius, Lützen *et al.* 2016: 142) «the interpreters stated that they are constantly striving to keep the balance between their empathy and compassion and carrying out their task professionally». Decimos «equilibrio» porque no hay un límite claro que se pueda establecer; hay situaciones en las que un intérprete puede sentirse más fuerte y pensar que con su interpretación está ayudando, en otros casos, el intérprete puede llegar a sentir el sufrimiento de la familia como mencionaron los intérpretes a los que entrevistaron (*ibid.*, 142-143):

When the consultation is about severely ill children and their families, the interpreters said that they are touched by their fate and feel strongly about the family and their vulnerability. When the situation is perceived as highly vulnerable, some of the interpreters reported choosing to become more of a fellow human being than an interpreter as a sort of moral duty.

En cuanto a la comunicación con familiares, es necesario que, en este contexto, los padres entiendan la enfermedad de sus hijos y el tratamiento a seguir para que puedan sentirse tranquilos y seguros del cuidado. Cuando el entendimiento es mutuo, los padres se sienten mejor preparados para el cuidado de su hijo en oncología pediátrica de acuerdo con Kastel, Enskar y Bjork (2011).

Por el contrario, cuando hay una falta de información derivada de algún malentendido lingüístico, los padres pueden sentirse abandonados y que la situación no está bajo control como indican Ringner, Jansson y Graneheim (2011).

En el estudio de Granhagen, Tiselius, Lützen *et al.* (2016) destacan que el personal de enfermería suele tener muchas dificultades en el uso de intérpretes para superar las barreras lingüísticas y culturales como antes se había hecho referencia en el estudio de Pergert, Ekblad, Enskar y Bjork (2008) ya que desconocen los protocolos: «nurses often perceive difficulties in the use of interpreter services: for example, they often lack knowledge and protocols for using interpreters to overcome linguistic and cultural barriers» (Granhagen, Tiselius, Lützen *et al.* 2016: 137-138).

En un estudio más reciente de Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* (2019a) han analizado la percepción de los intérpretes y las estrategias que tienen que utilizar en la interpretación mediada en oncología pediátrica. Es decir, analizan el traspaso de malas noticias o cómo hacer entender a las familias toda la información, entre otros parámetros. Las estrategias se dividen en 4 categorías: mantener un rol profesional, facilitar la comunicación, promover la colaboración y mejorar el entorno y la interpretación. En su estudio mencionan que la mayoría de intérpretes en Suecia no cuentan con una formación reglada.

En otro artículo, Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* (2019b) indican que las consultas mediadas por intérpretes no se incluyen en la formación ni de medicina ni de enfermería en Suecia. Por ello, en sus estudios recalcan la necesidad de formación «in order to improve communication over language barriers and to achieve equal Access to healthcare, there is a need to include education and training in interpreter-mediated consultations in the basic education of healthcare professionals» (*ibid.*, 1019).

El derecho a ser asistido por un intérprete profesional en los servicios públicos suecos está descrito en un decreto legislativo (*Swedish Administrative Act*, 2017:900) a través del cual el personal sanitario puede contratar a un intérprete profesional de las agencias adscritas y financiadas por el departamento público de bienestar sueco. Además, el personal sanitario debe seguir las indicaciones de una guía sobre comunicación (*The Handbook for healthcare*) elaborada en 2002 y basada en la legislación que regula la sanidad sueca (*Swedish Health and Medical Service Act*, HSL) y los servicios sociales (*Social Services Act*, SOL) aunque los servicios de interpretación no están incluidos en esta guía.

En cuanto a calidad, aluden que la formación del intérprete y la situación a la que se enfrente pueden hacer que varíe. Por tanto, cuando se puede contar con un intérprete profesional o un proveedor de servicios bilingüe, la calidad suele ser más óptima. No obstante, los proveedores de servicios bilingües han observado que, en ocasiones, los intérpretes también pueden obstaculizar la creación de una relación triádica sino hay confianza entre las partes implicadas:

Although the presence of a professional interpreter is important for bridging such language barriers, there are major differences in the quality of the interpreter medical consultations. Best outcomes and fewest errors of potential clinical consequence occur when patients with limited proficiency in the official language have access to trained professional interpreters or bilingual healthcare providers. However, even though the use of interpreters leads to a more patient-safe communication, healthcare personnel also perceive that interpreters may cause communication challenges. Challenges can be, for example, handling the triadic relationship between the healthcare personnel, patient and the interpreter which requires trust among all the parties, which due to differing circumstances can be difficult to establish. Furthermore, in pediatric healthcare this relationship is not only triadic but rather multi-party as it often includes the family (Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* 2019a: 656).

En cuanto a los resultados de su estudio, indican que los intérpretes suelen tener acceso a todo el contexto lingüístico, pero no al diagnóstico o el tratamiento, lo que en ocasiones dificulta la preparación y el traspaso de la información. Por lo que respecta a mantener un rol profesional, indican que los intérpretes encuestados piensan que mantener la distancia es importante para asegurar la neutralidad y protegerse ellos mismos de sus emociones por la vulnerabilidad de las situaciones. En sus palabras, «keeping a distance was important to the interpreters, both to ensure neutrality and to protect themselves emotionally in a vulnerable situation involving a child with a potentially fatal disease» (*ibid.*, 659).

Para facilitar la comunicación, indican que crear confianza y facilitar el entendimiento cultural es clave. En este sentido, «the participants also expressed that they contribute to building trust, crucial in healthcare consultation by, for example, relieving worries, giving assurance of the healthcare personnel's good intentions and highlighting possible cultural differences in the conversation» (*ibid.*, 659).

Como estrategias para aumentar la colaboración proponen que el intérprete sea parte del equipo y aprenda de todos los participantes. Además, mencionan que así se le podrá tener más respeto a su figura profesional «by being part of the team with the healthcare personnel, the participants expressed that they can be a resource and a complement to the healthcare personnel to improve understanding and also reduce the risk of misunderstandings in the consultation» (*ibid.*, 659).

Otro de los resultados destacables para nuestra investigación, es que la mejora de la interpretación podría ir ligada con la continuidad del mismo intérprete durante todo el proceso del paciente. De este modo, se mejoraría la relación con la familia y el personal sanitario, aumentaría el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento a seguir y el intérprete ya conocería el diagnóstico, la situación familiar y el historial clínico:

One way of improving continuity would be to use the same interpreter for as many consultations as possible. According to the participants, this continuity would benefit both the patient/family and the healthcare personnel. Continuity provided opportunities for the participants to gain knowledge about the disease and the treatment as well as knowledge about the patient's/family's situation and history. Switching interpreters, conversely, could result in lack of trust in the interpreter and also risk misinterpretation (*ibid.*, 660).

Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* (2019a: 661) también alegan que el intérprete hace uso de su situación de poder lingüístico para llevar a cabo la conversación bilingüe utilizando estrategias que pueden estar fuera de su encargo, como por ejemplo, utilizar vocabulario que pueda aliviar o realizar adaptaciones léxicas: «the interpreters stretch their discretionary power in order to carry the bilingual conversation by using strategies clearly outside of their assignment, for example, by alleviating and adapting words and phrases».

Finalmente, las investigaciones de Butow, Lobb, Jefford *et al.* (2012) y Granhagen, Tiselius, Lützen *et al.* (2016) ya mencionaron que los intérpretes tenían dilemas como precisión frente a entendimiento, traducción literal frente a aspectos culturales y sensibilidad, profesionalidad frente a apoyo. Dichos dilemas se agravan todavía más cuando el contexto de la interpretación social son situaciones de final de vida y duelo.

Por tanto, aunque existen estudios relacionados con la mejora de la calidad de final de vida en algunos países, es necesaria más investigación para la práctica y para la formación específica de acuerdo con Ahluwalia, Chen, Raaen *et al.* (2018: 832):

As our understanding of what works in palliative and end-of-life care is growing, there is a need to usefully synthesize evidence across key areas about which interventions work, for whom, and under what conditions, to more directly guide clinical practice, quality measurement, and training/education, and to help make evidence-based policy decisions.

El siguiente mapa sintetiza los avances legislativos mencionados:



Imagen 3. Mapa recopilatorio de los países destacados



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Ese infarto era incompatible con la vida.
Dar una noticia como esa a unos padres es durísimo.
Nadie te forma para algo así en la carrera de medicina.
Hay que medir cada palabra, cada gesto.
Es una conversación que causará un daño enorme a esas personas.
Pero quiero pensar que, si se hace bien, puede ayudar en el duelo.

(David Callejo 2022: 85)⁷⁴

3. MARCO TEÓRICO

Al igual que el capítulo del estado de la cuestión se dividía en la parte de la interpretación y en una segunda parte dedicada a las situaciones de final de vida y duelo, este capítulo sigue la misma estructura dual abarcando el marco teórico de base pragmática y el marco teórico de base psicoterapéutico a fin de establecer los puntos en común entre ambos.

3.1 Marco teórico de base pragmática

Los usuarios, el espacio temporal, la distancia social, la intencionalidad, las opiniones, los comportamientos y las reacciones son objeto de estudio de la lingüística pragmática (Tipton y Desilla 2019: 13). Es decir, la pragmática analiza el lenguaje en relación a los usuarios y a las circunstancias de la comunicación, o, en palabras de House (2015: 22), «correlation(s) between linguistic units and their user(s) in a given communicative situation». La presente investigación tiene una vertiente pragmalingüística, ya que analizamos la influencia de tres contextos específicos en la interpretación.

⁷⁴ Callejo, David. 2022. *Lo primero, la vida. El día a día de un médico que aprendió a darlo todo*. Barcelona: Planeta.

El primer autor que trató la pragmática dentro de la lingüística fue el filósofo americano Charles Morris (1938) quien analizó la relación entre los signos y su significado semántico bajo la incidencia de usuarios y contexto. No fue hasta la última parte del siglo XX cuando cobró más importancia y se convirtió en objeto de estudio. Algunas de las contribuciones fundamentales (Austin 1962; Searle 1969; Grice 1975) son las que sientan las bases teóricas de este paradigma que describimos a continuación, con especial hincapié en la teoría de la cortesía (Brown y Levinson 1978; 1987) y su influencia en otros autores.

La interpretación en los servicios públicos, debido a las dificultades que hemos mencionado en el segundo capítulo, no se consolidó como un área de investigación hasta mediados de los años 90 (Pöchhacker 2016: 37-44). Aunque su producción científica empezase a finales de los 70, se quedó en segundo plano, entre otras razones, por el interés de los investigadores por la interpretación de conferencias en la época de auge de la Escuela de París. Sin embargo, dado el carácter dialógico (médico-paciente, por ejemplo) y la presencia del intérprete en el triángulo comunicativo, la ISP es una disciplina en la que la teoría de la cortesía encuentra sus aplicaciones más productivas.

Las normas de cortesía establecidas en distintas sociedades, culturas e incluso, a menor escala, en distintos contextos (como, por ejemplo, el médico), son un factor clave que condiciona y determina las actuaciones y decisiones de todos los seres humanos involucrados en la interacción. Las teorías más relevantes de la pragmalingüística, que se han centrado en el comportamiento humano cortés y el uso del lenguaje, han sido elaboradas por autores como Grice (1975), cuya teoría sobre las circunstancias que rodean el contexto comunicativo y al usuario fue adaptada y ampliada por Leech (1983) y Goffman (1967) con su concepto de imagen social adaptada, y, más tarde, por Brown y Levinson (1987; 1978). Aunque los mencionados autores han sido los más relevantes en este campo y los más influyentes para el presente estudio, en los próximos apartados se presenta una revisión de los inicios y la evolución de los distintos modelos.

3.1.1 Inicios de la teoría de la cortesía

Sus inicios se remontan a los trabajos sobre los actos de habla de los filósofos del lenguaje Austin (1962) y Searle (1969) quienes concibieron el lenguaje como acción. Estos trabajos se centraron en los actos de habla y la semántica con el objetivo de entender la problemática del significado. La teoría de Austin (1962), explicada en su obra *How to do things with words* se basaba en que el lenguaje, además de servir para describir estados de cosas, también servía para hacer cosas. Es decir, la concepción de que el fin de un enunciado era el de constatar hechos debía de cambiar hacia una visión en la que no todos los enunciados pueden ser verdaderos o falsos sino más bien apropiados o inapropiados, pues pueden conllevar una intencionalidad que puede repercutir en otro acto, según el receptor. Por ejemplo, si el encargado de inaugurar un congreso indica ‘queda inaugurado este congreso’, no solo está afirmando un hecho, sino que modifica el contexto social porque ha dado paso para que el congreso empiece.

Otro ejemplo sería el decir ‘sí quiero’ en una boda donde el interlocutor además de expresar su voluntad, está realizando el acto de casarse. De aquí que Austin propusiese una clasificación teórica de tres dimensiones de los actos de habla: locutivo (el acto de decir un enunciado estructurado con un sentido determinado), ilocutivo (la intencionalidad del enunciado como puede ser una afirmación, una promesa, un agradecimiento, etc.) y perlocutivo (acto que logra un efecto en el interlocutor). Por ejemplo, ‘te prometo que llegaré a tiempo’ es un enunciado emitido (locutivo) donde se expresa una promesa (ilocutivo) y puede lograr un efecto de tranquilidad en el destinatario (perlocutivo). No obstante, hay factores que pueden modificar el efecto que cause en el destinatario, como los gestos, la entonación, o la influencia de la cultura. De ahí que Tipton y Desilla (2019: 16) recojan la importancia otorgada a esta teoría en el ámbito de la traducción:

What is especially relevant for translation is that speech act patterns are found to be culture-specific. So when translating, the preoccupation of transferring the propositional content is not the only concern and needs to be complemented with attention to issues of appropriateness and politeness.

Con esta teoría como base, Searle (1969) se centró en las condiciones necesarias para la realización de un determinado acto y estableció las siguientes condiciones que estarían basadas en reglas: la preparatoria, la de contenido proposicional, la de sinceridad y la esencial. A esta tipología, Thomas (1995: 106) añadió otros actos de habla como las disculpas, advertencias y mentiras y su dificultad contextual porque también hay que tener en cuenta factores funcionales, psicológicos, afectivos y culturales.

Los actos de habla también se aplicaron al análisis del discurso crítico (Fairclough 1989; 1995) o Van Dijk (1993) quien describió los actos de habla como herramientas para crear y reproducir relaciones de poder e ideologías en contextos sociales específicos (Placencia y Bravo 2002; Achugar 2002). Aunque el modelo recibió críticas, es cierto que los trabajos de Austin y Searle sobre la concepción del lenguaje dieron pie a otras perspectivas de estudio, o, en palabras de Escandell Vidal (1996: 76), «la teoría de los actos de habla ha abierto perspectivas muy enriquecedoras y ha aportado soluciones valiosas a una gran parte de los problemas que plantea el estudio del uso efectivo del lenguaje».

La cortesía aparece como tema convergente en numerosos trabajos sobre los actos de habla como explicación de formas lingüísticas que predominan en un determinado acto. En esta línea, el estudio de la cortesía dentro de la lingüística pragmática parte de otro filósofo del lenguaje Grice (1975) cuyo concepto de implicatura explica cómo el oyente comprende lo que el hablante quiere expresar. Basándose en el principio de cooperación y máximas conversacionales, Grice determina cómo el oyente llega al significado implicado. A continuación, describiremos con más detalle esta teoría para contextualizar el estudio de la cortesía.

3.1.1.2 El principio de cooperación de Grice

Para Grice (1975), todo interlocutor se apoya en unos principios y expectativas sobre la comunicación para averiguar la intención de los otros participantes, es decir, para desentrañar lo que otros quieren decir, aunque no esté expresado mediante las palabras puesto que cualquier acto puede demostrar una intencionalidad. De ahí que su principio de cooperación se base en cuatro máximas conversacionales a las que los participantes se acogen para garantizar la comunicación o, dicho de otro modo, «los hablantes de una interacción son agentes racionales que asumen que sus interlocutores están cooperando, siguiendo ciertas normas tácitas que se ponen en práctica -las llamadas máximas conversacionales» (Placencia y Bravo 2002: 5). Dichas máximas (Grice 1991: 26-29) establecen criterios sobre la ‘cantidad’ de la comunicación (no dar más información de la necesaria), la ‘calidad’ (no decir algo que crees falso o improbable, es decir, no mentir ni especular), la ‘relación’ (ser relevante y/o pertinente) y el ‘modo’⁷⁵ (ser claro). Estas máximas contienen nueve submáximas que explicamos a continuación. La cantidad hace referencia a cuánta información se ofrece bajo las dos submáximas (Grice 1991: 26):

1. Make your contribution as informative as is required (for the current purposes of the exchange).
2. Do not make your contribution more informative than is required.

Para la calidad, hay que partir de la súper máxima (*supermaxim*) de intentar ser lo más verídico posible «try to make your contribution one that is true» basada en dos submáximas (*ibid.*, 27):

1. Do not say what you believe to be false.
2. Do not say that for which you lack adequate evidence.

En cuanto a la relación, la principal submáxima es ser relevante o en palabras del autor (*ibid.*, 27) «under the category of relation I place a single maxim, namely, be relevant». Finalmente, para la categoría de modalidad es importante partir de cómo se dice lo que quiere expresarse y el autor le atribuye cuatro máximas (*ibid.*, 27):

1. Avoid obscurity of expression.
2. Avoid ambiguity.
3. Be brief (avoid unnecessary prolixity).
4. Be orderly.

Para el autor, estas máximas se deben respetar siempre y pueden contravenirse en algún momento de la interacción. Dicho de otro modo, el cumplimiento del principio de cooperación es una condición indispensable para que la comunicación sea efectiva y si se desobedece a una máxima da lugar a una implicatura donde el oyente es capaz de detectar el significado del mensaje porque cuenta con la cooperación del otro interlocutor.

⁷⁵ La nomenclatura traducida de las máximas conversacionales es la correspondiente a Haverkate (1994).

De ahí su noción de ‘implicatura conversacional’ donde si se asume una cooperación implícita, el oyente va a poder descifrar el significado adicional de un enunciado. Por ejemplo:

Interlocutor A: ¿Dónde está mi camiseta?

Interlocutor B: Hay una roja encima de la cama.

En estos enunciados A asume que B está cooperando en la interacción y por eso intentará descubrir el significado adicional de su respuesta: que parece ser que la camiseta que busca es la roja, aunque se infrinja la máxima de modalidad. Otro ejemplo extraído de Grice (1991: 32) sería el de interlocutor A que pregunta a B dónde vive C:

A: Where does C live?

B: Somewhere in the South of France

Con esta respuesta, se desobedecerían las máximas de cantidad y calidad, pero dentro de un contexto donde el interlocutor B entiende que A con su respuesta va a saber el mensaje implícito que hay detrás de su enunciado y va a cooperar para que la comunicación sea efectiva.

3.1.1.3 Consolidación de la teoría de la cortesía

En los años 70, a raíz de la teoría de los actos de habla y de la teoría de Grice, algunos autores centran sus investigaciones en la cortesía como motivación para el uso del lenguaje indirecto. El pionero fue Lakoff (1973) quien abogó por unas reglas pragmáticas para deshacer la ambigüedad de los enunciados y esclarecer si son apropiados al contexto. En estas reglas toma la de claridad de Grice junto con reglas de cortesía que divide en: no abusos, da opciones y sé cordial⁷⁶. Con estas reglas el autor otorga importancia a la relación interpersonal a diferencia de las de Grice más centradas en el mensaje. Por tanto, este autor presenta la cortesía como modo de evitar ofender. Sin embargo, recibió algunas críticas por no aplicar las reglas a un contexto específico y tratarlas de manera abstracta.

Sin embargo, el concepto de cortesía ya se empezó a gestar en la escuela francesa a modo de reflexiones sobre la sociedad y el lenguaje (Bally 1927, Brunot 1922 [1965]). Unos años más tarde la cortesía se abordó desde las funciones del lenguaje (Bühler 1965; Halliday 1973). Finalmente, la cortesía se convirtió en el tema principal y fue consolidándose en la pragmática en los años setenta y ochenta gracias a las investigaciones de Brown y Levinson (1978; 1987), Fraser y Nolen (1981), Clark y Carlson (1982), Leech (1983) o Sperber y Wilson (1986).

⁷⁶ La nomenclatura traducida de las reglas de cortesía es la correspondiente a Calsamiglia Blancafort y Tusón Valls (1999: 162).

Fraser y Nolen (1981) propusieron un ‘contrato conversacional’ donde los participantes empiezan una conversación sabiendo sus derechos y obligaciones lo que predispone a saber cuál es el papel esperado de los otros interlocutores. Por tanto, la cortesía significaría ajustarse a las condiciones de dicho contrato ya sea por imposición de instituciones, interacciones anteriores o grado de poder. De este modo, aplicarían la cortesía a los hablantes y no a los enunciados. Sin embargo, esta teoría se ha aplicado a trabajos de índole empírica pero no ha tenido tanta relevancia según parece.

Por otro lado, Leech (1983) puntualizó que la cortesía en la teoría de Grice solo aparecía cuando los interlocutores vulneraban alguna máxima, pero no la definía. Por tanto, Leech (1983) analizó las órdenes y peticiones como actos que podrían entrar en conflicto con la cortesía y que no fueron abarcados en la teoría de Grice. Por este motivo, propuso un principio de cortesía para minimizar las creencias que supondrían un coste para el oyente y maximizar las que supongan un beneficio. Así, creó un principio de cortesía basado en las siguientes máximas (*ibid.*, 208):

1. Máxima del tacto (para actos de habla directivos y comisivos).
 - a) Reduzca al mínimo el coste para el otro.
 - b) Aumente al máximo el beneficio para el otro.
2. Máxima generosidad (para actos de habla directivos y comisivos).
 - a) Reduzca al mínimo el beneficio para el yo.
 - b) Aumente al máximo el coste para el yo.
3. Máxima de aprobación (para actos de habla expresivos y representativos).
 - a) Reduzca al mínimo las críticas para el otro.
 - b) Aumente al máximo las alabanzas para el otro.
4. Máxima de modestia (para actos de habla expresivos y representativos).
 - a) Reduzca al mínimo las alabanzas para el yo.
 - b) Aumente al máximo las críticas para el yo.
5. Máxima de acuerdo (para actos de habla representativos).
 - a) Reduzca al mínimo el desacuerdo entre el yo y el otro.
 - b) Aumente al máximo el acuerdo entre el yo y el otro.
6. Máxima de simpatía (para actos de habla representativos).
 - a) Reduzca al mínimo la falta de simpatía entre el yo y el otro.
 - b) Aumente al máximo la simpatía entre el yo y el otro.

Este modelo recibió críticas de Brown y Levinson (1987) y Thomas (1995) por no acotar las máximas que se podrían proponer y presentar un modelo demasiado abierto, aunque en palabras de Escandell Vidal (1996: 153) «es un buen punto de partida para adentrarse en el estudio de las relaciones entre formas lingüísticas y estructuras sociales».

3.1.1.4 Críticas al principio de cooperación de Grice

Dado su carácter innovador (en su momento), el enfoque de Grice también fue objeto de ampliaciones y críticas.

En cuanto a críticas por las máximas, destaca Keenan (1976) quien resaltó la variabilidad cultural aplicada a la máxima de cantidad ya que en sociedades occidentales se considera más necesario satisfacer las expectativas informativas y en otras sociedades no es tan imprescindible como por ejemplo en la malgache. Otra crítica fue la recibida por Thomas (1995) que manifestó la dificultad detectada para distinguir entre unas máximas y otras por su posible convergencia.

Otras críticas centradas en la ausencia de consideración de diversos factores serían las de Fairclough (1995: 47) quien criticó la falta de atención a las relaciones de poder durante las interacciones ya que consideraba que Grice partía de la premisa de que las personas tienen el mismo estatus o Eggins y Slade (1997) quienes resaltaron que no se habían tenido en cuenta las conversaciones casuales más propias de rasgos de humor e informalidad donde es posible que no haya un propósito definido. Por otro lado, Goddard y Wierzbicka (1997: 234) criticaron el que no se podía realizar un modelo que sirviese para todas las culturas «it is now known, however, that Grice's maxims do not operate in the same fashion in all cultures».

A pesar de las críticas, el trabajo de Grice ha sido uno de los más influyentes para posteriores investigaciones sobre los usos del lenguaje en los modelos de cortesía o su aplicación a distintos tipos de interacciones como han sostenido Thomas (1995) o Blum-Kulka (1997).

3.1.2 El modelo de cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987)

El modelo de Brown y Levinson parte de la concepción de la comunicación como una actividad racional donde los participantes quieren alcanzar unos objetivos y utilizan el razonamiento para llegar al fin deseado. Por otro lado, parten de la premisa de que los interlocutores tienen una imagen que quieren mantener y que se puede ver amenazada durante la interacción por lo que recurren a estrategias propias de la cortesía. Con este punto de partida, al igual que otros investigadores sobre la cortesía, Brown y Levinson se basan en los dos pilares centrales de la pragmática y la sociología del siglo XX como son el principio de cooperación, las máximas conversacionales y el concepto de implicatura de Grice (1975) y el concepto de *face* (imagen⁷⁷) de Goffman (1967); lo que se ha denominado también como el paradigma Grice-Goffman (Held 2005: 131).

⁷⁷ Esta terminología está extraída de la obra de Baena y Lacorte en 'Para entender la pragmática' (2002) como traducción de la obra '*Understanding Pragmatics*' de Verschueren.

Brown y Levinson consideran que la comunicación humana no siempre es cien por cien efectiva porque actúa la cortesía entendida como fenómeno pragmático, social, cultural y comunicativo que condiciona las elecciones lingüísticas y que puede tener mayor peso e importancia que el mensaje en sí. Por ello, su modelo se fundamenta en la vulneración de una o varias máximas conversacionales para evitar el conflicto entre los interlocutores y alcanzar los fines deseados. Por ejemplo, si el interlocutor A tiene una cita dentro de diez minutos y se ha quedado sin gasolina podría realizar una petición al interlocutor B (déjame tu coche) y estaría respetando las cuatro máximas conversacionales, pero quizá sea una petición demasiado directa para B. Por tanto, se puede vulnerar la máxima de modalidad y optar por una petición más cortes (¿podría utilizar tu coche?).

3.1.2.1 Revisión de conceptos clave

El modelo de cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987) desarrolla distintos conceptos clave que revisamos a continuación.

3.1.2.1.1 El concepto de imagen social

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su primera acepción a la definición de cortesía aparece «demostración o acto con que se manifiesta la atención, respeto o afecto que tiene alguien a otra persona⁷⁸». Para nuestro estudio y apoyándonos en el modelo de Brown y Levinson podríamos afirmar que el elemento que equilibra una comunicación eficiente con la armonía en las interacciones humanas y sociales es la cortesía. Esta noción de aceptación social enlaza con el segundo elemento clave: el concepto de *face* de Goffman (1967: 5) descrito como «the positive social value a person effectively claims for himself by the line others assume he has taken during a particular contact». Es decir, se trata de la autoimagen que muestra una persona frente a otros durante la interacción social y en dicha interacción los interlocutores intentan preservar su imagen y la de los demás por identificación emocional según Goffman (1967: 10) a lo que Brown y Levinson (1987: 61) añaden que también por razones prácticas ya que la imagen de los demás puede depender de la propia imagen. Así pues, Brown y Levinson (1987: 61) definen la noción de imagen como «something that is emotionally invested, and that can be lost, maintained, or enhanced, and must be constantly attended to in interaction». Fraser (1990: 229) amplió esta definición: «is something that can be lost, maintained, or enhanced, and any threat to face must be continually monitored during an interaction».

Dicho de otro modo, Goffman entiende que la función principal de la cortesía es la de mantener la imagen social atendiendo a las necesidades de la propia imagen y la de los demás si existe una amenaza. Por tanto, de aquí partirían dos reglas básicas: el autorespeto (a la propia imagen) y la consideración (a la imagen de los otros). Durante la interacción,

⁷⁸ Enlace a la página web: <https://dle.rae.es/cortes%C3%ADa> [31/01/2022]

para este autor, el equilibrio entre estas dos reglas es necesario y es la cortesía la que sirve como equilibrio. Este concepto es similar al de Brown y Levinson ([1978] 1987: 129) y su idea de que el equilibrio en la interacción sería entre los propios deseos y los deseos de los demás según se vayan percibiendo. De aquí deriva su diferenciación entre dos tipos de imagen social inherentes a cualquier interlocutor: la imagen negativa (deseo que no se prive la libertad de acción y estar libre de imposiciones) y la imagen positiva (deseo de ser aprobado y aceptado). En palabras de los propios autores (*ibid.*, 62): «negative face: the want of every ‘competent adult member’ that his actions be unimpeded by others and positive face: the want of every member that his wants be desirable to at least some others». Díaz Pérez (2004: 11) también apoyó esta diferenciación «la imagen positiva está relacionada con la necesidad que tiene todo individuo de sentirse integrado como uno más entre los miembros de un grupo social, la imagen negativa, en cambio, se asocia a las ansias de independencia y autonomía personal».

Por tanto, Brown y Brown y Levinson ([1978] 1987) consideran la imagen como una propiedad básica que explica el comportamiento comunicativo de los individuos y también mencionan el concepto de *face wants* como el acto realizado para salvaguardar la propia imagen (*ibid.*, 62). No obstante, esta noción se apoya en la racionalidad ligada al principio de cooperación donde el interlocutor sigue unos medios para llegar a un fin:

We here define ‘rationality’ as the application of a specific mode of reasoning -what Aristotle (1969) called ‘practical reasoning’- which guarantees inferences from ends or goals to means that will satisfy those ends. Just as standard logics have a consequence relation that will take us from one proposition to another while preserving truth, a system of practical reasoning must allow one to pass from ends to means and further means while preserving the satisfactoriness of those means (*ibid.*, [1978] 1987: 64).

3.1.2.1.2 El concepto de posición

El concepto de *footing* de Goffman (1967: 227) hace referencia a las distintas posiciones y actitudes que los interlocutores van adquiriendo respecto a los demás participantes y al contexto de interacción a fin de poder posicionarse en la menos amenazante para su imagen. Aunque en el modelo de Brown y Levinson ([1978] 1987) no tenga especial relevancia este concepto, sí conviene destacarlo por su influencia en otros autores posteriores y porque también se aplica en estudios sobre el papel del intérprete. El autor se refiere a este concepto como las distintas posiciones y actitudes que los interlocutores van adquiriendo respecto a los demás participantes y al contexto de interacción a fin de poder posicionarse en la menos amenazante para su imagen.

El autor relaciona este concepto con el contexto donde ocurre la conversación y con los participantes puesto que de estos dos factores dependen las posiciones que adquiere del hablante (Goffman 1981: 136). Dentro de estas posiciones, Goffman (*ibid.*, 137) atribuye tres posibles roles al hablante: «animator, author and principal» que van desde menor participación a mayor. Asimismo, al oyente lo califica de «addressed, unaddressed o bystander».

3.1.2.1.3 El concepto de acto amenazante

Si retomamos el concepto de imagen descrito anteriormente, dicha imagen puede verse afectada, vulnerada o, incluso, puede perderse por los conflictos que aparecen durante la interacción. Es en este momento cuando actúa la cortesía como elemento que suaviza los actos de habla que amenazan la imagen (tanto la positiva como la negativa). Brown y Levinson ([1978] 1987) denominan estos actos como *face threatening acts* (FTA). En este trabajo nos referiremos a ellos como ‘acto amenazante a la imagen’ (AAI)⁷⁹ para definir cualquier acto que suponga una amenaza para la imagen. Pongamos un ejemplo muy sencillo:

A: ¿Te apetece cenar con nosotros?

B: No.

En este caso, el que el interlocutor B rechace la invitación de A supone un acto amenazante a la imagen. De aquí derivan distintas estrategias de cortesía para mitigar dicho acto como:

B: Terminaré muy tarde de trabajar. (Justificación del rechazo)

B: Muchas gracias, me apetece mucho, pero hoy no podrá ser. (Estrategia para maximizar la imagen positiva del interlocutor A).

En cualquier interacción humana estos principios de cortesía derivan de distintas estrategias lingüísticas (Fraser 1990: 229) que pueden variar por influencia de otros factores como la distancia social y las relaciones de poder (Blum-Kulka 1990: 262). Partiendo de esta premisa, Brown y Levinson ([1978] 1987: 65-68) proponen una clasificación de los actos amenazantes a la imagen atendiendo a si se amenaza la imagen del hablante o del oyente:

1. Acts threatening to the **hearer’s negative face**: orders, requests, suggestion, advice, reminding, threats, warnings, dares.
2. Acts threatening to the **hearer’s positive face**: expressions of disapproval, criticism, contempt, ridicule, complaints, reprimands, insults, contradictions, disagreements, challenges, expressions of violent emotions, irreverence, mention of taboo topics, bringing of bad news, non-cooperation, use status-marked identifications.
3. Acts threatening to the **speaker’s negative face**: expressing thanks, acceptance of offers, unwilling promises, offers.
4. Acts threatening the **speaker’s positive face**: apologies, acceptance of a compliment, breakdown of physical control over body, confessions, emotion leakage.

⁷⁹ Al igual que en la nota 75, seguimos la terminología propuesta por Baena y Lacorte en ‘Para entender la pragmática’ (2002) como traducción de la obra ‘*Understanding Pragmatics*’ de Verschueren.

Además de esta clasificación, los autores (*ibid.*, 67) añaden que existen actos que pueden amenazar tanto a la imagen positiva como a la negativa como son las quejas o las interrupciones. No obstante, en el capítulo dedicado a la metodología ampliaremos esta información y presentaremos los actos que analizamos en la presente investigación.

3.1.2.1.4 El concepto de estrategia

Brown y Levinson ([1978] 1987: 68-71) dividen en cuatro grupos las estrategias de cortesía que los interlocutores pueden adoptar para realizar sus actos:

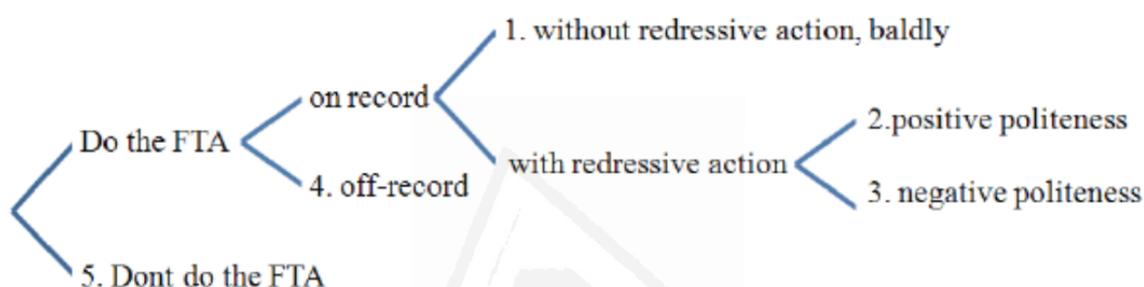


Imagen 4. Estrategias de cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987: 69)

De acuerdo con el modelo anterior, para la primera estrategia partimos de la premisa de que el acto se realiza abiertamente (*on record*) lo que significa que se actúa respetando las máximas conversacionales y con una intención comunicativa clara. Si además no se mitiga el efecto del AAI y no hay intención de contrarrestar un posible daño, se está actuando de manera abierta y sin compensaciones (*on record without redressive action, baldly*). Un ejemplo de esta estrategia sería el interlocutor A que enuncia: Me apetece un helado.

La segunda estrategia consiste en actuar abiertamente (*on record*) pero con compensaciones (*with redressive action*) mediante estrategias de cortesía positiva (*positive politeness*) para reforzar la imagen positiva del oyente. Los propios autores explican que la cortesía positiva es un mecanismo de compensación dirigida a la imagen positiva (al deseo del interlocutor de que sus acciones se perciban como deseables). En palabras de Brown y Levinson (*ibid.*, 101):

Positive politeness in redress directed to the addressee's positive face, his perennial desire that his wants (or the actions/acquisitions/values resulting from them) should be thought of as desirable. Redress consist in partially satisfying that desire by communication that one's own wants (or some of them) are in some respects similar to the addressee's wants.

Los autores de la teoría de la cortesía enumeran ejemplos de estrategias de cortesía positiva (Brown y Levinson ([1978] 1987: 101-128), como, por ejemplo, mostrar interés por el interlocutor, adaptar el lenguaje al interlocutor, utilizar nombres de pila u otras formas de afecto, mostrar empatía, no establecer relaciones de poder e intentar que todos estén en el mismo plano (*claim common ground*), ser optimista o incluir a todos los interlocutores en la actividad, entre otras. Si seguimos con nuestro ejemplo anterior, si aplicamos la segunda estrategia (materializada con una forma de afecto) el interlocutor A enunciaría: Me apetece un helado, mi amor.

Es aquí cuando acuñan el término *redressive action* (acción compensatoria) para definir la estrategia empleada para mitigar el daño que han causado los AAI a la imagen. Esta estrategia aparece en la cortesía positiva para reforzar la imagen positiva del oyente y satisfacer todos o algunos de sus deseos. También puede aparecer con la cortesía negativa para mostrar al oyente que se respeta su imagen negativa (*ibid.*, 69-70):

By redressive action we mean action that ‘gives face’ to the addressee, that is, that attempts to counteract the potential face damage of the FTA by doing it in such a way, or with such modifications or additions, that indicate clearly that no such face threat is intended or desired, and that S in general recognizes H’s face wants and himself wants them to be achieved.

Esta noción nos lleva a la tercera estrategia que consiste en actuar abiertamente (*on record*) pero con compensaciones (*with redressive action*) mediante estrategias de cortesía negativa (*negative politeness*) expresando una petición de manera menos directa dando a entender que no se pretende invadir el terreno del otro interlocutor. Es decir, la cortesía negativa se dirige hacia el deseo del oyente de no coartar su libertad y respetarlo como definen los autores (*ibid.*, 129): «negative politeness is redressive action addressed to the addressee’s negative face: his wants to have his freedom of action unhindered and his attention unimpeded. It is the heart of respect behavior».

Brown y Levinson ([1978] 1987: 129-136) también enumeran ejemplos de estrategias de cortesía negativa como, por ejemplo, ser directo, no presuponer ni asumir, no coaccionar al interlocutor ni hacer que se sienta mal, entre otras. Siguiendo con el ejemplo empleado para facilitar la comprensión de las estrategias, el interlocutor A enunciaría: ¿Te importaría comprarme un helado?

La última estrategia propuesta es realizar un acto encubiertamente (*off-record*) para ocultar la verdadera intención, pero lanzando alguna pista para hacer el AAI de manera no explícita. Según Escandell Vidal (2002: 152) de este modo el emisor quiere «evitar que le sea atribuida la responsabilidad de haber realizado un acto amenazador». Para finalizar con el ejemplo propuesto, el interlocutor A diría: No tenemos helados en casa, ¿y si de camino al banco pasas por la heladería?

Finalmente, si al hacer un AAI el nivel de daño a la imagen es considerado demasiado alto por el hablante, este puede decantarse por no realizarlo (*don’t do FTA*).

La elección de cuándo, en qué medida y qué estrategia utilizar también depende de tres variables sociológicas: la distancia social (*social distance, D*), entendida como el grado de familiaridad entre los interlocutores; el poder relativo (*relative power, P*) asociado a una relación asimétrica entre los interlocutores; y el grado de imposición (*absolute ranking of impositions, R*) de un acto en una cultura en concreto (Brown y Levinson ([1978] 1987: 74).

En el presente trabajo adaptaremos estas estrategias al contexto de análisis para valorar la influencia de las tres variables sociológicas mencionadas.

3.1.2.2 Estudios posteriores basados en el modelo de Brown y Levinson

La investigación sobre la cortesía ha estado asociada a los autores más destacados que hemos nombrado en el apartado anterior como Lakoff (1975, 1977), Leech (1977, 1980, 1983) o Brown y Levinson ([1978] 1987). Estos últimos han sido quienes han influenciado e inspirado posteriores investigaciones que nombramos a continuación.

Walters (1981) definió los actos de habla desde el punto de vista de la situación comunicativa. Más orientados hacia el análisis del discurso destacan Edmondson (1980) o Blum-Kulka (1987). Coulmas (1981, 1989) se centró en expresiones rutinarias específicas de una cultura. Lavandera (1989) orientó su trabajo a los modelos de interacción.

En la parte metodológica, en sus inicios se orientó a crear enunciados teóricos (Arndt, Janney y Schaffranek 1986), extraer resultados de corpus (Stati 1982) o hacer un análisis conversacional (Schulze 1986).

Werkhofer (2005) se cuestionó dos dificultades que podría plantear el modelo: si el acto de comportarse de manera cortés es individual al mismo tiempo tiene un efecto social ya que el comportamiento de un individuo condiciona la interacción con los demás y lo enlaza con el poder que puede tener la cortesía en este sentido:

The act or behavior of being polite is performed by an individual agent and yet it is, at the same time, an intrinsically social act, social that is, in the dual sense of being socially constituted and of feeding back into the process of structuring social interaction. It is in this latter sense that we may speak of power of politeness, the power of a symbolic medium that, being used and shaped in acts of individual speakers, also represents social standards of how to behave or of what kind of conduct is considered just and right. Politeness thus mediates between the individual and the social, motivating and structuring courses of action as well as being instrumental in performing them (Werkhofer 2005: 156).

Han sido muchos los autores que han utilizado como base el modelo de Brown y Levinson ([1978] 1987) para sus investigaciones. Los trabajos estrechamente relacionados con los Estudios de Traducción e Interpretación aparecen detallados en el apartado 3.1.4.

3.1.2.3 Críticas al modelo de Brown y Levinson

Aunque el estudio de Brown y Levinson fuese uno de los más influyentes, no ha estado exento de críticas, en su mayoría, por su convencimiento de la universalidad de las estrategias de cortesía propuestas. Por ejemplo, Meier (1995) criticó que el modelo no tuviese en cuenta los actos amenazantes para la imagen del emisor, sino que suelen estar asociados a los AAI para la imagen del destinatario:

It is at this point -the discussion of FTAs and their redress- that the Speaker's face begins to fade away and the Hearer becomes the central figure, as the object of both FTAs and politeness strategies. The Speaker is subsequently virtually ignored in Brown and Levinson's theory of politeness (Meier 1995: 383).

Sin embargo, no es de extrañar este carácter de universalidad cuando sus aspiraciones versaban en la descripción de mecanismos que pudiesen ser aplicados a todas las lenguas. En esta línea, Kerbrat-Orecchioni (1996) propuso que, si había AAI, también debería haber actos de refuerzo de la imagen social. Calsamiglia Blancafort y Tusón Valls (1999: 169) añadieron que su utilidad debería ser la de un mecanismo para estimular positivamente la relación interpersonal como ocurre en el caso de los cumplidos, que refuerzan la imagen positiva del oyente (Siebold 2008: 59). Para Bravo (1999: 157), la teoría está enfocada desde una perspectiva anglófona que no dificulta su aplicación a otras perspectivas. En esta línea Kasper (1990: 1997-198) se atrevió a tachar el enfoque de los AAI de «paranoid perspective» en su estudio sobre la cortesía y la cultura israelí donde las peticiones indirectas son vistas como falta de sinceridad e indicó que también hay que tener en cuenta los usos lingüísticos convencionalizados y estandarizados:

The linguistic encoding of politeness strategies is contingent on the properties of any linguistic system and the conventionalized norms of usage. Subjunctive and aspect, to name but two examples, cannot be universally utilized to convey politeness since not all languages have such syntactic forms.

Desde una perspectiva cultural, algunas críticas la relacionaban con el efecto que podía tener el nivel de cortesía según a qué cultura se aplicase. Por ejemplo, Blum-Kulka (1990: 262) hacía referencia a que unas culturas tienden a minimizar la distancia social y emplear más la cortesía positiva y, por el contrario, otras culturas tienden hacia el distanciamiento y la cortesía negativa. Los estudios de Ide (1989) y Gu (1990) investigaron y argumentaron que no era posible aplicar el modelo de cortesía de Brown y Levinson en las lenguas japonesa y china porque la interacción social suele ser colectivista en estas sociedades, lo que fuerza que la imagen negativa tenga un papel muy reducido. Escandell Vidal (1996: 629) resalta que las culturas no solo se diferencian en la forma sino también en el significado social.

Watts (2005:13) criticó la visión de la cortesía como algo estático y fijo y que no tiene cabida como teoría predictiva: «politeness will always be a slippery, ultimately indefinable quality of interaction which is subject to change through time and across cultural space. There is, in other words, no stable referent indexed by the lexeme polite». También indicó que ciertos comportamientos pueden considerarse demasiado corteses (*over-polite*) o políticamente correctos; algo que no se tiene en cuenta en la teoría de Brown y Levinson:

[Marked behaviour] may be perceived as negative either if it is open to an interpretation as impolite (or as downright rude), or if it is perceived as over-polite, i.e. those kinds of negatively marked non-politic behaviours tend towards similar kinds of affective reaction on the part of co-participants (Watts 2005: xliv).

Este concepto de «over-politeness» también fue mencionado por Locher (2004: 90) como inapropiado. No obstante, a pesar de las críticas, ningún autor ha propuesto una teoría distinta ni ha ampliado esta misma, por lo que está constatado que se trata de un modelo de utilidad que se ha aplicado –y se sigue aplicando– a muchas investigaciones no solo lingüísticas.

3.1.2.4 El concepto de descortesía

A pesar de que las teorías de cortesía han sido analizadas desde la pragmática durante varias décadas -y siguen siendo relevantes-, en los últimos años la investigación sobre la descortesía ha cobrado importancia.

En el modelo descrito en el apartado anterior, el factor que primaba era el equilibrio entre el respeto por la propia imagen y por la de los demás interlocutores. En el momento en que dicho equilibrio se rompe, se da paso a la descortesía (*impoliteness*) entendida como comportamiento o actitud que ofende la imagen de los interlocutores. Por ejemplo, una de las definiciones más extendidas de descortesía es la propuesta por Culpeper (2005) que parte de la noción de que la descortesía es intencional «*impoliteness is not unintentional*» (*ibid.*, 37) y la describe como «*impoliteness comes about when: (1) the speaker communicates face-attack intentionally, or (2) the hearer perceives and/or constructs behaviours as intentionally face-attacking, or a combination of (1) and (2)*» (*ibid.*, 38). En esta línea, Mills (2005: 268) también ofrece una definición para la descortesía: «*impoliteness can be considered as any type of linguistic behaviour which is assessed as intending to threaten the hearer's face or social identity, or as transgressing the hypothesized community of practice's norms of appropriacy*». Bousfield (2008: 72) añadió que para la descortesía tenga el efecto deseado, la otra parte tiene que entender el daño que recibe: «*for impoliteness to be considered successful impoliteness, the intention of the speaker (or 'author') to 'offend' (threaten/damage face) must be understood by those in a receiver role*».

Uno de los principales volúmenes que recogió una compilación de estudios sobre esta temática es *Impoliteness in Language: Studies on its interplay with power in theory and practice* editada en 2008 por Bousfield y Locher como resultado del congreso *Politeness: multidisciplinary perspectives on language and culture* celebrado en Nottingham en marzo de 2005. Son destacables las aportaciones de Hickey (1991) como pionero y seguido por Beebe (1995); Culpeper (1996); Culpeper, Bousfield y Wichmann (2003); Mills (2003; 2005), Rudanko (2006) o Bousfield (2007a; 2007b).

Otros autores se centraron en si la relación de poder influía en la descortesía como Foucault (1980), Van Dijk (1989, 1997), Wantenberg (1990), Watts (1991), Thornborrow (2002) o Locher (2004). Por otro lado, para autores como Locher y Watts (2005:17) el comportamiento puede calificarse de cortés y apropiado o de descortés e inapropiado por parte de los interlocutores en un contexto determinado «behaviours which are appropriate, or otherwise, to the social context of interactional situation only warrant potential evaluation by the participants (or others) as polite or impolite».

Sin embargo, para Kaul (2008: 256), la cortesía y la descortesía no son polos opuestos sino extremos en un nivel de gradación: «la cortesía y la descortesía constituyen dos aspectos del mismo continuo, o sea, dos valuaciones opuestas de la misma función, concepto que permite abarcar naturalmente ambos fenómenos, sin plantearlos como simples opuestos polares sino como extremos de una gradación». Además, según su enfoque, una actitud descortés tanto deliberada como involuntaria forma parte de la cultura de cada comunidad. Cuando es deliberada se asocia a la intención del hablante quien viola las estrategias de cortesía (*ibid.*, 257).

Culpeper (1996, 2005, 2010) en su modelo sobre la descortesía destaca la importancia del contexto a la hora de interpretar el grado de ofensa, la intención o el propósito descortés de un acto de habla. En palabras de este autor (2010: 3233):

Impoliteness is a negative attitude towards specific behaviors occurring in specific contexts. It is sustained by expectations, desires and/or beliefs about social organisation, including, in particular, how one person's or group's identities are mediated by others in interaction. Situated behaviours are viewed negatively when they conflict with how one expects them to be, how one wants them to be and/or how one thinks they ought to be. [...] Various factors can exacerbate how offensive an impolite behaviour is taken to be, including for example whether one understands a behaviour to be strongly intentional or not.

Culpeper (1996) y, en posteriores trabajos, Culpeper, Bousfield y Wichmann (2003) proponen una clasificación de estrategias de descortesía basándose en la clasificación de la cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987). En dicha clasificación, la primera estrategia es la descortesía descarnada⁸⁰ (*bald on record impoliteness*) donde el AAI se realiza de forma intencional, directa y sin ambigüedades. La segunda estrategia es la descortesía positiva (*positive impoliteness*) basada en causar daño sobre la imagen positiva del interlocutor a través de fórmulas como ignorar o buscar el desacuerdo.

⁸⁰ La terminología empleada es la propuesta en español por Blas Arroyo (2001).

La tercera estrategia es la descortesía negativa (*negative impoliteness*) cuyo objetivo es atacar la imagen negativa del interlocutor mediante la ridiculización o la invasión de su espacio. La cuarta estrategia se corresponde con la descortesía encubierta (*sarcasm or mock politeness*) cuando se usa la cortesía en un modo irónico o sarcástico en sintonía con el principio de ironía de Leech (1983) producido por una implicatura. A esta categoría, Culpeper en 2005 la nombró como *off record impoliteness* porque la amenaza podría estar producida por una implicatura a modo de sarcasmo y resultaría ser una de las más ofensivas (*ibid.*, 44). Finalmente, se puede actuar con ausencia de cortesía (*withhold politeness*) cuando es esperable que se actúe con cortesía, pero no es así como cuando no se dan las gracias por un regalo o no se responde a un saludo.

En el siguiente cuadro resumimos el modelo de Brown y Levinson ([1978] 1987) en confrontación con el de Culpeper (1996) y Culpeper, Bousfield y Wichmann (2003):

BROWN Y LEVINSON ([1978] 1987)	CULPEPER (1996); CULPEPER, BOUSFIELD Y WICHMANN (2003)
1. Actuar abiertamente (<i>on record</i>) y sin compensaciones (<i>without redressive action, baldly</i>)	1.Descortesía descarnada abierta (<i>bald on record impoliteness</i>)
2. Actuar abiertamente (<i>on record</i>) con compensaciones (<i>with redressive action</i>) y cortesía positiva (<i>positive politeness</i>) -> mostrar interés, empatía, etc.	2.Descortesía positiva (<i>positive impoliteness</i>) -> ignorar, buscar desacuerdo.
3. Actuar abiertamente (<i>on record</i>) con compensaciones (<i>with redressive action</i>) y cortesía negativa (<i>negative politeness</i>) -> no presumir, no asumir, no coaccionar, etc.	3.Descortesía negativa (<i>negative impoliteness</i>) -> ridiculizar, invadir el espacio del otro.
4. Actuar encubiertamente (<i>off-record</i>)	4.Descortesía encubierta (<i>sarcasmo r mock politeness</i>) -> ironía, sarcasmo.
5. Ausencia de AAI (<i>don't do FTA</i>)	5. Ausencia de cortesía (<i>withhold politeness</i>)

Cuadro 2. Resumen de las estrategias de Brown y Levinson ([1978] 1987) y de Culpeper (1996) y de Culpeper, Bousfield y Wichmann (2003)

No es de extrañar que el modelo de Culpeper (1996) y Culpeper, Bousfield y Wichmann (2003) también fuese objeto de críticas. Por ejemplo, Bernal (2007: 75) argumentó que las categorías propuestas no deberían estar recogidas en un mismo nivel y diferencia entre la descortesía interpretada y el efecto de cortesía, es decir, entre la valoración del interlocutor que recibe el acto descortés y la influencia del contexto para entender dicho acto de un modo o de otro.

Por otra parte, Kientpointner (2008) elabora otra clasificación a partir de la de Culpeper para añadir la grosería (*rudeness*) y así realiza una distinción entre la grosería cooperativa y la no cooperativa partiendo de la noción de descortesía como acto no cooperativo de Bernal (2007: 625). Además, Kientpointner (2008) también considera que a las tres variables sociológicas aportadas por Brown y Levinson ([1978] 1987) -distancia social, relación de poder y grado de imposición- habría que añadir la relación emocional que comparten los participantes.

3.1.3 La cortesía en Interpretación en los Servicios Públicos

Como hemos reflejado en los apartados anteriores, la interpretación de conferencias siempre ha estado más aventajada que la interpretación social debido a los procesos distintos de consolidación que han sufrido. Sin embargo, el rasgo conversacional y dialógico que caracteriza la interpretación social ha facilitado que se hayan aplicado nociones de cortesía con más asiduidad que en la interpretación de conferencias. Pero, por ejemplo, algunos investigadores que han aplicado la cortesía a la IC han sido: Müller (1989) quien fue pionero en aplicar la cortesía al ámbito político, Jacobsen (2008) y Lee (2013) acerca de los procesos judiciales, Hsu (2011) sobre las estrategias de cortesía en la correspondencia comercial entre China y España, Lenglet (2015) sobre la reacción de los intérpretes a los AAI o Abad Colom (2019) quien analizó la influencia de la cortesía y el inglés como *lingua franca* en los congresos de medicina en España.

En la interpretación en los Servicios Públicos, uno de los primeros ámbitos en los que la cortesía tuvo mayor influencia fue el judicial con los trabajos de Berk-Seligson (1988; 1990) y los de Hale (1997a; 1997b; 2002; 2007a; 2007b). Otros autores como Hoza (1999) y Savvalidou (2011) se centraron en la lengua de signos. Desde la mediación cultural también se ha aplicado la cortesía en los estudios de Haverkate (1998) o Álvarez Muro (2010).

Otros ámbitos de los servicios públicos también han sido objeto de investigación aplicando teorías de cortesía como por ejemplo la interpretación en procesos de asilo (Pöllabauer 2004) o en el contexto policial (Krouglov 1999). Wadesnjö (1992; 1998; 1999) analiza los encuentros mediados por intérpretes desde la perspectiva de los participantes en la interacción y aplica el modelo de Goffman (1967) a los ámbitos judicial y médico (atención primaria y servicios sociales). Cambridge (1999), también aplicando la cortesía al ámbito médico, hace hincapié en preservar la salud del paciente por lo que la cortesía puede influir en la adaptación del mensaje y en la protección de su imagen dependiendo de la actuación del intérprete. Iacono (2014) también aplica la cortesía en su corpus de entrevistas médicas en español e inglés y observa cómo influye la cortesía en las posiciones que toma una intérprete dependiendo de la situación comunicativa y los interlocutores.

En la presente investigación, nos centraremos en el estudio de la influencia de la cortesía en la toma de decisiones interpretativas dentro de los tres marcos comunicativos: malas noticias, situación de últimos días y seguimiento del duelo.

3.2 Marco teórico de base psicoterapéutica

El apartado anterior estaba dedicado a la exposición de la base teórica pragmática que sustenta esta investigación, en concreto la teoría de la cortesía. El presente capítulo versa sobre el otro pilar teórico del estudio: el modelo SPIKES y el modelo de las cuatro dimensiones proveniente de la psicoterapia, ambos aplicables al contexto de análisis: la interpretación en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo.

El denominador común primario, (decimos «primario» porque hay otros elementos comunes que describiremos en las siguientes páginas), en esta encrucijada es el éxito comunicativo. Como apunta Buckman (2001: 989) «the most powerful analgesics are of little value if health-care professionals do not have an accurate understanding of the patient's pain and other symptoms, and an accurate assessment requires effective communication».

Una reacción de choque tras recibir una mala noticia o el proceso del duelo tras el fallecimiento de un ser querido se transforman en respuestas naturales del ser humano. Como hemos descrito en el capítulo anterior, la medicina también ha sufrido una evolución en cuanto a la concepción de curación y relación de ayuda, sobre todo, en cuidados paliativos y duelo. A lo largo del siglo XX se ha considerado la muerte como un fracaso terapéutico, pero con la entrada del siglo XXI y el cambio de modelo, de uno paternalista a uno más centrado en el paciente (Montori, Gafni y Charles 2006; Murray, Firth, Schneider *et al.* 2006; Sánchez Martos 2014; Harter, Buchholz, Nicolai *et al.* 2015), se ha dado mucha importancia a la comunicación con el paciente y su entorno y a prácticas de ayuda especializada, por ejemplo, desde la psicoterapia.

Si las barreras lingüísticas aparecen, como hemos visto en el apartado 2.1.1.2.3 del estado de la cuestión, la comunicación de malas noticias, las relaciones de ayuda, el acompañamiento en final de vida y la atención al duelo pueden verse afectadas, deterioradas o tener resultados negativos. De ahí que en los próximos apartados realicemos una revisión del modelo más común para dar malas noticias (SPIKES) y del modelo de las cuatro dimensiones desde la psicoterapia para situaciones de acompañamiento y duelo que representan los tres contextos comunicativos (malas noticias, situación de últimos días y seguimiento del duelo) objeto de análisis en la presente investigación.

3.2.1 La comunicación de malas noticias

Bien es cierto que dentro de la comunicación existen tantas formas de comunicar malas noticias como médicos y enfermos existen. No existe una fórmula mágica, pero muchos autores han hecho referencia a la individualización del paciente y a la atención según sus necesidades (Sánchez Martos 2014: 96-104), o a la atención hacia la cultura y los patrones sociales (Mostafazadeh-Bora y Zarghami 2017), de lo que podemos deducir la necesidad de servicios de interpretación profesionales, si el paciente no es autóctono. Según la revisión sistemática de publicaciones sobre cómo dar malas noticias de Cavalari Camargo, Gonçalves de Lima, Brietzke *et al.* (2019: 336) cada vez más se tiende a la humanización en medicina:

Debe considerarse que existe una tendencia temporal, actualmente, a hablar sobre la formación médica y su humanización. Esto queda demostrado por el mayor número de artículos que encontramos en la última década en comparación con el siglo pasado, reflejándose en el 96,3% de los artículos. Esto quiere decir que estamos construyendo una formación médica más empática y solo puede significar una ganancia para el cuidado del paciente.

Conviene recordar qué es una mala noticia en medicina y una de las definiciones más claras y concisas es la de García Díaz (2006: 453):

Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro. El resultado es un desarreglo emocional o de comportamiento que persiste un tiempo después de que la mala noticia es recibida.

Payán, Montoya, Vargas *et al.* (2009) y Payán (2012: 35) añaden el sentimiento de desesperanza y define una mala noticia como:

Toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica donde hay sentimientos de desesperanza, percepción de amenaza al estado mental o físico de la persona, riesgo de perturbar el estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontar el reciente suceso.

Comunicar malas noticias es -o debería ser- una habilidad imprescindible para los profesionales sanitarios, a pesar de que a lo largo de la historia ha quedado como una tarea en segundo plano eclipsada por aspectos técnicos de la práctica médica (García Díaz 2006; Payán 2012) y por ello, los estudios centrados en protocolos y consejos son bien recibidos por los profesionales (Afghani, Besimanto, Amin y Shapiro 2011; Supe 2011). No obstante, la dificultad que supone el comunicar una mala noticia radica en el hecho de que, en la mayoría de ocasiones, implica anunciar que no existe una cura para una enfermedad (Paiva 2011) o diagnósticos menos graves, pero para toda la vida, como enfermedades crónicas, discapacidades o pérdidas funcionales (Vandekieft 2001; Payán 2012). No obstante, también es cierto que existen pacientes que no quieren conocer la verdad y es aquí donde el profesional sanitario tiene la tarea añadida de replantearse el revelar un diagnóstico adverso (García Díaz 2006: 455).

Existen distintos estudios que han analizado posibles factores que afectan a la reacción del paciente ante la recepción de una mala noticia como el equilibrio emocional, características culturales, características socio-económicas, apoyo social disponible, si ha habido alguna pérdida anterior, gravedad de la enfermedad en el momento de la mala noticia, edad, o relación con el médico (Ptacek y Eberhardt 1996; Maguire 1998; Gómez Sancho 1999; Fallowfield y Jenkins 2004; Payán 2012).

Son muchos los estudios sobre las dificultades que manifiestan los profesionales cuando se enfrentan a la tarea de comunicar malas noticias (Rappaport y Witzke 1993; Eggly, Afonso, Rojas *et al.* 1997; Tsai, Liu, Lee *et al.* 2008; Shaw, Brown y Dunn 2015). Gabilondo (1999) comentó los miedos a los que se puede enfrentar el personal sanitario de cuidados paliativos y autores como Fallowfield y Jenkins (2004) o García Díaz (2006) han tratado los temores de los profesionales sanitarios a la repercusión de lo que una mala noticia puede conllevar. Este último autor (*ibid.* 457) enumera el temor a causar dolor, el temor al fracaso terapéutico, el temor jurídico-legal y el temor a expresar las propias emociones. Tang, Fang, Fang y Fujimori (2013), en su estudio sobre el personal sanitario, concluyen que hay profesionales que son incapaces de mostrar sus sentimientos ni empatía. Por tanto, la forma en la que se comunica una mala noticia es importante tanto para el paciente como para el profesional sanitario. Por ello, algunos estudios se han centrado en la necesidad de incluir las habilidades comunicativas en las facultades de medicina para que no sean conceptos que se adquieran espontáneamente en la práctica profesional (Ury, Berkman, Weber *et al.* 2003; Hebert, Butera, Castillo *et al.* 2009) y puedan practicarse con el objetivo de mejorar la comunicación médico-paciente (Stewart 1995; Stewart, Brown, Donner *et al.* 2000; Cavalari Camargo, Gonçalves de Lima, Brietzke *et al.* 2019).

No hay que olvidar que quien recibe una mala noticia no olvida dónde, cómo ni quién se la dio (Fallowfield 1993; Payán 2012). Por ende, los oncólogos son los especialistas que más preocupación han mostrado sobre el problema de la necesidad de adquisición y mejora de destrezas comunicativas (Simpson, Buckman, Stewart *et al.* 1991). Buckman elaboró un protocolo para dar malas noticias, el llamado protocolo SPIKES que amplió junto a otro investigador y oncólogo, Baile, unos años más tarde (Baile y Buckman 2000) y que describimos a continuación.

3.2.1.1 El modelo SPIKES

Conocido por su calidad investigadora y referente en comunicación y malas noticias, Buckman (1984, 1992, 1997, 2001, 2010) es el autor del modelo SPIKES (1992). Este modelo fue ampliado y redefinido por Baile, Buckman, Lenzi *et al.* en el año 2000. Además, Buckman, en su última obra (2010) lo publicó con ejemplos prácticos acompañado de un DVD con vídeos.

El modelo *SPIKES Model (Setting Perception Invitation Knowledge Emotions Strategy Summary)* se basa en el protocolo desarrollado anteriormente por Baile *et al.* (2000) para enseñar a comunicar malas noticias cuyo principio es «before you tell, ask» (Buckman 1992 [2010]). Este modelo incluye una parte dedicada a la comunicación de información complicada en oncología y a cómo se ha de derivar a cuidados paliativos. Como hemos mencionado anteriormente, la preocupación por la comunicación de malas noticias ha ido en aumento por ser uno de los momentos más complicados para los profesionales sanitarios.

Este protocolo se basa en seis pasos (Buckman 2001: 999):

- Setting (context and listening skills)
- Patient's Perception of condition and seriousness
- Invitation from patient to give information
- Knowledge (explaining medical facts)
- Explore emotions and empathize as patient responds
- Strategy and summary

Dada la trascendencia que tuvo -y sigue teniendo- se tradujo al español como EPICEE (Buckman, Korsch y Baile 2000) con sus seis fases (Entorno, basado en la preparación de la entrevista; percepción del paciente para descubrir qué sabe; invitación para identificar qué quiere saber; comunicar la información al paciente; Empatía basada en responder a las reacciones del paciente y estrategia para diseñar un plan terapéutico a seguir).

Entorno

En esta primera parte del protocolo se recomienda acomodar el lugar para poder mantener la intimidad y privacidad del paciente. Además, se otorga una gran importancia a la escucha activa, el contacto visual y físico y el control del tiempo. El modelo también recomienda preguntar al paciente si desea que alguno o varios miembros de la familia estén presentes.

Es importante también recordar que el tiempo puede ser un obstáculo porque no se suele disponer de mucho tiempo para cada paciente. Buckman (2010: 5) comparó el tiempo de la consulta con un reloj de arena que hace una balanza entre las preocupaciones de ambos y el plan a seguir.

También recuerda que no se puede dejar que los problemas vayan cayendo como la arena, sino que hay que abordarlos teniendo en cuenta los beneficios, los riesgos, los efectos secundarios y las emociones y circunstancias del paciente:

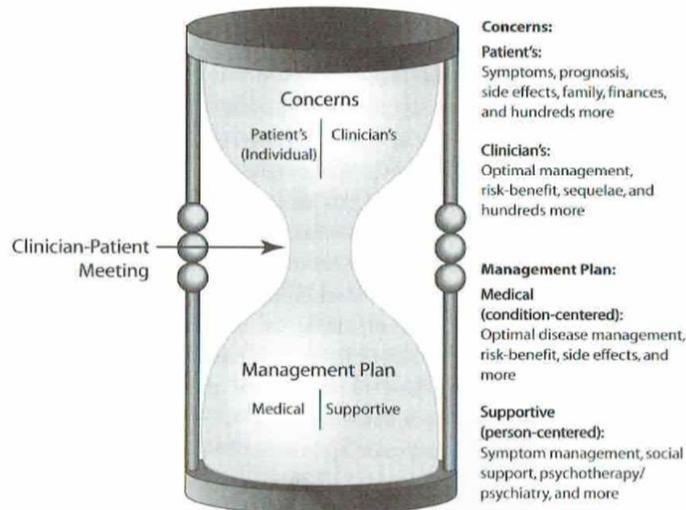


Imagen 5. «The Hourglass» extraída de Buckman (2010:5)

Percepción del paciente

Atender a la percepción del paciente es descubrir qué sabe, por tanto, según este protocolo es aconsejable preguntar antes de decir. Incluso se enumeran algunos ejemplos «Before I go on to tell you about the results, why don't you tell me what you've been thinking?», «when you first developed unsteadiness while walking, what did you think was going on?» o «what did the referring medical team tell you about your medical condition?» (Buckman 2001: 999-1000) o «hasta el momento, ¿qué le han dicho que tiene?» o «¿recuerda para qué le hicimos esta prueba?» (vid. Payán 2012: 37). Tras este tipo de preguntas, es necesario prestar atención al vocabulario y al lenguaje no verbal que emplea el paciente para comprender su nivel de entendimiento de la situación.

Invitación

Esta tercera directriz significa averiguar qué quiere saber el paciente y hasta dónde quiere saber, aunque se recomienda no mentir ni ocultar información porque puede conllevar al fracaso comunicativo. Algunas frases que se recomiendan son «are you the sort of person who'd like to know exactly what's going on? (¿es usted del tipo de persona que le gusta saber exactamente qué está ocurriendo?) o «would you like me to go on and tell you exactly what the situation is and what we recommend?» (¿le gustaría que le explicase exactamente como está la situación y cuáles son nuestras recomendaciones?) (Buckman 2001: 1000).

Comunicación

Una vez tenemos la idea de lo que el paciente quiere conocer, el siguiente paso del protocolo es la comunicación de la información de una manera entendible. Se recomienda dar la información en pequeños trozos y de manera gradual para que sea más fácil procesarla y asegurarse de la comprensión con ejemplos como «¿quiere que le aclare alguna cosa en particular?» (*vid.* Payán 2012: 38) o «do you follow what I'm saying?» (¿me sigue?) (Buckman 2001: 1001). Es de crucial importancia según el protocolo utilizar un discurso narrativo lineal y explicar la secuencia de lo que ha ocurrido y añaden como ejemplo «when you became short of breath we didn't know whether it was just a chest infection or something more serious so that's when we performed the chest radiograph» (*ibid.*, 1001). Otra de las recomendaciones para facilitar la comprensión es el uso de diagramas y dibujos, evitar el optimismo engañoso y permitir interrupciones.

Empatía

En este modelo se resalta el explorar las emociones del paciente, entenderlas y hacerle saber que las ha entendido para fomentar la respuesta empática. De ahí la importancia de respetar los silencios y el llanto, abordar las emociones y apoyar. Una técnica que puede ser útil es señalar que el profesional sanitario también está sufriendo por esa mala noticia con expresiones como «I'm finding this difficult to tell you, but I must explain that the latest MRI image showed...» (Me resulta difícil comunicárselo, pero le debo explicar que las últimas imágenes de la resonancia indican...) (Buckman 2001: 1002).

Estrategia

La última parte se basa en el cierre de la entrevista y diseñar un plan a seguir. Es importante asegurarse que el personal del equipo va a poder atender los síntomas, responder a las preguntas o atender otro tipo de necesidades que tenga el paciente o la familia. Si se sigue el protocolo, los autores están convencidos de que se puede transmitir la información con tacto y mostrando apoyo al paciente a la vez que se evita el esconder u ocultar sucesos. De ahí que, en su visión, no se trata de elegir entre mentir o decir la verdad, sino cómo decir la verdad.

En su ampliación del modelo en 2010, también incluye un apartado dedicado a las posibles reacciones del paciente tras la recepción de la mala noticia. El autor diferencia entre respuestas adaptativas, inadecuadas y no adaptativas. En sus palabras, la respuesta adaptativa es la que ayuda a sobrellevar la situación (Buckman 2010: 46) «an adaptive response is one that reduces the stress or the impact of the situation; in other words, it is a coping strategy»; una respuesta inadecuada sería mostrar desesperanza «the emotion of despair is an unpleasant one and in itself is a condition or a secondary diagnosis precipitated by the medical condition» (*ibid.*, 46) y si no existe adaptación ni desesperanza aparecen otras emociones y es cuando se considera no adaptativa como el miedo, el enfado, el choque psicológico o la negación (*vid.* Buckman 2010: 47-59).

3.2.1.1.1 Variantes del estudio SPIKES

Aunque el protocolo SPIKES sea el más relevante, el propio autor en su ampliación en 2010 recoge otros protocolos variables para cuando se dan situaciones que no pueden ser cubiertas por el mencionado protocolo. Estos protocolos son el CONES (para errores médicos), el HARD (para resolver conflictos), el SAFER (para comunicar de manera efectiva y centrada en el paciente), el ROSE (para preparar una comunicación complicada) y el CONERS (para solicitar una autopsia o donación de órganos) que describimos a continuación.

3.2.1.1.1.1 El protocolo CONES

El protocolo CONES (*context, opening remark, narrative, emotions, strategy and summary*) de Buckman (2010: 74-89) es el indicado para comunicar errores médicos, por ejemplo, cuando en urgencias se ha dado un diagnóstico, pero tras las pruebas realizadas se descubre un error en el diagnóstico. En este estudio seguiremos la traducción al español de Bascuñán y Arriagada (2016: 1187) como CANEP (contexto, apertura, narrativa, emociones, plan y resumen) y que recopilamos a continuación:

SPIKES	CONES	EPICEE	CANEP
Setting	Context	Entorno	Contexto
Perception	Opening remark	Percepción del paciente	Apertura
Invitation		Invitación	
Knowledge	Narrative	Comunicación	Narrativa
Emotions	Emotions	Empatía	Emociones
Strategy and summary	Strategy and summary	Estrategia	Plan y resumen

Cuadro 3. Traducciones de los protocolos SPIKES y CONES

Si en el protocolo SPIKES el principio fundamental era escuchar y preguntar antes de hablar, en este escenario cambia el orden puesto que se ha de comunicar el error médico y después escuchar la réplica del paciente quiera este saberlo o no «when there has been a medical error, in most situations you will be obliged to tell the patient about it, whether he or she overtly wants to hear it or not» (Buckman 2010: 75). Por tanto, para comunicar un error se deben tener en cuenta la situación de la persona e identificar cómo este error puede evitarse o subsanarse en el futuro. Para ello, el autor varía el modelo SPIKES e incorpora la primera máxima en la de emoción y la segunda en la de estrategia.

En la fase del contexto, el autor recomienda el contacto físico para conducir la comunicación del error de la mejor manera posible y ocasionando el mínimo daño al paciente. Así pues, recomienda crear un ambiente relajado, que el contacto visual esté a la altura de los ojos del paciente y presentarse (*vid.* Buckman 2010: 79).

La apertura (*opening remark*) es una parte crucial para sentar las bases de lo que será el desarrollo de la consulta por lo que recomienda emplear frases como «*I'd like to talk to you about what's going on in the last few hours*» o «*I'd like to discuss your mother's current condition and what has been going on*» (Buckman 2010: 79).

En esta parte el autor reflexiona sobre si se debe pedir disculpas o perdón y matiza que, si el profesional lo considera adecuado, puede demostrar empatía o arrepentimiento «it can be an expression of sympathy (I am sorry for you) or a statement of regret with an implication of responsibility as when we ordinarily say ‘oops, sorry’» (*ibid.*, 80).

En la siguiente parte, la narrativa, se deben conseguir dos objetivos: aportar un orden cronológico de los sucesos y responder a todas las emociones o preguntas que el paciente o familiar exprese. Para ello, el autor da tres consejos: responder con la máxima veracidad, admitir lo que se desconoce y aceptar que el pronóstico puede ser grave (*vid. Buckman 2010: 81-83*).

En cuanto a la parte centrada en las emociones, se indica que suelen ser fuertes cuando se comunica el error, por lo que se recomienda una respuesta empática para que el paciente sepa que se le entiende y que tiene permiso a sentirse así. Por lo que el autor recuerda no juzgar las emociones, sino dejar que el paciente las experimente:

The empathic response, by simply identifying the emotion that is there, is nonjudgmental. When you make an empathic response, you are not making a judgement about whether the emotion is appropriate in your view or in proportion to the import of the news. You are simply stating that you have seen that the patient is experiencing it (*Buckman 2010: 85*).

El autor recomienda aplicar esta variable CONES del protocolo SPIKES en caso de comunicar una pérdida, un deterioro repentino o consecuencias inesperadas. Para ello, recomienda que se centren en la parte narrativa para que el familiar pueda entender el desarrollo de la situación. Además, añade que, en su opinión, cuando se pregunta si el familiar ha muerto, las palabras tienen que ser lo más exactas posibles porque el uso de eufemismos puede llevar a confusión:

Although this is very much a matter of personal style, I strongly recommend that you use the words dead or has died and not euphemisms such as passed on or passed away. Rarely, such words and euphemisms can be misunderstood (with awkward consequences). This is one of the few moments when the exact words do matter (*Buckman 2010: 88*).

Por último, el autor es consciente de que el protocolo no es magia, ya que comunicar un error o una pérdida nunca puede ser una tarea sencilla. No obstante, su aspiración es que sirva como herramienta de reflexión y ayuda en la práctica.

3.2.1.1.1.2 El protocolo CONERS

El CONERS (*context, opening remark, narrative, emotions, request, strategy and summary*) es el recomendado cuando se requiere la solicitud de una autopsia o una donación de órganos (*Buckman 2010: 106-112*). El lema de este protocolo sería ‘buenos abordajes para malos tiempos’ («good approaches at bad times») (*Buckman 2010: 107*).

El único elemento que difiere del protocolo SPIKES es el quinto que, en este protocolo, se centra en la solicitud de la autopsia o la donación. En ocasiones, este paso lo facilita el que los familiares ya hayan pensado en una de estas opciones. Sin embargo, no siempre es así y se recomienda empezar por frases introductorias como «I'd like to ask you about a subject that a lot of people find a bit difficult» o «now I'm afraid I have to ask you about something that is probably difficult for you» (*ibid.*, 112).

Si esta parte era importante, también influirá en cómo se lleve a cabo el último paso que es el de plantear una estrategia a seguir según la respuesta de los familiares al paso anterior.

A continuación, proponemos una traducción para este protocolo (CANESP) y una tabla para esclarecer las fases correspondientes:

SPIKES	CONERS	EPICEE	CANESP
Setting	Context	Entorno	Contexto
Perception	Opening remark	Percepción del paciente	Apertura
Invitation		Invitación	
Knowledge	Narrative	Comunicación	Narrativa
Emotions	Emotions and request	Empatía	Emociones y solicitud
Strategy and summary	Strategy and summary	Estrategia	Plan y resumen

Cuadro 4. Traducción de los protocolos SPIKES y CONERS

3.2.1.1.1.3 El protocolo HARD

El protocolo HARD (*High emotions, acknowledge, rules, de-escalate*) es fruto de la variable centrada en resolver conflictos (Buckman 2010: 90-95). Este protocolo está pensado para activarse cuando se descubran los primeros signos de un conflicto. De ahí que la premisa de este protocolo sea buscar una solución para no agravar el conflicto («some solutions that don't make the problem worse», *ibid.*, 91).

El primer paso (*High emotions? High stakes? Hurried? Harried? Hassled?*) se debe activar cuando una de las 'cinco haches' (por las palabras en inglés) aparece ya sea en el paciente o en el propio personal sanitario. Por ello, es importante reconocer también cómo el estrés puede afectar al personal sanitario que atiende al paciente para no llegar a esos extremos y evitar un posible conflicto.

El segundo paso es el reconocimiento de los efectos que puede tener en nosotros mismo una situación conflictiva y verbalizarlos al paciente. Un ejemplo que señala el autor es «this is a difficult situation for both of us here» (*ibid.*, 93) ya que confía en que el reconocimiento es sinónimo de reducción de tensión y estrés.

Una vez reconocida estas alertas, hay que sentar las reglas y límites del conflicto con la otra parte. Es recomendable hacerlo de manera calmada porque, en ocasiones, los conflictos se pueden ocasionar por malentendidos. Un ejemplo para servir de guía sería «look, we do have to be reasonable to each other: it's not going to work if you simply insist on getting the treatment a week early» (*ibid.*, 93).

Cuando ya se han establecido los límites, la siguiente tarea es la de realizar una desescalada para solucionar el conflicto. Una de las técnicas que recomienda el autor es el encontrar un punto intermedio de entendimiento y compromiso de las partes; obviamente cuando la solución sea factible en términos médicos.

Finalmente, con este protocolo de cuatro pasos, el autor pretende dotar de trucos al profesional para ayudarle a anticiparse y controlar o solucionar un posible conflicto.

En el siguiente cuadro proponemos una traducción para este protocolo (ERLID) y las variables correspondientes al protocolo EPICEE:

SPIKES	HARD	EPICEE	ERLID
Setting	High emotions	Entorno	Estallido emocional
Perception		Percepción del paciente	
Invitation		Invitación	
Knowledge	Acknowledge	Comunicación	Reconocimiento empático de alertas
Emotions		Empatía	
Strategy and summary	Rules and de-escalate	Estrategia	Límites y desescalada

Cuadro 5. Traducción de los protocolos SPIKES y HARD

3.2.1.1.1.4 El protocolo SAFER

El protocolo SAFER (*setting and starting, agenda, facts, enquiries and emotions, reinforcers and wrap-up*) tiene por objetivo el comunicar de manera veraz, pero a la vez interactiva y efectiva (Buckman 2010: 96-105). Por tanto, iría más orientado a individualizar al paciente y dejarle un tiempo para resolver preguntas o dudas. De ahí que la premisa sea hacer el proceso de comunicación efectivo, veraz e interactivo («how to make giving information truly interactive», *ibid.*, 97) y se refuercen las dos últimas partes (*emotions and enquiries y reinforcers*). Para el autor, el que el paciente tenga opción de preguntar va a influenciar directamente el cómo afronte después la siguiente parte del tratamiento, consulta o enfermedad.

El primer paso coincide con el primer paso del protocolo SPIKES y su variable CONES donde la importancia recae sobre establecer un ambiente calmado, presentarse, mantener el contacto visual y activar la escucha.

Conviene tener en cuenta que cuando se tratan asuntos médicos, aunque sean menores, para el paciente pueden ser graves y que le sea difícil verlo con perspectiva por lo que un segundo paso puede ayudar. Esta ayuda se basa en enumerar lo que se va a explicar para que el paciente puede saber de antemano lo que se va a tratar y se sienta más involucrado.

Una vez enumerados los temas a tratar, pasamos a la explicación más detallada. Es aconsejable encontrar el punto de comprensibilidad del paciente por lo que se recomienda ajustar el vocabulario de acuerdo con el bagaje del paciente.

El siguiente paso (*enquiries and emotions*) puede ocurrir de manera simultánea al anterior ya que el paciente puede interrumpir para preguntar o esperar a que termine el profesional su explicación. Una vez más, se recomienda la respuesta empática y cubrir todas las emociones que manifieste el paciente.

Finalmente, conviene reforzar la información esencial a través de notas, folletos, vídeos, teléfonos de contacto, etc. para el paciente. De este modo, los materiales deben estar en formato impreso para que el paciente pueda revisarlos más tarde. El autor también recuerda que es importante un buen manejo del tiempo de la consulta para poder cubrir todas las partes.

Seguidamente proponemos una traducción para este protocolo (EPERE):

SPIKES	SAFER	EPICEE	EPERE
Setting	Setting and starting	Entorno	Entorno y presentación
Perception	Agenda	Percepción del paciente	Planificación
Invitation		Invitación	
Knowledge	Facts	Comunicación	Explicación comprensible + Respuesta empática
Emotions	Enquiries and emotions	Empatía	
Strategy and summary	Reinforcers and wrap-up	Estrategia	Refuerzo y estrategia

Cuadro 6. Traducción de los protocolos SPIKES y SAFER

3.2.1.1.1.5 El protocolo ROSE

El protocolo ROSE (*recognize the tough, organize your objectives, strategize, exhale*) está diseñado para la preparación para una comunicación complicada (Buckman 2010: 120-125). Este protocolo está pensado para cuando no estamos seguros de si las anteriores variables resultarán efectivas o no. De ahí que la premisa sea la recopilación de consejos que se puedan seguir («these are all tips that you can use», *ibid.*, 121) cuando se prevé que la situación va a ser difícil. Por tanto, se trata más bien de un protocolo de anticipación y preparación.

El primer paso trata de reconocer posibles situaciones complicadas como unos resultados negativos que no se esperaban, problemas psiquiátricos, reacciones adversas, etc. Una vez hemos detectado el posible foco de complicación, es el momento de organizar las ideas y objetivos para que estén más claros en el momento de comunicarlos. Tras la organización viene la estrategia y decidir si el modelo SPIKES o una variable es la mejor para dicho caso. Finalmente, respirar y controlar las emociones.

El propio autor crea estos modelos y los contextualiza como guía para evitar que los profesionales sanitarios se sientan desorientados o perdidos. Por esto, su aspiración es que los profesionales sean recordados de la mejor manera por sus pacientes por haber demostrado unas habilidades comunicativas efectivas reconociendo las emociones de los pacientes e individualizando y personalizando la comunicación en cada situación.

En la siguiente tabla se puede observar una propuesta de traducción para el protocolo (ROEE):

SPIKES	ROSE	EPICEE	ROEE
	Recognize the tough		Reconocimiento de complicaciones
	Organize your objectives		Organización de objetivos
Setting, Perception, Invitation, knowledge, emotions, strategy	Strategize	Entorno, percepción del paciente, Invitación, comunicación, empatía, estrategia	Estrategia
	Exhale		Exhalar

Cuadro 7. Traducción de los protocolos SPIKES y ROSE

3.2.1.1.2 Recopilación y contraste de los modelos

Como hemos mencionado en este apartado, el protocolo SPIKES es el más utilizado, estudiado e investigado, pero el propio autor decidió ampliar este protocolo en 2010 con posibles variantes adaptadas a distintas situaciones que también hemos descrito y que, a continuación, recopilamos junto con las traducciones propuestas:

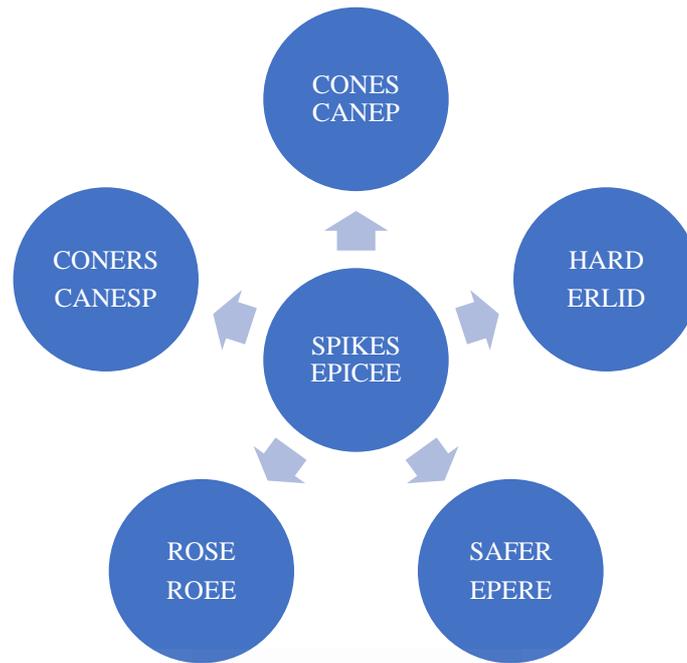


Figura 2. Protocolo SPIKES y sus variantes

El siguiente cuadro muestra una recopilación del protocolo principal y sus variantes, así como la equivalencia y variaciones de los modelos propuestos:

SPIKES (Buckman 1992; Baile, Buckman <i>et al.</i> 2000)	CONES (Buckman 2010)	CONERS (Buckman 2010)	HARD (Buckman 2010)	SAFER (Buckman 2010)	ROSE (Buckman 2010)
Breaking bad news	Disclosing error	Requesting autopsy or organ donation	Resolving conflict	Giving information effectively	Preparing for a difficult conversation
					Recognize the tough
					Organize your objectives
Setting	Context	Context	High emotions	Setting and starting Agenda	Strategize
Perception	Opening remark	Opening remark		Acknowledge	
Invitation		Narrative	Enquiries and emotions		
Knowledge	Emotions	Emotions and request	Rules and de-escalate		
Emotions	Strategy and summary	Strategy and summary			
Strategy and summary					Exhale

Cuadro 8. Resumen del protocolo SPIKES y sus variantes

Finalmente, el cuadro siguiente recoge el protocolo principal EPICEE traducido por Buckman, Korsch y Baile (2001), la variante CANEP traducida por Bascuñán y Arriagada (2016) y las otras cuatro variantes cuya traducción es la propuesta en este trabajo de investigación por ausencia de traducciones en la literatura que hemos revisado:

EPICEE (Buckman, Korsch y Baile 2001)	CANEP (Bascuñán y Arriagada 2016)	CANESP	ERLID	EPERE	ROSE
Comunicar malas noticias	Comunicar errores	Solicitar una autopsia o donación de órganos	Resolver conflictos	Comunicar de manera efectiva	Prepararse para una conversación complicada
					Reconocimiento de complicaciones
					Organización de objetivos
Entorno	Contexto	Contexto	Estallido emocional	Entorno y presentación	Estrategia
Percepción del paciente	Apertura	Apertura		Reconocimiento empático de alertas	
Invitación			Narrativa		
Comunicar	Emociones	Emociones y solicitud	Límites y desescalada	Refuerzo y estrategia	
Empatía	Plan y resumen	Plan y resumen			
Estrategia					

Cuadro 9. Traducción del modelo SPIKES y sus variantes

Por último, conviene recordar que la pretensión del autor es mejorar la comunicación y, por ende, la tarea de los profesionales sanitarios, para que los pacientes también reciban una mejor atención.

3.2.1.1.3 Estudios posteriores

Precisamente por esta afirmación final con la que cerrábamos el apartado anterior (la importancia recae sobre cómo comunicar la verdad a cada paciente según sus circunstancias) es por la que el modelo ha influenciado otros autores como (Muller 2002; Stephanie, Back, Block *et al.* 2002; García Díaz 2006; Acedo 2016) y sigue siendo estudiado para ayudar a los profesionales sanitarios como, por ejemplo, por Cavalari Camargo, Gonçalves de Lima, Brietzke *et al.* (2019).

Muller (2002) resaltó la necesidad de formación en este tipo de protocolos por parte de los profesionales sanitarios a lo que Fallowfield y Jenkins (2004) añadieron la necesidad para no caer en el síndrome del *burnout* (agotamiento profesional). Por su parte, Stephanie, Back, Block *et al.* (2002) resaltaron la utilidad del modelo ya que los médicos suelen tener miedo a destrozarse la esperanza del paciente cuando dan una mala noticia. Por otro lado, García Díaz (2006: 460-461) añadió reflexiones sobre el papel de la familia en la unidad de cuidados intensivos, la toma de decisiones con respecto a la suspensión del soporte vital y la petición de órganos para trasplante. Bascuñán (2013) pone de manifiesto la necesidad de seguir el protocolo, pero, además tener en cuenta el autoconocimiento y el autocuidado. Acedo (2016) aplicó este modelo en su investigación centrada en la influencia de la cultura en la experiencia de pacientes con cáncer. En otros estudios (Ramaswamy, Williams *et al.* 2014 y Coutinho y Ramessur 2016) se ha entrevistado al personal sanitario formado con el protocolo SPIKES cuyos resultados están encaminados a que aumente su seguridad al dar malas noticias. No obstante, ninguno de estos dos estudios ha comparado a los profesionales con esta formación frente a los que no la tiene por lo que se puede deducir, pero no constatar completamente el beneficio del uso del protocolo.

3.2.2 La comunicación en situaciones de últimos días y duelo

Si en el contexto de malas noticias, el lenguaje juega un papel fundamental, como hemos relatado con el modelo de Buckman, la intensidad de las emociones en los últimos momentos de vida y las circunstancias de la pérdida afectan directamente a cómo nos comunicamos y cómo recibimos las noticias que nos van dando. Por ello, a la comunicación se le otorga el papel principal en el afrontamiento de los últimos días, tanto por parte del paciente como de su entorno, ante el fallecimiento y para sobreponerse ante la pérdida.

Comprender y hacer ver que se comprende el caos emocional por el que se pasa en situaciones de final de vida y duelo es fundamental para que la persona pueda morir tranquila y su entorno pueda elaborar el duelo. Cierto es que, si antes explicábamos que una comunicación personalizada e individualizada puede ayudar en estas situaciones, el duelo también es un proceso para el que cada persona tendrá unas necesidades de acuerdo con factores sociales, circunstanciales, culturales y personales. La disciplina que ha abordado el proceso de la muerte y del duelo teniendo en cuenta estos factores junto a una visión humanista ha sido la psicoterapia. Dedicaremos los siguientes apartados a exponer los conceptos y modelos clave dentro de la psicoterapia del duelo que conforman el marco teórico de las situaciones a analizar en el corpus.

3.2.2.1 Introducción a la psicoterapia

Hay personas cuyas vivencias han sido tan complejas que han necesitado ayuda para sobreponerse al intenso dolor y poder reorganizar su vida. Sin embargo, existen casos en los que las malas noticias y la pérdida de seres queridos se han asociado a problemas de salud y psicológicos (Parkes 1975; Genevro 2004; Stroebe, Schut y Finkenauer 2001; Stroebe, Hansson, Schut *et al.* 2008). Las normas de cortesía particulares de cada sociedad y cultura también condicionan las relaciones de afecto que determinan las reacciones a malas noticias o los procesos del duelo. Una de las prácticas más relevantes desde la medicina que se han centrado en las relaciones de ayuda, acompañamiento en final de vida y duelo es la rama relacional e integradora de la psicoterapia cuyo principio básico es que todas las estrategias de defensa de una persona tras sufrir una pérdida tienen como objetivo mantener el bienestar y aliviar el sufrimiento (Payás Puigarnau 2010: 211). Conviene aclarar la diferencia entre *counseling* y psicoterapia.

3.2.2.1.1 Diferencias entre psicoterapia y *counseling*

Es conocida por muchos profesionales sanitarios la práctica del *counseling*⁸¹ y así se ha plasmado en diferentes artículos de las revistas *Journal of Palliative Care*, *Palliative Medicine* y *Journal of Clinical Oncology*. Se trata de una comunicación terapéutica que ayuda a acompañar al paciente de manera más adaptada a lo que este necesita o desea. Como hemos indicado, se trata de una práctica, por lo que recae sobre el personal sanitario el hacer uso de la misma o no. Una de las definiciones, a nuestro juicio, más claras es la aportada por Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003: 36):

El *counselling* es un proceso interactivo, en el que, rescatando el principio de la autonomía de la persona, se ayuda a ésta a tomar las decisiones que considere más adecuadas para ella en función de sus valores e intereses. En otras palabras: es el arte de hacer reflexionar a una persona, empatizando y confrontado, por medio de distintas estrategias comunicativas, de tal modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para ella y siempre teniendo en cuenta su estado emocional. No es hacer algo por alguien; sino hacerlo con él.

Diríamos que el *counseling* se basa en una relación de ayuda que incluye el apoyo emocional en una situación concreta, difícil o de crisis. La psicoterapia incorpora técnicas específicas de la psicología y puede estar basada o no en la técnica del *counseling*, pero se aplica para tratar problemas o diagnósticos específicos, es decir, no se trata solo de ayudar sino de acompañar, guiar e intervenir para obtener un cambio de pensamientos, sentimientos o conductas.

⁸¹ Tanto '*counselling*' como '*counseling*' están aceptadas. La primera se prefiere en la británica americana y la segunda en la americana. En este trabajo se combinan ambas por concordancia con la fuente de consulta.

Si aplicamos estas dos perspectivas al terreno del duelo, observamos que las intervenciones en duelo suelen tener como objetivo el ayudar a las personas que están pasando por ese proceso a gestionar los problemas que aparecen tras una pérdida (Stroebe, Schut y Finkenauer 2001). En todo el mundo existen formatos que intentan llegar a dicho fin como grupos de ayuda, programas específicos en cuidados paliativos, unidades de salud mental, organizaciones y asociaciones. No obstante, existen interrogantes sobre qué ayuda es mejor para un usuario determinado, en qué momento, la efectividad de distintas intervenciones o la disponibilidad y acceso. El modelo objeto de estudio de la presente investigación parte de la psicoterapia integrativa-relacional aplicada al duelo que detallamos a continuación.

3.2.2.2 Introducción a la psicoterapia del duelo

El duelo forma parte del ciclo de la vida; sin embargo, no solemos detenernos en reflexionar sobre ello ni contactar con nuestras emociones y menos si son dolorosas. No obstante, en algún momento de la vida, todos nos vemos envueltos en una situación de duelo para la que lo más probable es que necesitemos ayuda. Como ya hemos avanzado, en esta investigación esa ayuda viene dada desde la psicoterapia del duelo.

3.2.2.2.1 Antecedentes al modelo de las cuatro dimensiones

El duelo ha sido abordado durante muchos años desde la teoría del psicoanálisis por autores como Freud (1948; 1953) como un proceso donde el doliente se desvincula de los nexos de unión que tenía con la persona fallecida a través de un trabajo y unas tareas. Bowlby (1986) unos años más tarde y tras sus estudios establece unos estadios posteriores a la desvinculación. Parkes (1975) empieza a hablar de fases como la etapa de protesta y desesperación. Pero la pionera en el abordaje del duelo como proceso dinámico fue Kübler-Ross (1969) y su estudio descriptivo de las fases de adaptación a una enfermedad en el final de vida y, por consiguiente, en duelo.

El modelo de las cuatro dimensiones de Payás Puigarnau (2010) parte de la concepción del duelo como proceso dinámico de Kübler-Ross (1969) y del abordaje por tareas de Worden (1997).

Kübler-Ross (1926-2004) fue médica psiquiatra y autora de muchos libros de autoayuda. Su interés por este tema empezó tras las visitas a campos de exterminio nazi después de la guerra. Fue entonces cuando concibió la muerte como un amanecer en otro estado de vida. Tras su muerte en 2004, su fundación⁸² se ocupa de seguir con el legado que dejó para ayudar a paliar el dolor en enfermos terminales y a sus familias.

⁸² Enlace a la Fundación Elisabeth Kübler Ross <https://fundacionekr.org.mx/>

Su modelo de cinco fases fue expuesto en su obra *'On death and dying'* traducida al español *'Sobre la muerte y los moribundos'* (1969) y significó una revolución en los cuidados paliativos, por defender que la muerte debe ser afrontada con serenidad, despegándose así de las visiones del psicoanálisis que concebían la muerte como un estado de tristeza desvinculante. Para elaborar su modelo se basó en las experiencias que tuvo tratando a pacientes en final de vida y fijándose en las respuestas que manifestaban tras la comunicación de que padecían una enfermedad irreversible (Kübler-Ross 1969: 61). A continuación, exponemos brevemente las cinco fases de su modelo:

Primera fase: negación y aislamiento

Para la autora, la negación aparece de manera angustiosa como reacción primera a una mala noticia o un diagnóstico con un pronóstico negativo. En sus palabras (Kübler-Ross 1969: 62) «la negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales». La negación irá poco a poco transformándose en una aceptación parcial, facilitando así el hablar de la realidad de la situación. Del mismo modo, también hay pacientes que pueden tender al aislamiento y solo querer compartir su estado con los profesionales sanitarios y así poder «hablar de su salud y su enfermedad, su mortalidad y su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas que pudieran existir una al lado de la otra, con lo que afronta la muerte, pero todavía conserva esperanza» (*ibid.*, 66).

La autora también normaliza en esta fase una reacción de conmoción temporal que viene dada porque en nuestro inconsciente creemos que somos inmortales. Si nunca antes se ha tenido contacto con la muerte por el fallecimiento de algún familiar o persona del entorno, el paciente puede sentir la necesidad de aislarse para asimilar lo inevitable.

Segunda fase: ira

Tras la negación suele aparecer la ira, la rabia, la envidia y el resentimiento y, como es esperable, la pregunta de ¿por qué yo? Según la autora, esta fase suele suponer más dificultades para la familia y los profesionales que atienden al paciente, ya que la ira «se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar» (Kübler-Ross 1969: 76). El paciente en esta fase normalmente recibe a la familia con pocas ganas y el personal sanitario se convierte en diana del disgusto.

La autora cree que esta fase viene por la falta de ponerse en el lugar del paciente y por no entender que su enfado puede venir por las actividades que ha tenido que interrumpir, los proyectos que han quedado parados, en definitiva, por el cambio que ha dado su vida. Los pacientes que suelen encontrarse hospitalizados y ven que su estado de salud se deteriora protagonizan escenas con el personal de enfermería, con los médicos que les piden pruebas desagradables, informes de hospitalización prolongada, necesidad de transfusiones, etc.

Por todo ello, el paciente tiene motivos más que justificados para quejarse y mostrar una actitud de ira. Por tanto, Kübler-Ross (*ibid.*, 80) resalta «la importancia de nuestra tolerancia ante la indignación racional o irracional del paciente».

Tercera fase: pacto

Esta tercera fase consiste en acordar con el paciente todos los pasos que se van a dar. Así pues, la autora (Kübler-Ross 1969: 115) describe que para estos pacientes el pacto es «un intento de posponer los hechos y fija un plazo de ‘vencimiento’ impuesto por uno mismo (por ejemplo, otra actuación, la boda de un hijo)». Por tanto, esta fase estaría relacionada con decir siempre la verdad y no prometer, ya que las promesas pueden desencadenar una sensación de culpabilidad oculta. Por este motivo, la autora cree firmemente que todos los profesionales que atienden al paciente deben estar en contacto porque la percepción o lo que cada uno recibe puede ser distinto y necesariamente puesto en común para afrontar los cuidados.

Cuarta fase: depresión

Cuando el paciente ya ha pasado la fase de negación, ira y ha ‘pactado’ lo próximo, la sensación que suele aparecer es la de pérdida; por ejemplo, una mujer que ha sido operada de cáncer de mama puede tener la sensación de la pérdida corporal. En ocasiones las pérdidas también vienen ocasionadas por largos periodos de hospitalización que se traducen en pérdidas de empleo, económicas o sociales que pueden conllevar una depresión. La autora menciona que el intentar estimular al paciente con el lado positivo puede no ser beneficioso en esta fase, sino que más bien habría que acompañarle y facilitarle el estado de aceptación de lo que va a ocurrir:

Nuestra reacción inicial ante las personas que están tristes generalmente es intentar animarlas, decirles que no miren las cosas desde una óptica tan torva o desesperada. Les instamos a mirar el lado alegre de la vida, todas las cosas positivas y llenas de colorido que les rodean. Esto, a menudo, es una expresión de nuestras propias necesidades, de nuestra incapacidad para tolerar una cara larga durante un periodo prolongado de tiempo (Kübler-Ross 1969: 119).

En esta fase de depresión, el dolor por pensar en el final también puede manifestarse y según la visión de la autora, los profesionales deben ser conscientes de este momento y acompañar, tanto al paciente como a los que le rodean, para que la muerte sea lo más aceptable y en paz posible. Así pues, la autora (Kübler-Ross 1969: 121) afirma que «solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase. Si las familias supieran esto, también ellas podrían ahorrarse mucha angustia innecesaria».

Quinta fase: aceptación

La autora comienza la explicación de esta quinta fase con la afirmación de que, si el paciente ha podido pasar por las fases anteriores, llegará a esta sin enfado ni depresión. Sin embargo, advierte que no hay que creer que la aceptación es una etapa feliz. Es más bien una transición final, como si el dolor ya hubiese desaparecido. Por tanto, suele ser la familia y el entorno los que más ayuda necesitan, incluso más que el paciente y así lo expresa (Kübler-Ross 1969: 150) «en estos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente porque cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye».

El modelo de Kübler-Ross ha sido trascendental -y sigue siéndolo- para muchos profesionales que atienden a pacientes moribundos, a familiares tras la muerte de seres cercanos, e incluso sus obras han servido como ayuda para muchos dolientes.

También supuso un punto de partida e inspiración para los investigadores en este ámbito entre los cuales citamos a Worden (1977); Payás Puigarnau (2010); Vega-Vega, González Rodríguez, Palma Torres *et al.* (2013); Contreras Herrera (2016) o García Hernández (2017).

El modelo que desarrolla Worden (1997 [2004; 2010]) parte de la teoría de la vinculación o apego de Bowlby (1986), cuya tesis se basa en que los apegos nacen de las necesidades de los humanos de sentirse protegidos y seguros para sobrevivir. Los vínculos suelen crearse en edades más tempranas y perdurar en el tiempo, pero cuando no es así y ocurre una situación que rompe estos vínculos o apegos, se pueden desencadenar reacciones emocionales adversas. Este autor indica cuatro tareas que se basan en: aceptar la realidad de la pérdida, experimentar el dolor del duelo, ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está y recolocar al fallecido emocionalmente para seguir viviendo.

Además del modelo por fases, el autor también propuso unas pautas para asesorar a la persona en duelo y facilitar el duelo normal o no complicado. No significa que estas personas no deban realizar las cuatro tareas, según su visión, sino que no tienen dificultad para realizarlas y afrontarlas.

Worden (1997) quiso ir más allá y describir un modelo por tareas que también incluyese factores externos. Su modelo diferencia tareas y no fases ya que mediante fases se da a entender que el duelo tiene unos límites de tiempo cuando su concepción es que cada persona tiene que realizar unas tareas que pueden dilatarse más o menos en el tiempo. A continuación, resumimos dichas tareas.

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida

Aunque pueda anticiparse o visionarse en algunas circunstancias que la muerte puede estar cerca, siempre existe una pequeña esperanza o sensación de que no va a ser así. En cambio, si son muertes por accidente o no esperadas la sensación de que no es verdad se amplía. Por ello, para el autor, la primera tarea consiste en aceptar la pérdida y la realidad de que esa persona no va a volver a nuestra dimensión. Esto puede complicarse si el doliente niega que la muerte sea irreversible. Además, aceptar la pérdida no significa negarla ni negar el significado como explica el autor mediante frases como «no estábamos tan unidos» (Worden 2010: 48) cuando se quiere esconder una realidad de fuerte unión. Otra manera que el autor clasifica como negación es practicar un «olvido selectivo» (*ibid.*, 49) eliminando aquello que hace daño de su mente.

Por tanto, conseguir aceptar la realidad de la pérdida es un proceso costoso por la implicación tanto a nivel intelectual como emocional. Para el autor «la persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera» (Worden 2010: 50) y es un dato que deben tener en cuenta los profesionales que atiendan al doliente.

Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Si la pérdida conlleva cambios a nivel intelectual y emocional, también ocurre con el dolor que puede ser tanto físico como emocional y conductual. Si bien es cierto que no todos los dolientes sienten ni expresan el mismo dolor, la mayoría siente dolor tras la pérdida. Para hablar de intensidad del dolor, Worden (1997, 2004, 2010) habla de ‘mediadores del duelo’ para referirse a factores que pueden ampliar o aliviar el dolor como la interacción con la sociedad.

Si esta segunda tarea se niega, los síntomas que se experimentarán pueden ser un bloqueo sentimental, la negación del dolor físico y los pensamientos dolorosos. Ya lo anticipó Bowlby (1986: 158) «antes o después, aquellos que evitan todo duelo consciente sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión». De aquí que Worden (2010: 53) esté en contra de medir el dolor a través del nivel de tristeza y disforia, y propone en cambio, ampliar este abanico de sentimientos a «la angustia, la ira, la culpa y la soledad».

Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Para adaptarse a una nueva realidad tras la pérdida, cada persona necesita realizar cambios en diferentes áreas. Para Worden (2010: 53) estas áreas son: las adaptaciones externas entendidas como los cambios que produce la pérdida en la vida cotidiana; las adaptaciones internas, es decir, los cambios en la propia persona y las adaptaciones espirituales sobre los cambios en cuanto a creencias y valores.

Si no se realiza esta tarea, la adaptación no tiene lugar, lo que conlleva que la propia persona sienta impotencia y no pueda afrontar la nueva realidad. En cambio, la realización de esta tarea permite al doliente adoptar otros roles y continuar adelante con una nueva concepción del sentido de la vida y de sí mismo.

Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

En la primera definición del modelo, el autor (Worden 1977) denominó esta tarea como «retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otra relación». Sin embargo, tras reflexiones y estudios posteriores como el de Klass, Silverman y Nickman (1996; 2014) decidió cambiarlo pues la denominación original daba a entender una desvinculación cuando lo que se buscaba era una vinculación continua con el fallecido, pero recolocada en la vida real para que no tuviera un impacto negativo. Por tanto, el trabajo del terapeuta o profesional que atiende al doliente recae en «ayudarle a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo» (Worden 2010: 58).

Por su experiencia, el autor manifiesta que la tarea cuarta suele ser la más complicada para los dolientes, ya que hay personas para las que la pérdida significó un obstáculo para seguir adelante y poder adaptarse a esa nueva realidad.

Además de las tareas, el autor también elabora una serie de diez principios emanados de las cuatro tareas descritas, y dirigidos a los terapeutas sobre cómo asesorar a una persona en duelo:

Principio 1: ayudar al superviviente a hacer real la pérdida

Este primer principio se basa en guiar al doliente en el relato de la pérdida para ayudar a hablar sobre las circunstancias que ocurrieron a través de preguntas como: «¿Qué ocurrió? ¿Quién te lo dijo a ti? ¿Dónde estabas cuando te enteraste?» (Worden 2010: 82).

Para otras personas la reconstrucción de la pérdida suele ser facilitada si se visita el cementerio, o el lugar donde estén los restos, o algún lugar que recuerde a la persona fallecida, enfrentando de este modo la realidad de la pérdida.

Principio 2: ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos

El autor relaciona este principio con la tarea de ayudar a identificar los sentimientos que están teniendo lugar relacionados con la pérdida para poder afrontarlos como el enfado, la culpa, la ansiedad e impotencia o la tristeza (*vid.* Worden 2010: 83-88).

Worden recalca que es importante ayudar a que no solamente se mencionen dichos sentimientos sino a que se experimenten para poder centrarse en la elaboración de los mismos y no se conviertan en duelos complicados.

Principio 3: ayudar a vivir sin el fallecido

En este principio, la tarea principal del asesor es el facilitar la adaptación a la nueva realidad y guiar en la toma de decisiones independientes. Recalca que no se ha de incitar a la toma de decisiones que conlleven grandes cambios debido al estado emocional en el que se pueda encontrar el doliente y que le lleve a precipitarse y, posiblemente, arrepentirse, y así lo expresa el autor:

Como principio general, a la persona que ha sufrido una pérdida reciente se le debería recomendar que no tomara decisiones que produzcan cambios importantes en su vida (como vender propiedades, cambiar de trabajo o de carrera o adoptar hijos) inmediatamente después de la muerte. Es difícil tener un buen juicio en la fase aguda del duelo, en la que existe un riesgo elevado de reaccionar de manera desadaptada (Worden 2010: 89).

Principio 4: ayudar a encontrar significado en la pérdida

Este principio es una guía para ayudar a encontrar el significado de la muerte, sobre todo, cuando el doliente se pregunta el porqué de la muerte.

Principio 5: facilitar la recolocación emocional del fallecido

Este principio se relaciona con la recolocación emocional del ser querido fallecido y a encontrarle un lugar en la vida del doliente que le ayude a continuar hacia delante. Es decir, conviene dejar claro que una persona no puede remplazar a otra, pero es importante recolocarla en la nueva realidad.

Principio 6: dar tiempo para elaborar el duelo

Cada evento importante puede recordarnos al ser fallecido por ejemplo en cada cumpleaños, aniversario o cada navidad. Por ello, el proceso del duelo requiere tiempo y cuando se intenta evitar el duelo puede significar un obstáculo en la nueva realidad. Por tanto, el trabajo del asesor debería ir encaminado a encontrar los puntos críticos para abordarlos.

Principio 7: interpretar la conducta normal

El afirmar o asegurar que los síntomas que se están produciendo en un doliente son normales es la tarea del asesor en este principio para tranquilizar a la persona que está sufriendo y no llegue a pensar que solo le ocurre a él/ella.

Principio 8: permitir las diferencias individuales

Si cada muerte es distinta, también es importante permitir y normalizar que cada doliente viva su duelo de una manera diferente. Este es el concepto clave de este principio teniendo en cuenta que el duelo tiene una gran variabilidad interpersonal.

Principio 9: examinar defensas y estilos de afrontamiento

La intensidad del dolor y los demás síntomas y reacciones también dependen de cómo se afronta cada pérdida. Por tanto, el asesor debe concentrarse en buscar maneras eficaces de afrontar la pérdida para cada individuo y en cada momento concreto.

Principio 10: identificar patologías y derivar

El último principio consiste en que el asesor sea capaz de ver las posibles patologías que pueden desencadenar un duelo complicado y derivar a especialistas cuando el duelo deja de ser normal.

El autor finaliza su modelo con el interés por el manejo del estrés y el *burnout* (síndrome de estar quemado) de los profesionales que atienden a los enfermos terminales y/o familiares y dolientes. Para que este síndrome no afecte a los profesionales, el autor recomienda que se practique un ‘duelo activo’ (Worden 2010: 225) permitiéndose a sí mismo expresar tristeza por la pérdida de un paciente, por ejemplo. Otro tipo de apoyo también puede venir por parte de un miembro del equipo que se encargue de realizar sesiones conjuntas para permitir hablar de sus emociones y los posibles problemas que hayan surgido durante distintos acompañamientos.

3.2.2.3 Modelo integrativo relacional desde la psicoterapia del duelo

Como hemos explicado anteriormente, los modelos por fases fueron criticados por concebir el duelo como un proceso lineal donde se pasa de fase de manera secuencial, cuando es evidente que el duelo es un proceso dinámico, que no se rige por unas fases predeterminadas. Más bien, el modelo de tareas propuesto desde la psicoterapia se basa en atender a las necesidades de la persona en duelo según el momento del desarrollo en el que se encuentre teniendo en cuenta que ningún resultado va a ser idéntico a otro; es decir, se trata de una guía para orientar al terapeuta qué tareas podrían necesitar atención en un momento dado del proceso. De este modo, se propone un modelo para guiar y orientar a los terapeutas basado en dimensiones (etapas) y en cada una de ellas se indican posibles pautas sobre el funcionamiento general, apoyo social y aspectos interpersonales, afrontamientos y aspectos defensivos, elementos traumáticos y sintomatología asociada, reconocimiento de las circunstancias de la muerte, afectos y emociones, aspectos de relación con la persona fallecida, recuerdos, esperanzas y futuro, así como elementos de crecimiento y transformación (Payás Puigarnau 2010: 409-416).

Alba Payás⁸³ es licenciada en ciencias geológicas y en psicoterapia integrativa. Se formó en esta última disciplina en el *Metanoia Institute* de Londres y es miembro de la *International Integrative Psychotherapy Association* de Estados Unidos. Fue alumna de una de sus grandes inspiradoras, Kübler-Ross. Fue cofundadora de la primera asociación de afectados por el SIDA (Fundación Actúa) y atendió a personas afectadas entre 1992 y 1999. En el 2000 fundó un servicio de apoyo al duelo (Servei Dol Girona) donde se dedicaba a la terapia individual y en grupo de personas en duelo. Fue la encargada de coordinar un grupo de trabajo interdisciplinar para abordar el final de vida y el duelo en un proyecto encargado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en 2004 y en 2007 publicó un artículo sobre la intervención grupal en duelo con la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Además, es la responsable del Instituto IPIR (Instituto de Psicoterapia Integrativa-Relacional)⁸⁴ donde enseñan y practican el modelo que propone para trabajar el duelo desde 2010. Ofrece un máster en psicoterapia integrativa-relacional, un posgrado y diferentes diplomas acreditativos en esta especialidad por la Universidad de Barcelona.

Tras su trabajo en la fundación Servei Dol Girona diseñó el modelo de atención al duelo. Las cuatro dimensiones de su modelo son: aturdimiento y choque, evitación y negación, conexión e integración y crecimiento y transformación, que describimos con más detalle en el apartado 4.3.6.2, no sin antes citar los conceptos clave de partida.

3.2.2.3.1 Conceptos clave

Para comprender el modelo del que parte Payás Puigarnau, además de haber explicado sus antecedentes (apartado 4.3.4.1), partimos también de la teoría de la vinculación de Bowlby (1986) cuyo objetivo aquí es mantener esos vínculos con la persona fallecida, pero de manera que se adapten a la nueva realidad. Es decir, la respuesta emocional ante la separación física tras el fallecimiento de un ser querido es una respuesta natural adaptativa para restaurar los vínculos creados anteriormente. En esta línea, para Payás Puigarnau (2010: 37) «los estilos de vinculación desarrollados en los primeros años de la infancia son estables en la vida adulta y determinan la vulnerabilidad a posibles complicaciones en el duelo ante futuras pérdidas».

3.2.2.3.1.1 Teorías de la construcción del *self*

La muerte de un ser querido suele tener un impacto emocional enorme por haberse creado unos vínculos significativos durante el periodo vivido junto a esta persona. Estos vínculos se han ido creando y han formado la propia identidad (nuestro *self*) gracias a las relaciones con los seres queridos. Cuando estos vínculos reciben una amenaza, como es la muerte de un ser querido, el *self* se ve afectado y se hace necesaria una reconstrucción. Es decir, si el *self* se daña, la capacidad de relacionarse disminuirá.

⁸³ Se puede ampliar la información en <http://www.ipirduelo.com/modelo-integrativo-relacional/autora/>

⁸⁴ Enlace a la página web: <http://www.ipirduelo.com/>

Tras el concepto básico del *self*, desde el psicoanálisis se desprende que el duelo implica una «reestructuración interna» (Payás Puigarnau 2010: 32). De esta premisa parte su modelo con el principio de no hacer daño. Es decir, no hacer daño a la persona en duelo, no hacer daño a su *self* y, por consiguiente, tampoco a sus relaciones y su adaptación a la nueva realidad tras el ataque sufrido por la pérdida de un ser querido.

El lenguaje juega también un papel fundamental en el acompañamiento en duelo y en la premisa de no hacer daño y Payás Puigarnau en su libro ‘El mensaje de las lágrimas’ (2014: 239-244) reúne un listado de palabras que pueden servir de ayuda y otras que no ayudan. Por nombrar algunos ejemplos:

Lo que siempre podemos decir
<ul style="list-style-type: none"> • Siento mucho lo que estás pasando. • ¿Puedo pasar a verte dentro de unos días? • Cuando intento pensarlo, no puedo imaginar lo terrible que debe ser para ti. • Me gustaría estar un momento contigo, si quieres en silencio, y si tienes ganas, hablamos. • La gente no se imagina lo difícil que puede ser. • Ten por seguro que estaré a tu lado. • Sé que cada día es un esfuerzo, ¿verdad? • Debe ser muy cansado vivir con este dolor cada día.
Lo que no debemos decir nunca
<ul style="list-style-type: none"> • Ya verás como el tiempo lo cura todo. • Ahora ya no sufre. • Esto te hará más fuerte. • Seguro que lo superarás. • No llores, que te hace daño/que nada te lo devolverá/que te torturas. • Ahora lo que tienes que hacer es estar ocupado. • Esto te hará ser mejor persona. • Recuerda que hay personas que están peor.

Cuadro 10. Recopilación de lo que debemos y no debemos decir en duelo de Payás Puigarnau (2014: 240-242)

3.2.2.3.1.2 Teorías de la transferencia

El principio de no hacer daño está estrechamente relacionado con la empatía ya que el terapeuta debe crear una red de apoyo para que «la persona que vive una pérdida significativa pueda avanzar en su proceso de recuperación» (Payás Puigarnau 2010: 228). De esta premisa, la misma autora (*ibid.*, 228) concluye que «el psicoterapeuta que desee especializarse en atención del duelo debe plantearse como primer objetivo de aprendizaje ‘no hacer daño’». De ahí que el terapeuta pase a ser el «self-object» (*ibid.* 229), es decir, la persona que recibe la información que transfiere un paciente. Este concepto proviene de la teoría de la transferencia de Kohut (1971; 1978) que Payás Puigarnau (2010: 229) relaciona con el duelo.

Así pues, según esta teoría, existen tres tipos de transferencias (Payás Puigarnau 2010: 229-230): transferencia de reflejo, de idealización y de reciprocidad. La transferencia de reflejo representa el deseo del paciente de que se le vea de manera positiva y empática para así poder ser creído, escuchado y aceptado cuando cuente su historia de la pérdida. La transferencia de idealización se refiere a la necesidad de protección por parte del paciente por lo que idealiza al terapeuta para apoyarse en él. Por último, la transferencia de reciprocidad es la respuesta que el terapeuta ofrece a la necesidad de protección del paciente.

A partir de esta teoría y la de transferencia de Erskine, Moursund y Trautmann (1999), Payás Puigarnau (2010) elabora un listado de necesidades fundamentales de personas en duelo para ayudar al terapeuta a identificarlas y a crear las condiciones necesarias para que el doliente pueda tolerar cada vez más la pérdida ocurrida. A continuación, citamos estas necesidades (*ibid.*, 230):

NECESIDADES RELACIONALES FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS EN DUELO	
1.	Ser escuchadas y creídas en toda su historia de pérdida.
2.	Ser protegidas y tener permiso para expresar emociones.
3.	Ser validadas en la forma de afrontar el duelo.
4.	Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad.
5.	Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo.
6.	Sentir que su experiencia de duelo tiene un impacto en el otro.
7.	Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa.
8.	Poder expresar amor y vulnerabilidad.

Cuadro 11. Necesidades de las personas en duelo (Payás Puigarnau 2010: 230)

El doliente puede ser consciente o no de estas necesidades, pero sirven como herramienta para el terapeuta que podrá reforzar el *self* del paciente y facilitarle la reparación del trauma y la elaboración del duelo (Payás Puigarnau 2010: 255).

3.2.2.3.1.3 Empatía

Como hemos mencionado, la empatía es un concepto clave en el duelo. Para Payás Puigarnau (2010: 230), la empatía facilita el proceso ya que posibilita un mayor apoyo, comprensión y expresión verbal de los hechos y la manera en que se vive la ausencia. Así pues, «la empatía también implica la expansión del *self* para incluir a este otro, una expansión en la que se reconoce el *self* del otro y se lo tiene en cuenta» (*ibid.* 261). De hecho, para esta autora, la empatía es un método de intervención fundamental que sirve como herramienta de observación y describe como «una estrategia de recogida de información o datos subjetivos sobre el otro que consiste, en parte, en experimentar lo que éste experimenta en sus propios términos» (*ibid.*, 255).

La empatía actúa como esfuerzo de atención para el terapeuta, puesto que este debe ponerse en la piel del paciente, observar cómo se expresa y los gestos que realiza e intentar descubrir los posibles sentimientos que pasan por la cabeza del doliente. Al mismo tiempo, el terapeuta se pregunta «¿cómo sería para mí haber perdido a ese ser querido? Y ¿cómo me sentiría si además las circunstancias fueran esas?» (Payás Puigarnau 2010: 256); es decir, esta capacidad de empatizar desde dentro es parte de la relación terapeuta-doliente que se complementa con los datos objetivos externos como «¿cuánto tiempo hace de la muerte? o ¿cómo ha vivido ese tiempo?» (Payás Puigarnau 2010: 256). Estos datos también son necesarios pero la autora los recomienda como «punto de partida para pasar a la recogida de datos subjetivos» (*ibid.*, 257). Por tanto, a partir de los resultados que se obtienen de los datos objetivos se debe pasar a la «introspección empática». De este modo, relaciona la introspección (definida por Payás Puigarnau 2010: 257) como «capacidad que tenemos los seres humanos de observar nuestro mundo interno» y la empatía para que la relación terapéutica sea de ayuda y efectiva.

Sin embargo, cuando la empatía no tiene un «retorno por parte del paciente» ocurre una «introspección vicaria» que no serviría de ayuda y sería un error que afectaría a la efectividad de la relación. Por ejemplo, si nada más escuchar a una persona decir que ha perdido a su marido respondemos ‘te entiendo’ o ‘entiendo lo mal que lo debes estar pasando’, sin haber indagado, ni haber obtenido respuestas a la indagación objetiva y el acercamiento empático subjetivo, podemos encontrarnos con una reacción de esta persona diciendo que no la entendemos porque la muerte del marido ha supuesto un alivio ya que había sufrido episodios de malos tratos. Este hecho es un ejemplo de introspección vicaria con consecuencias negativas porque el doliente puede no sentirse protegido, ni seguro, ni se expresará con confianza, por lo que algunas de las necesidades fundamentales comentadas en el apartado anterior se verían vulneradas. Por este motivo, Payás Puigarnau (2010: 258) popularmente define la empatía como «la capacidad del terapeuta de ponerse en los zapatos del paciente y obtener desde ahí un conocimiento interno sobre su experiencia subjetiva». Esta definición ha sido ampliada (Payás Puigarnau 2020: 13) como «ser empático implica estar dispuesto a caminar en sus zapatos sin la intención de quererle sacar de ellos». Con esta idea, vemos claramente que la empatía no se asocia ni con intuición ni con interrogación; más bien se trata de cambiar el foco de atención y centrarnos en el doliente desde sus referencias y no atenderle según nuestras referencias, creencias ni vivencias. Nuestro marco de referencia puede servir de ayuda, pero no como modelo de atención, ya que el enfoque empático trata de entender al otro según sus referencias porque lo que expresa y no expresa parte de sus vivencias, creencias y circunstancias (*vid.* Payás Puigarnau 2010: 259-271).

Esta noción de empatía de Payás Puigarnau (2010) que es la que aplicamos en este trabajo fue inspirada por otros autores como Balint (1969) y su concepción de la empatía como sinónimo de estar en sintonía; Kübler-Ross (1969) y su recomendación de partir de la idea de que los pacientes son los maestros para indagar pero desde el respeto y siempre con empatía; Kohut (1971) y su concepción de la empatía como conocimiento del otro y como vínculo con el otro (*ibid.*, 1978); Rogers (1972) quien entiende la empatía como

esencial para el crecimiento terapéutico; Orange (1995) quien también apoya la necesidad de vinculación para realizar un abordaje empático; Erskine y Trautmann (1997) que señalan que la empatía también incluye implicación y respeto hacia el doliente; Worden (1997) quien aboga porque el paciente tome parte activa en su proceso facilitado por la empatía y Moursund y Erskine (2004) quienes consideran que a través de la empatía se puede llegar a conocer lo que el doliente siente y sus miedos.

Una vez explicados estos conceptos base, pasamos a detallar el modelo integrativo-relacional propuesto por Payás Puigarnau (2010).

3.2.2.3.2 Modelo de las cuatro dimensiones (Payás Puigarnau 2010)

El modelo de las cuatro dimensiones se concibe como una guía de intervención para el personal sanitario sobre el acompañamiento y la psicoterapia del duelo para identificar las necesidades específicas de cada doliente y proponer dimensiones para elaborar el proceso de una manera holística teniendo en cuenta las vivencias, creencias y circunstancias del doliente. El fin del modelo es posibilitar cambios positivos en el doliente a pesar del sufrimiento y el dolor que suelen entrañar las pérdidas. A continuación, describimos las cuatro dimensiones con más detalle:

Dimensión de aturdimiento y choque

Confusión, aturdimiento, asombro, angustia, miedo... suelen ser las reacciones tras la conmoción que causa la noticia de la muerte de un ser querido. El «estado de choque» o también llamado «reacción postrauma» se utiliza para describir el estrés mental y emocional tras la muerte del ser querido (Parkes 1975; Bowlby 1986; Raphael y Martinek 1997; Payás Puigarnau 2010). La incredulidad por el impacto de la muerte adopta la función de no dejar ver la realidad. Otras personas tienden a adoptar el papel de protector de otras personas como podría ser el caso de una madre que protege a su hijo tras la pérdida del padre. Estas reacciones suelen conllevar una falta de concentración en las tareas cotidianas, el trabajo o las relaciones sociales y, por otro lado, reacciones físicas y emocionales difíciles de controlar. De acuerdo con la autora Payás Puigarnau (2010: 129):

La etapa de aturdimiento y choque es la que más problemas psicosomáticos presenta porque se corresponde al momento de más alarma somato-sensorial. El cuerpo está entumecido por el impacto de la noticia y puede responder con temblores, aumento del latido del corazón, cansancio, agotamiento, dolores abdominales agudos, problemas de digestión, insomnio, pesadillas. Para compensar estas sensaciones y manejar el dolor, las emociones más frecuentes son la ansiedad, acompañada de actividad frenética con agitación psicomotora o hiperactividad, el estado de hipervigilancia y, a veces, el miedo.

Por ello, el aturdimiento y el choque suelen aparecer como reacciones normales de estrés por lo que vendrá, pero si persisten en el tiempo pueden dar lugar a un duelo complicado de trastorno de estrés postraumático (Raphael y Martinek 1997; Stroebe y Schut 1999; Schut, Schut y Finkenauer 2001) donde no es posible controlar el aturdimiento, ni el choque, ni las reacciones anteriores. Para ello, lo más importante controlar los hechos traumáticos como describe la autora Payás Puigarnau (2010: 117) «la tarea principal de duelo en esta etapa es manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida» ya que la persona suele activar estrategias de rechazo e incompreensión. Conviene tener en cuenta que si la persona ya ha experimentado una pérdida anterior o ha sufrido o sufre ansiedad, por ejemplo, el aturdimiento y el choque pueden agravarse; es decir, cuantos más agravantes estresantes tenga la persona en el momento de la pérdida, mayor será el impacto del choque. También tienen mucha influencia los factores interpersonales porque según el vínculo con la persona fallecida el impacto puede ser mayor o menor. Aquí entran las «muertes a destiempo» (Parkes y Weiss 1983; Payás Puigarnau 2010) que son la percepción de la persona que se queda de que ella debería haber sido la fallecida, por ejemplo, una madre al enfrentarse a la muerte de un hijo pequeño. Esta percepción también puede estar condicionada por el apoyo social y el entorno:

Cuanto más apoyo disponible haya alrededor, más escucha y acompañamiento brindarán las personas del entorno a la persona afectada y más flexibles podrán ser las respuestas de afrontamiento de ésta. Si el entorno es exigente y responde con demandas y desautorizaciones a la expresión del sufrimiento del doliente, se producirá un trauma acumulativo (Payás Puigarnau 2010: 135).

Por consiguiente, los factores estresantes, interpersonales y sociales condicionan el impacto de la pérdida con el consiguiente aturdimiento y choque.

Dimensión de evitación y negación

Tras un tiempo (pueden ser días, semanas o meses según la persona) suelen aparecer respuestas de evitación, en su mayoría, inconscientes para aliviar el sufrimiento y el dolor. En ocasiones, la persona niega parte de lo sucedido para no agrandar la magnitud del impacto o resta importancia a los hechos, o bien quiere sustituir la pérdida, o siente un sentimiento de culpa excesivo. Por ello, estas reacciones suelen tener una función protectora -o de parachoque, según Kübler-Ross (1969)- para no sentir tanto dolor y lo que debe primar es ayudar a que el dolor sea más tolerable. En palabras de Payás Puigarnau (2010: 118) «la tarea principal en esta etapa es ir disolviendo progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor». Si se alargan estos mecanismos de evitación y negación pueden desencadenar un duelo complicado de tipo evitativo o duelo ausente donde la persona tiende al rechazo de lo ocurrido.

En algunas personas, la negación y evitación son sinónimas de mantener la esperanza o no olvidar y pueden mezclarse con sentimientos de aturdimiento y choque. Sin embargo, no todas las personas experimentan rechazo; es decir, si la muerte ha sido anticipada y han podido despedirse pueden pasar del choque a la conexión.

Hay personas que para evitar y negar utilizan estrategias de desconexión para no conectar con la realidad como explica Payás Puigarnau (2010: 141): «las estrategias de desconexión con todo lo que se refiere a la muerte del ser querido, sean más o menos conscientes o deliberadas, funcionan promoviendo una asignación emocional o cognitiva no realista al evento, produciendo esquemas mentales alterados».

Por otro lado, hay que tener en cuenta los «objetos transicionales» y la «sublimación espiritual» (*ibid.*, 143). Los objetos transicionales son los que tienen un significado de vinculación como por ejemplo la ropa de la persona fallecida. La sublimación espiritual se refiere a las creencias de la persona en las que se cobija. Un tipo de afrontamiento cognitivo que puede influenciar es el «pensamiento rumiativo» (Payás Puigarnau 2010) a modo de monólogo interior donde la persona se hace preguntas sobre la causa, el motivo, la culpa... y se pueden considerar como una manera temporal de evitar conectar con la realidad.

Al igual que en la dimensión anterior, las experiencias previas pueden condicionar el afrontamiento de la pérdida. La conclusión a la que llega Payás Puigarnau (2010: 155) es la de que «cuanto más madura y preparada esté la persona y más experiencias previas de duelo elaborado tenga, más integrado tendrá el concepto y la experiencia de la muerte, y menos estrategias de evitación y rechazo serán necesarias». Por tanto, la intervención en la dimensión de evitación y negación estaría estrechamente relacionada con el manejo del sistema defensivo.

Dimensión de conexión e integración

En la dimensión de conexión e integración, la persona tiende a afrontar la ausencia de la persona fallecida por lo que conecta con la realidad a través de la tristeza, el recuerdo, el hablar de los vínculos... como respuestas más comunes. En un primer momento, la mayoría de dolientes el sufrimiento está más encaminado a lo que nunca más podremos hacer con la persona que ha fallecido, pero después la tristeza tiende a hacernos pensar en lo que esa persona ya no vivirá. Por tanto, decimos que hay más posibilidades de hablar de la persona fallecida sin estar afligidos. Se ha dejado atrás el preguntarse el porqué y el cómo para hablar de lo que sucedió de manera más consciente. Este tipo de afrontamiento abarca «estrategias de conexión cuya función es fomentar una resolución más adaptativa: el contacto con la experiencia de la pérdida, ya sean las circunstancias del evento o los distintos aspectos de la relación, es esencia, pues en su examen podrán dilucidarse los elementos necesarios para la asignación ajustada de significados» Payás Puigarnau (2010: 167).

Dentro de estas estrategias, aparecen emociones como el afecto, la pena, la nostalgia, el enfado o el llanto. Para muchos autores, el llorar es sinónimo de alivio para la persona cuando se encuentra en una situación emocional intensa y fuerte:

En el duelo, el llanto además facilita la elaboración de recuerdos dolorosos del pasado y, al actualizarlos, la persona puede expresar la tristeza que en su día no expresó, posiblemente liberando el exceso de estrés asociado a ese momento. Mostrarse afligido es además una herramienta de intercomunicación: la manera de pedir ayuda, de expresar la necesidad de contacto en momentos difíciles y de manifestar compasión y solidaridad. [...] Aunque estemos llorando solos, nos estamos comunicando (*ibid.*, 169).

Por este motivo, el terapeuta debe utilizar los sentimientos y sintomatología que van apareciendo como guía para «asignar la significación emocional y cognitiva ajustada o realista a todos los aspectos asociados con la relación perdida» (*ibid.*, 162) y, por consiguiente, la persona conseguirá reorganizar su mundo interno basándose en la relación con el ser querido fallecido.

Un factor esencial en esta etapa son los «asuntos pendientes» anteriormente descritos por Kübler-Ross (1969) y entendidos como aspectos negativos que necesitan cerrarse y que no se han podido cerrar anteriormente porque las circunstancias de la muerte y del entorno no lo habían permitido. Por otro lado, también es importante poder expresar la gratitud por lo vivido.

Si esta etapa no se lleva a cabo puede provocar un duelo complicado crónico (Jacobs 1993) donde la conexión con la realidad no es productiva y se instaura la tristeza crónica o el victimismo y así lo expresa la autora Payás Puigarnau (2010: 172) «la detención en conexión e integración indica una dificultad para dejar ir, perder, olvidar o soltar a la persona perdida». El duelo crónico está relacionado con las creencias negativas, el apego y si la persona ya ha experimentado otras pérdidas cuyos duelos no han sido elaborados. La autora también considera en este apartado los duelos de personas que han sufrido relaciones tormentosas con la persona fallecida cuando estaba con vida o relaciones de dependencia llegando a la conclusión, por su experiencia, que los dolientes tienden a sufrir episodios de ansiedad y dificultades para establecer nuevas relaciones (*ibid.*, 176-177) y es aquí donde el entorno también adquiere un papel fundamental. En ocasiones, si el entorno fracasa en su ayuda y apoyo porque no es capaz de responder adecuadamente, puede dar lugar a traumas acumulativos, normalmente cuando la pérdida es desautorizada, y duelos crónicos (*ibid.*, 178).

Dimensión de crecimiento y transformación

No cabe duda de que la pérdida de un ser querido con el que compartíamos muchos vínculos puede ser aterradora. Sin embargo, algunas personas experimentan cambios que les hacen crecer como humanos.

Algunos autores (Rando 2000; Klass, Silverman y Nickman 1996; Worden 1997; Tedeschi y Calhoun 2004) coinciden en que «la última etapa del duelo consiste en una acomodación expresada como aprender a vivir sin el fallecido y ajustarse a la nueva vida o recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo» (Payás Puigarnau 2010: 182). En esta línea, cuando se considera que el duelo se ha elaborado es porque la persona ha reorganizado su mundo interno y ha adaptado la pérdida a su vida normal cuyo resultado es un crecimiento personal, es decir, crecimiento postraumático como señala la autora Payás Puigarnau (2010: 120):

En el proceso continuado que permite elaborar la sintomatología activada por toda la labora de asignación emocional-cognitiva realizada en las etapas previas, se ha ido produciendo un desmantelamiento de algunas creencias nucleares que han sido puestas en cuestión: esquemas básicos o creencias de guion, escala de prioridades o valores, certidumbres que sostenían a la persona dándole confianza y seguridad en la vida.

A través de este modelo, la misma autora (*ibid.*, 183) define el duelo como:

El proceso de integración del impacto recibido por la muerte de un ser querido, que se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje cuyo resultado final es la transformación de la propia identidad. Hay una sintomatología o dolor necesarios en el duelo, y despegarse, soltar lazos o despedirse no es necesariamente el punto final, aunque como procesos pueden contribuir a ello.

Si bien es cierto que muchos autores han indicado que el duelo no se acaba nunca (Parkes 1998; Bowlby 1995; Tedeschi y Calhoun 2004), la autora también apoya esta postura indicando la última dimensión escrita debe durar todo el resto de vida del doliente porque constantemente se producen cambios. Payás Puigarnau (2010: 184-185-186) clasifica estos cambios en tres niveles: cambios en la percepción de uno mismo (*self*), en las relaciones con los demás y en el sentido de la vida. Tras su experiencia en grupos de apoyo emocional a dolientes, considera que el reto se basa en conseguir «vivir la vida y que este vivir sea un acto en honor del fallecido» (*ibid.*, 185). Si la persona no llega a este proceso de integración de la pérdida en su nueva realidad, se encontrará seguramente con dificultades a nivel personal y social como ya indicó Luecken (2008).

3.2.2.3.2.1 Influencias del modelo y estudios posteriores

No cabe duda de que por lo completo que es el modelo de las cuatro dimensiones y, por abarcar todo el proceso del duelo, ha sido y sigue siendo un referente para muchos profesionales como Keene, Hutton, Hall y Rushton (2010) quienes han investigado acerca de las sesiones de intervención con profesionales sanitarios en duelo tras la muerte de un paciente o Vega Vega, González Rodríguez, Palma Torres *et al.* (2013) quienes han estudiado el duelo de los enfermeros pediátricos tras la muerte de pacientes oncológicos en pediatría. Wetherell (2012) se centró en las sesiones con dolientes en un proceso de duelo complicado mientras que Neimeyer (2016) también se interesó por este modelo en su volumen sobre terapias de duelo.

La aportación del modelo de las cuatro dimensiones también ha inspirado a distintos autores que han centrado sus investigaciones en el duelo perinatal puesto que este duelo puede desencadenar respuestas físicas, emocionales, intelectuales, relacionales, conductuales e, incluso, espirituales (Payás Puigarnau 2014). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la semana 22 hasta la primera semana de vida es el periodo perinatal (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde 2018). Para Bleichmar (2010) y López García de Madinabeitia (2011) este tipo de duelo puede desencadenar una depresión por impotencia y frustración. Álvarez, Claramunt, Carrascosa *et al.* (2012) y Pastor Montero (2016) manifiestan que hay mujeres que tras conocer la noticia quiere que se les induzca el parto de inmediato y, por otro lado, hay otras mujeres que prefieren tomarse un tiempo para asimilarlo y poder despedirse sin prisa. De cualquier modo, ambas posturas suelen conllevar un gran desborde emocional con consecuencias como la pérdida de un futuro planeado tras el nacimiento (Côté Arsenault y Denney Koelsch 2011; Montesinos, Román, Muñoz y Elías 2013), el debilitamiento psicológico y relacional (Bleichmar 2010) o la falta de apoyo del entorno (Santos Redondo, Yáñez Otero y Al-Adib 2015; Pastor Montero 2016).

La visión del duelo como proceso dinámico y de adaptación a una nueva realidad también es compartida por Brea Franco (2018: 22) en su convicción del duelo como herramienta de aprendizaje y mejora: «de cada duelo, cualquiera que este sea aprendemos; y es mi firme convicción de que también, a través de ellos, nos hacemos mejores seres humanos, más compasivos y empáticos hacia los demás». Asimismo, para Rothe recogido en Brea Franco (2018: 18) el duelo también supone un crecimiento personal:

El duelo es una de las funciones más importantes del ser humano y que es la herramienta que nos ha proporcionado la naturaleza para que nunca renunciemos a la capacidad de amar y para que, cuando nos enfrentemos a las pérdidas, nos podamos volver a levantar y podamos seguir viviendo.

La concepción del duelo como un proceso que cada persona vive de una manera distinta y que no existen fases estancas también fue analizado y apoyado por Doka (2016). La influencia de los factores internos y externos que necesitan tenerse en cuenta para elaborar un duelo sano también fue investigada por Kabat-Zinn (2011). La importancia del lenguaje también fue objeto de estudio de Wolfelt (2013) en cuya tesis analiza cómo hablar con niños y adolescentes sobre final de vida y pérdidas. Además, destaca un estudio de Boelen, Van den Schoot *et al.* (2010) sobre la necesidad de elaborar el duelo para que no se convierta en un duelo complicado. En esta línea, también encontramos un estudio de Lundorff, Holmgren, Zachariae *et al.* (2017) sobre los efectos de un duelo desordenado como el aumento de suicidios y deterioro de la salud.

La pandemia mundial por la COVID-19 también ha comportado que muchas personas tengan que afrontar una pérdida y elaborar un duelo en un contexto que si echamos la vista atrás nos parece atípico porque no imaginábamos la etapa de confinamiento.

De ahí que, si en 2019 era impensable pensar que la salud de algún familiar podía peligrar por un virus, en 2020 la incertidumbre, la soledad, el desconocimiento y la preocupación han abierto los ojos a muchos sobre lo imprevisible que puede ser la muerte. En la comunidad científica, muchos son los artículos que ya se han publicado y se augura un futuro con muchos más. Un ejemplo de ello es la guía de Payás Puigarnau (2020) sobre los retos terapéuticos que supone la COVID-19 o las recomendaciones para profesionales sobre cómo afrontar el duelo (MSCBS 2020b)⁸⁵ basadas en «reconocer lo traumático, acoger la dificultad o imposibilidad de seguir el mandato social de acompañar a la persona enferma a pie de cama, expresar la realidad del tándem aislamiento-soledad y validar el derecho al recuerdo».

A raíz de esta situación, se estima que nacerán terapias de duelo centradas en personas que han perdido a seres queridos por la COVID-19 ya que «emociones como la tristeza, la culpa y el enfado se manifiestan de manera muy intensa» (Payás Puigarnau 2020: 17).

3.2.3 Similitudes entre los modelos teóricos

Aunque a priori pueda parecer que las teorías de las que partimos no comparten aspectos comunes, en este estudio pretendemos unir estos dos campos que, a nuestro modo de ver sí tienen similitudes y tratamos de demostrar que es necesario un trabajo conjunto. Recordemos que, por un lado, recurrimos a la teoría de la cortesía de Brown y Levinson ([1978] 1987) y, por otro lado, al modelo SPIKES de Buckman (1992 [2000]) para las malas noticias y al modelo de las cuatro dimensiones (Payás Puigarnau 2010) para acompañamiento en situaciones de final de vida y seguimiento del duelo tras la pérdida. En consecuencia, dedicamos este apartado a confrontar los modelos y a presentar sus puntos de convergencia bajo nuestro punto de vista.

Si el punto de partida en la teoría de la cortesía (Brown y Levinson [1978] 1987) era la noción de imagen como valor social que se quiere mantener durante la interacción y que se puede ver amenazada por diversos actos, en el modelo de las cuatro dimensiones (Payás Puigarnau 2010) el punto de partida es el *self*, que también hay que proteger para que los vínculos que hemos ido creando para formar nuestra propia identidad no se vean amenazados y se pueda elaborar el duelo de una forma sana. En este modelo, la empatía se encarga de equilibrar y mantener una relación efectiva entre el terapeuta y el paciente o doliente. En el modelo sobre malas noticias, la empatía también tiene un peso importante dado que se especifica la necesidad de respuestas empáticas y la exploración y comprensión de las emociones del paciente.

⁸⁵ Enlace al documento:

<https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200403DueloDocumentoProfesionales.pdf>

De la cortesía se deriva el auto-respeto por la propia imagen y la consideración por la imagen de los demás y de la empatía el respeto del propio *self* y del *self* del otro cuya máxima es no hacer daño. Esta máxima también es compartida por la cortesía, ya que aboga por un equilibrio de los propios deseos y los deseos de los demás para salvaguardar la imagen y no se rompa la comunicación. De aquí que los actos amenazantes recuerden al concepto de afrontamiento relacionado con las circunstancias y factores personales y situacionales del momento y de la persona.

Los actos que pueden amenazar la imagen según la teoría de la cortesía derivan en que el hablante no podrá satisfacer sus deseos y denotan una falta de interés hacia el oyente. Esta noción nos traslada directamente a la introspección vicaria que tiene como consecuencia una falta de interés hacia el doliente, quien no podrá confiar ni sentirse protegido por el terapeuta, por lo que no podrá elaborar su duelo.

El lenguaje es otro de los puntos en común de todos los modelos. En la teoría de la cortesía, dado que proviene de la lingüística pragmática, resulta obvio que el lenguaje juega un papel fundamental, así como lo hace en el modelo SPIKES, que incluye numerosas referencias a cómo dar la información, cómo estructurar la interacción y cómo adaptar la terminología al paciente. Además, esta parte también está incluida en todas las variantes del protocolo (CONES, CONERS, HARD, ROSE y SAFER) (*vid.* apartado 4.2.3). En el modelo de las cuatro dimensiones se resalta la necesidad de escuchar y dejar que se expresen: «poner palabras al dolor constituye una necesidad fundamental después de la muerte de un ser querido. Escuchar es dejar que la historia del otro se revele» (Payás Puigarnau 2010: 230).

En el apartado sobre la empatía (3.2.2.3.2.1) hemos hecho referencia al término «introspección vicaria» que según Payás Puigarnau (2010) se da cuando la empatía falla y no recibimos un retorno del paciente. Así pues, la introspección vicaria se asocia a un error en la comunicación desde esta perspectiva. Sin embargo, desde la interpretación, el «trauma vicario» se ha aplicado en otra acepción; se entiende como el proceso por el que puede atravesar el intérprete por empatizar demasiado con las experiencias traumáticas que relata el usuario. Ampliaremos esta información en el apartado 4.2.4 sobre el bienestar del intérprete, pero por poner un ejemplo, Moser-Mercer en Pöchhacker (2015: 434) lo describe como síntomas que afectan al *self*:

Vicarious traumatization (VT) refers to a transformation in the self that results from a professional helper's empathic engagement with survivors of traumatic experiences. The helper may display symptoms parallel to those of trauma survivors and experience changes in different areas of the self including worldview, identity, sense of self, psychological needs, memory and perception.

3.3 Contribución de la presente tesis a los Estudios de Interpretación

La interpretación en final de vida en el ámbito hospitalario ha sido analizada desde los problemas que se pueden derivar si las partes implicadas no comparten la misma lengua. Por otro lado, la interpretación en psicoterapia ha sido investigada desde el área de la salud mental para tratar problemas o trastornos de la persona y, por ello, los trabajos también han ido más encaminados a analizar los problemas que puede haber cuando el terapeuta y el paciente no comparten la misma lengua:

Psychotherapy is a treatment method used in mental healthcare for psychic disorders and problems. Psychotherapy is essentially a talking cure: diagnosis and treatment, sometimes aided by psychological testing, are done through conversation sessions between psychotherapist and patient. This crucial role of language poses special challenges when psychotherapist and client do not share a language, and an interpreter is required (Pöchhacker 2015: 333).

No obstante, a lo largo del estado de la cuestión hemos comprobado que las personas, más pronto o más tarde, tenemos que hacer frente a situaciones que nos producen dolor, sufrimiento, miedo e incluso traumas, independientemente del lugar donde residamos y que, la terapia, puede ser beneficiosa. Por ello, esta investigación pretende ahondar en la interpretación en final de vida y duelo desde la psicoterapia en España para residentes extranjeros. Este es el componente novedoso de este estudio, puesto que no disponemos hasta la fecha de otras investigaciones que aúnen estas dos disciplinas en España.

No obstante, sí disponemos de investigaciones que se han llevado a cabo en otros países, como el trabajo de Kennard, Roberts y Elliott (2002) en torno a la descripción de sesiones de psicoterapia mediadas por intérprete en Rusia con un terapeuta de habla inglesa y asistentes a la terapia rusos. En este estudio, el intérprete utilizaba la modalidad de interpretación susurrada y aunque hubo gran entendimiento mutuo, se detectaron algunas omisiones y malentendidos culturales, por lo que concluían que el terapeuta debe participar en la selección y formación del intérprete. Los trabajos de Bot (2003, 2005, 2013) también han sido relevantes por su análisis de seis sesiones de psicoterapia con intérprete donde observa omisiones debido al desconocimiento del intérprete de las bases de la psicoterapia por lo que se necesita mayor formación conjunta. La carga emocional en interpretación en contextos pediátricos y sus consecuencias también han sido analizadas por Cornes y Napier (2005); De Bruin y Brugmans (2006); Hordyk, Macdonald y Brassard (2017) y Granhagen, Tiselius, Blomgren *et al.* (2019a) y, en esta investigación, también analizamos el bienestar del intérprete a través de cuestionarios a las intérpretes participantes en las grabaciones y desde la perspectiva de los profesionales sanitarios.

El denominador común de estos trabajos es su llamamiento a más estudios sobre la necesidad de formación específica del intérprete y el conocimiento de su papel por parte de los demás interlocutores involucrados para favorecer el trabajo en equipo y el bienestar de todos los participantes (Sander, Laugesen, Skammeritz *et al.* 2018; Vranjes y Bot 2021).

Asimismo, esta investigación también responde a la necesidad constatada de explorar los beneficios del uso de intérpretes profesionales en el ámbito de final de vida y terapias de duelo fuera del ámbito hospitalario (Costa y Dewaele 2013; Rolland, Dewaele y Costa 2017; Costa 2020). Del mismo modo, se añade el interés por demostrar que el trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios y el intérprete en los contextos mencionados puede engrandecer la calidad asistencial, ofrecer unos mejores cuidados en fase terminal, eliminar las barreras lingüísticas y culturales y ofrecer apoyo en duelo para poder afrontar una nueva realidad de vida tras la pérdida.

Por tanto, recogemos el testigo de distintos autores que nos recuerdan la necesidad de profundizar en el uso de intérpretes para combatir las barreras comunicativas en final de vida desde la psicoterapia:

Psychotherapy with intermediated communication seems to work as well as psychotherapy with direct communication. Therefore, the use of an interpreter within psychotherapy definitely should be taken into consideration (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer Ortman *et al.* 2011: 153). Interpreting in psychotherapy sessions has not been investigated very systematically to date. Most literature on interpreter-mediated psychotherapeutic interaction is based on anecdotal evidence, and often concerns the characteristics of therapeutic talk and the resulting challenges for interpreter behaviour (Timarova 2015: 332). Interpreters play a vital role in group therapists' provision of accessible, inclusive and appropriate care for immigrants with experiences of marginalization, which are often a result of linguistic and social-cultural barriers (Chen y Chen 2020: 265). It is not always possible or practical to have a same-language therapist. Working with an interpreter can be a lifeline for some clients. If we are committed to providing truly accessible services, then we will need to find new ways of addressing the language gap between counsellors and clients. (Costa 2020: 45).

No hay enfermos incuidables, aunque haya enfermedades incurables.
Mientras se considere la muerte como un fracaso será difícil hablar de ella,
ya que a nadie le gusta hablar de sus fracasos.
Por esa razón, es fundamental que cuando uno se está formando como médico
comprenda que la muerte les llega a los enfermos tarde o temprano.

(Jacinto Bátiz 2021: 35)⁸⁶



4. CONTEXTO DE ANÁLISIS

Cerrábamos el capítulo anterior con la comparación entre los dos modelos teóricos que, a priori, podría parecer que no tuviesen relación. Sin embargo, hemos constatado que sí existen similitudes entre el final de vida y el duelo y la interpretación; hecho que aporta consistencia a las observaciones realizadas por la autora sobre la necesidad de interpretación en este contexto para contribuir a la humanización de la atención en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo. Las características intrínsecas (como el alto contenido emocional) que ya presentan estos contextos cuando los intervinientes comparten la misma lengua, hacen que estas se acentúen cuando las lenguas son distintas.

⁸⁶ Bátiz Cantera, Jacinto. 2021. *Cuestiones sobre la eutanasia. Principios para cuidar la vida de quien sufre*. España: Nueva Eva.

Por tratarse de un contexto comunicativo que antes no ha sido analizado desde la óptica de la interpretación y las ciencias de la salud, consideramos necesario dedicar un capítulo para contextualizar el análisis y poder explicar cómo se organizan estas unidades de cuidados paliativos y atención al duelo en España y poder describir los ejes vertebradores de la presente investigación desde la interpretación, más exactamente la necesidad y el papel de los intérpretes, la calidad de la interpretación y el estrés y bienestar del intérprete.

4.1 Situación y organización de los cuidados paliativos y duelo en España

En los capítulos introductorios hemos descrito los comienzos y la historia de los cuidados paliativos y el duelo. En este capítulo describimos la organización de los cuidados paliativos y el duelo en España para entender el enfoque de los estudios que conforman la presente investigación.

Recordemos que la OMS hace referencia a los cuidados paliativos como un recurso para mejorar la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a enfermedades que amenazan su vida. Contrariamente a la creencia extendida de que los cuidados paliativos solo son para pacientes oncológicos, a raíz de esta definición se reconoce que las personas con enfermedades irreversibles, progresivas y en fase terminal también pueden recibir cuidados paliativos. Fue a partir de 2007 cuando la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos recogió los primeros estudios epidemiológicos de personas que necesitaban cuidados paliativos «independientemente de la enfermedad causante» (Meléndez y Limón 2018: 13). Por tanto, la transición de los cuidados curativos a los paliativos suele ser gradual y se basa en las necesidades individuales de los pacientes (Campello Vicente y Chocarro González 2018).

En el apartado 2.2.1.1 hemos descrito la legislación vigente sobre la autonomía y derechos y obligaciones de los pacientes y sobre la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. En esta parte recopilamos cómo se organizan las unidades de cuidados paliativos en España para facilitar la contextualización de los informantes del corpus de datos que se detallan en el apartado 5.1.1.

Desde Atención Primaria (AP) asumen también funciones de derivación de pacientes a cuidados paliativos, coordinación de los cuidados y atención domiciliaria y desde la Atención Especializada (AE) se dispone de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) que atienden de manera integral a los pacientes y sus familias. Las UCP tienen distintas denominaciones según las comunidades autónomas y si el lugar de trabajo es el domicilio, el hospital o ambos. En el siguiente cuadro se resumen las denominaciones para las UCP en hospital, domicilio y mixtos:

Unidad de cuidados paliativos en hospital	Comunidad Autónoma
Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalario (UCPH)	Canarias
Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos (UHCP)	Castilla y León, Castilla La Mancha y La Rioja
Hospitalización de convalecencia (HC): para internar al paciente.	Aragón
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP): espacio físico sin camas propias y están ubicadas en hospitales.	Andalucía, Extremadura y Galicia
Equipos Especializados de Atención Paliativa (EDAP)	Cantabria
Equipo de Soporte Hospitalario (ESH)	Madrid
Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH)	Murcia
Unidad de cuidados paliativos a domicilio	Comunidad Autónoma
Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)	Aragón, Asturias, Islas Baleares, Castilla y León, Castilla La Mancha, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos domiciliarios (ESCPD)	Andalucía
Equipo de Apoyo en Cuidados Paliativos a Domicilio (EACP): equipo interdisciplinar que atienden situaciones más complejas y realizan actividades de coordinación, docencia e investigación.	Asturias
Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD)	Asturias, Castilla y León y Comunidad Valenciana
Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO)	Galicia
Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliario (UCPD)	Asturias y Madrid
Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliario (ECPD)	Castilla y León
Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte (PADES)	Cataluña
Servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD)	País Vasco
Unidad de cuidados paliativos mixtas	Comunidad Autónoma
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Mixtos (ESCPM)	Andalucía

Cuadro 12. Denominaciones de las Unidades de Cuidados Paliativos por Comunidades Autónomas

También existen unidades específicas de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) en los hospitales Sant Joan de Déu de Barcelona, el Niño Jesús de Madrid⁸⁷, el Son Espases de las Islas Baleares y en el Materno Infantil de Las Palmas. No obstante, en los otros hospitales, los paliativos pediátricos están dentro de la Unidad de Oncología Pediátrica.

⁸⁷ Aunque desde 2008 contaban con una Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP) en el Hospital Niño Jesús de Madrid, la zona de hospitalización dentro de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos se ha inaugurado el 29 de octubre de 2021.

Dentro de las Unidades de Cuidados Paliativos existen distintos profesionales que pueden conformar un «equipo básico» cuando está formado por un profesional médico y un profesional de enfermería, un «equipo completo» cuando lo integran un profesional de medicina, de enfermería, de psicología y de trabajo social y un «equipo específico completo» que incluye «médicos, enfermeras y auxiliares, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, agentes de pastoral sanitario y el voluntariado con formación, selección y soporte» (SECPAL 2016: 50). La importancia del terapeuta ocupacional también ha sido mencionada por autores como Besse (2011: 92) quien indica que «el terapeuta ocupacional es parte integrante del equipo de cuidados paliativos para valorar la repercusión de la enfermedad en la actividad humana respecto a los efectos en la funcionalidad del individual y en las actividades cotidianas como autocuidado, trabajo u ocio».

También se ha creado el Grupo de Trabajo de Musicoterapia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (MUSPAL) formado por musicoterapeutas profesionales especializados en cuidados paliativos adultos y pediátricos y final de vida que actualmente están trabajando en 15 centros hospitalarios e instituciones (asociaciones y fundaciones) en España (*vid.* MUSPAL 2017: 19). Por ello, esta figura profesional también está incluida en los informantes de esta investigación.

Además de las entidades públicas donde se desarrollan los cuidados paliativos, también hay entidades privadas como fundaciones y asociaciones que ofrecen este tipo de cuidados como la Fundación CUDECA⁸⁸ que atiende a enfermos de cáncer, los equipos de apoyo psicosocial (EAPS)⁸⁹ de la Caixa en el programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios⁹⁰ que atienden a personas en fase terminal, el Centro Asistencial San Camilo⁹¹ dedicado al cuidado de pacientes en fase paliativa, la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica Universitaria de Navarra⁹², la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)⁹³ (*vid.* informe AECC 2014: 16-21) o una iniciativa de creación reciente como es el equipo de Cuidados Integrales Paliativos Almería (CUIPAL)⁹⁴ para dar atención domiciliaria a pacientes paliativos en fase terminal. Para que esta investigación abarque todas las posibles vías de cuidados paliativos, también se incluyen informantes de estas y otras entidades que describiremos en el capítulo dedicado a la metodología.

⁸⁸ Enlace a la fundación: <https://www.cudeca.org/>

⁸⁹ Enlace al programa: <https://fundacionlacaixa.org/es/programas-sociales/salud/atencion-integral-personas-enfermedades-avanzadas/equipos-de-atencion-psicosocial>

⁹⁰ Enlace a la orden: <https://www.ohsjd.es/>

⁹¹ Enlace al centro: <https://www.humanizar.es/centro-asistencial>

⁹² Enlace a la página web: <https://www.cun.es/nuestros-profesionales/servicios-medicos/medicina-paliativa>

⁹³ Enlace a la página web: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/enfermedad-avanzada/apoyos-casa>

⁹⁴ Enlace a la página web: <https://cuipal.es/>

Estas instituciones tienen como objetivo el facilitar los cuidados paliativos y que la atención sea integral. Bátiz Cantera (2019: 37) defiende la necesidad de trabajar en equipo y que «los programas de cuidados paliativos deben garantizar un óptimo nivel de atención en cualquier momento y lugar donde se encuentre el enfermo», sobre todo, en la fase final de un paciente porque necesita de todos los profesionales: equipo de enfermería y auxiliares, personal médico, personal de limpieza, apoyo psicológico, trabajo social y, posiblemente, un agente espiritual para reconfortarle en un momento tan trascendental, así como voluntarios que puedan aliviar algún momento de soledad. Lo que el enfermo necesita de los profesionales que le atienden es el factor humano porque «la ciencia ya no les va a evitar una muerte próxima» (*ibid.*, 38).

Este mismo autor, Bátiz Cantera, (2019: 45) ha elaborado un decálogo para cuidar bien al final de la vida con 10 puntos relativos a los cuidados del enfermo y la atención a su familia. El último punto «que se atienda a sus seres queridos después de su muerte, para aliviar su pena» nos lleva al área del duelo que, según el mismo autor, los paliativistas suelen tener claro que su labor no termina tras el fallecimiento del enfermo, sino que deben continuar apoyando a la familia (2021: 123). En España, los equipos de cuidados paliativos que han estado atendiendo a la persona fallecida y su familia suelen seguir un protocolo para atender el duelo, que incluye enviar una carta a los familiares y hacer varias llamadas a los cuidadores principales, o una visita de seguimiento. En la parte del análisis con entrevistas conoceremos la opinión de los entrevistados sobre cuándo termina su trabajo. No obstante, dado que el proceso del duelo suele ser más duradero, se hace necesaria otra ayuda como pueden ser grupos de duelo o terapia individual. La diferencia entre la ayuda individual o grupal reside en la metodología adoptada según el manejo de los tiempos y la situación y circunstancias de la persona; teniendo en cuenta si será beneficioso el compartir experiencias en grupo, o si todavía la persona no está preparada, o no es un recurso necesario para ella. De acuerdo con Payás Puigarnau (2007: 170) la ayuda individual o grupal se refiere a «aquella ayuda psicológica dirigida a facilitar un duelo normal, con el objetivo de aliviar el sufrimiento, proveer confort, normalizar la convivencia y reducir el aislamiento».

En los Grupos de Ayuda en Duelo (GAD) según Bermejo Higuera y Magaña Loarte (2014: 37) el objetivo es «acompañar a las personas que sufren por la pérdida de un ser querido en su proceso de duelo para que, a través de herramientas, vayan reconstruyendo el equilibrio en las distintas áreas que integran su persona» y por ello no se trata de olvidar al ser querido sino ayudar a recolocar la pérdida y afrontar los nuevos cambios y retos. En los grupos «cada persona expresa libremente delante de todos los compañeros del grupo sus sentimientos, miedos y/o preocupaciones relacionadas con la pérdida» (*ibid.*, 41). En esta idea también coincide Payás Puigarnau (2007: 171):

El grupo de apoyo es un espacio óptimo para reducir el aislamiento, mitigar los sentimientos difíciles, aumentar la autoestima y ganar confianza en uno mismo recuperando el sentido y control de la propia vida. [...] El grupo de apoyo ofrece un espacio de apoyo emocional donde cada persona puede expresar sus sentimientos libremente sin que por ello se minimice o juzgue la intensidad.

En los grupos de ayuda en duelo siempre hay un facilitador, esta persona puede ser un terapeuta según si se trate de un grupo de ayuda o apoyo terapéutico (GAMT), o los grupos de apoyo emocional entre iguales, donde el miembro que ha pasado por una terapia terapéutica es el que actúa como facilitador con el objetivo de ayudar a los otros miembros a partir de su experiencia y hablaríamos de un grupo de ayuda mutua (GAM). Según Payás Puigarnau (2007: 172) estos GAM suelen ser «de intervención no profesionalizada que debería estar dirigida a procesos de duelo normales» y las sesiones suelen estar menos estructuradas y su periodicidad suele acordarse por los miembros. Cuando los duelos son complicados o existe algún factor de riesgo, se recomienda que estén dirigidos por un terapeuta profesional y «cuentan con un número limitado de participantes, son cerrados, limitados en el tiempo y tienen un programa dirigido a las distintas necesidades de cada miembro y cuya función es tanto preventiva como de tratamiento» (*ibid.*, 172).

Ya en 1998, Lorenz (1998: 162), defendía la necesidad de ofrecer apoyo en duelo desde las unidades de cuidados paliativos y oncología. En algunos hospitales de España sí se pueden encontrar grupos de pacientes afectados por enfermedades para compartir sus experiencias e iniciativas privadas como el GEPAC (Grupo Español de Pacientes con Cáncer)⁹⁵ o la Fundación FEFOC (Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer)⁹⁶.

En los grupos, bien sean de pacientes o dolientes, existen criterios de inclusión y exclusión, así como normas para el correcto funcionamiento. Cuando el grupo está facilitado por un profesional suelen diseñarse las sesiones acordes con unos objetivos terapéuticos y estrategias para adaptar las intervenciones según las necesidades. Los grupos pueden ser homogéneos (todos los miembros han sufrido la misma pérdida como por ejemplo por suicidio) o heterogéneos (todos los miembros han sufrido una pérdida, pero en distintas condiciones). En ocasiones, esta división no es posible porque no hay suficientes personas o suficientes recursos. No obstante, para Payás Puigarnau (2007: 174) es importante tener en cuenta los factores situacionales, personales e interpersonales de los miembros y para Bermejo Higuera y Magaña Loarte (2014: 46-47) es importante que se fomente la empatía y el vínculo entre los propios miembros del grupo y se sepan utilizar las experiencias y actitudes para crear una sinergia emocional así como recordar que el facilitador no es un miembro más sino que tiene un papel más activo y debe saber manejar las intervenciones del grupo. Los facilitadores profesionales pueden desarrollar su actividad en una consulta privada, en equipos de cuidados paliativos, en instituciones, asociaciones y/o fundaciones.

⁹⁵ Enlace a la página web: <http://www.gepac.es/>

⁹⁶ Enlace a la Fundación: <https://www.fefoc.org/>

Sin embargo, aunque no hay una única forma válida para el correcto funcionamiento del grupo ni un formato ideal porque cada uno es distinto, Payás Puigarnau (2007: 176) sí recomienda que el espacio garantice una correcta accesibilidad, que la atmósfera sea de respeto, íntima y sin interrupciones y también observa como beneficiosa la co-facilitación porque «dos facilitadores pueden hacer más observaciones clínicas sobre el proceso individual de cada miembro».

La formación específica en acompañamiento e intervención en duelo en España es de carácter privado con títulos propios como la formación del Centro de Humanización de la Salud⁹⁷ más centrada en estrategias de *counseling* o el Instituto IPIR⁹⁸ que cuenta con una red de terapeutas y centros de duelo en España⁹⁹. Por tanto, observamos que puede haber terapeutas con distintos perfiles que hemos incluido en la presente investigación para abarcar todas las opiniones posibles.

4.1.1 Escenarios frecuentes en final de vida y duelo

Dentro del área de final de vida y duelo los escenarios más frecuentes son las consultas donde se comunican malas noticias, situaciones de últimos días y consultas de seguimiento del duelo bien sean individuales o grupales. De ahí que la muestra de nuestro corpus de situaciones esté formada por estos escenarios con y sin intérprete. A continuación, describimos estos escenarios para contextualizar nuestro análisis.

4.1.1.1 Malas noticias

El momento más complicado durante la comunicación de malas noticias suele ser cuando se habla del pronóstico, ya que se pueden desencadenar emociones intensas. Según Santos y Bermejo (2015: 64):

El principal objetivo de comunicar bien las malas noticias es amortiguar el intenso impacto emocional asociado a ese momento, tanto para el paciente y su familia como para el profesional. Todo aquello que favorezca un ambiente de mayor serenidad facilitará la adaptación de ese paciente concreto y la toma de decisiones en el proceso, individual y único, de acercamiento a su muerte.

Aunque no es sencillo nunca dar una mal noticia, el descuidar la forma de comunicación en ese momento puede agravar el sufrimiento de todos los implicados. Por ello, Santos y Bermejo (2015: 64-69) recuerdan algunos consejos como el cuidar del entorno, asegurarse de disponer de suficiente tiempo, estar en un espacio adecuado y cerca del enfermo, la importancia de la ética, la necesidad de empatía, honestidad, confianza y

⁹⁷ Enlace a la formación: <https://www.humanizar.es/formacion/master-en-counseling>

⁹⁸ Enlace al Instituto: <http://www.ipirduelo.com/>

⁹⁹ Enlace a la red: <http://www.ipirduelo.com/instituto-ipir/red-ipir-4/>

sinceridad, el respeto a las necesidades y ritmos de información del paciente, estar atentos al lenguaje verbal y no verbal, facilitar la expresión emocional, identificar preocupaciones, garantizar el apoyo y evitar la sensación de abandono.

En ocasiones, cuando la muerte está próxima, los pacientes suelen hacer preguntas para tratar de encontrar respuesta a sus interrogantes como «¿me voy a morir?» y las respuestas plantean un reto al terapeuta, que no debe angustiarse, sino indagar y tratar de averiguar más información o simplemente, acompañar en el malestar cuando no hay respuesta para ciertas preguntas.

El binomio paciente-médico no puede dejar de lado a los familiares, ya que una mala noticia y/o una enfermedad terminal suelen generar un gran impacto emocional también en la familia por formar parte del entorno próximo del paciente. Para Bátiz Cantera (2019: 37):

La labor realizada con los familiares tiene la importancia adicional de prevenir el sufrimiento futuro y de extender a la sociedad la filosofía de los cuidados paliativos. Es además un privilegio emocionante recibir el generoso agradecimiento de los familiares de un enfermo que ha fallecido y poder establecer con ellos lazos permanentes de autenticidad y de respeto.

4.1.1.2 Situación de últimos días

Conviene aclarar la diferencia entre situación de últimos días (SUD) y situación terminal, y para ello nos basamos en las definiciones recogidas en la Guía de Manejo de pacientes al final de la vida en el contexto del COVID-19 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2020a: 22):

Situación de últimos días (SUD): Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días.

Situación terminal: Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica.

Santos y Bermejo (2015: 155) recuerdan que en los últimos días de vida debe prevalecer todo lo que aporte bienestar y comodidad al paciente para intentar conseguir que muera en paz. Cuando el final está cerca, la comunicación no verbal adquiere una gran importancia, por lo que una mirada, un gesto, un abrazo, una sonrisa, el tacto o un silencio pueden comunicar más que una palabra, tanto en la relación paciente-enfermero, como en la relación paciente-familiar. Por tanto, es importante una buena comunicación enfermo-familiar-enfermero y/o equipo asistencial para intentar establecer un clima lo más seguro posible, respetando la intimidad de los últimos momentos, estableciendo núcleos de confianza y facilitando la atención y acompañamiento, ya que la fase terminal suele ser muy dura.

En ocasiones, en las situaciones de últimos días, se hace necesaria una sedación paliativa para aliviar el sufrimiento del paciente y, para ello, es necesario el consentimiento del paciente si es posible o el de un representante que suele ser un familiar que debe estar bien informado y ser conocedor de los valores del paciente (Santos y Bermejo 2015: 108). Estos autores también recomiendan facilitar el drenaje emocional y apoyo psicológico en el momento de la despedida; explicar, si no ha habido oportunidad anteriormente, la sedación; tranquilizar a los familiares y allegados y recordarles su labor de acompañamiento para favorecer el duelo a posteriori (*ibid.*, 109-110).

4.1.1.3 Duelo

Los cuidados paliativos también tienen como objetivo el acompañamiento al duelo que puede incluir una parte de preparación antes del fallecimiento (si la muerte no es repentina) y después de la pérdida.

Santos y Bermejo (2015: 117) definen el duelo como «esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras con ocasión de la pérdida de algo o alguien con valor significativo». Conviene recordar que, tras la muerte de una persona, siempre hay más de una persona en duelo.

El seguimiento del duelo tras la pérdida suele realizarse por el mismo equipo de cuidados paliativos si el paciente ha pasado por esta fase. Sin embargo, este seguimiento suele ser de una o dos visitas por lo que el proceso del duelo puede requerir la necesidad de acudir a una terapia de duelo individual o grupal según se ha descrito en el apartado anterior. Si la muerte ha sido repentina y los familiares no han tenido contacto con ningún equipo médico, también pueden acudir a dichas terapias si así lo creen conveniente. La OMS (2016: 9) recomienda estas terapias de grupo (*group interpersonal therapy*, IPT) para personas en duelo «in the case of grief, the goals of therapy are to help the person mourn the loss of the loved one and to find other activities, social roles and people who will help to make life better».

4.1.2 Ampliación de horizontes: la humanización de los cuidados paliativos y del duelo

En el área de los cuidados paliativos, los cuidados al final de la vida y el duelo, hay profesionales que se han preocupado y siguen en su empeño de mejorar la comunicación desde la humanización de la atención y los cuidados. En el capítulo del estado de la cuestión se han tratado las barreras lingüísticas y culturales que afectan a la comunicación y la relación de ayuda. Por ello, en este apartado lo relacionamos con las habilidades comunicativas que los profesionales preocupados por la humanización consideran necesarias en estos escenarios.

Algunos autores como Santos y Bermejo (2015: 17), afirman que para comunicarse con el enfermo y con su familia para informarles o proponerles distintas alternativas terapéuticas es básico conocer sus deseos y su umbral de calidad de vida, sufrimiento y autonomía. La calidad de vida es un concepto subjetivo, dinámico y multidimensional por lo que resulta complicado medirlo. No obstante, en cuidados paliativos se suele valorar teniendo en cuenta cuatro áreas: el bienestar físico, psicológico, social y espiritual (Castañeda de la Lanza, O'Shea, Narváez Tamayo *et al.* 2015: 152) que son la base de una atención integral. Por otro lado, el sufrimiento ya fue definido en 1993 por Chapman y Gravin como:

Un complejo estado afectivo, cognitivo y conductual negativo caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitan afrontar dicha amenaza (Chapman y Gravin 1993: 5)

Dentro del sufrimiento entraría el concepto del «dolor» definido en 1979 por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés) como una «experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño»; pero en 2016, la misma asociación redefinió este concepto como «una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales» (Williams y Craig 2016: 2420). Esta redefinición reconoce el dolor como fenómeno adaptativo dentro de los comportamientos no verbales (López Sánchez y Rivera Largacha 2018: 342). Dentro del concepto amplio de dolor, se ha definido el «dolor total» cuando afecta al dolor físico, social, psicológico, y espiritual (*ibid.*, 350-351).

Por último, entendemos por «autonomía» la «capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas» (Vera Carrasco 2010: 51). Este es uno de los cuatro principios básicos de la bioética que es especialmente relevante en las decisiones al final de vida.

Para conseguir la atención integral, desde las ciencias de la salud se ha recalcado la «experiencia de la enfermedad» de tres formas: la enfermedad (*disease*), el padecimiento (*illness*) y la disfunción social (*sickness*). Según López Sánchez y Rivera Largacha (2018: 347), la enfermedad es «el proceso de comunicación y de transformación que tiene la situación del enfermero, cuando el padecimiento del enfermo está vinculado a una narrativa social propia de la medicina»; el padecimiento es «el sentimiento subjetivo propio de cada persona de sentir una afección que compromete su bienestar» y la disfunción social se refiere a «las concepciones sociales y culturales sobre la salud». Dichas referencias sociales y culturales influyen en la manera en la que el paciente asume y actúa sobre la situación que le ocurre.

Una de las corrientes dentro del marco de la psicología humanista para abordar la atención y el acompañamiento al enfermo terminal es la psicoterapia, tratada en esta tesis en el epígrafe 3.2.2.2 y definida por la OMS como el «proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo» y para ello, el proceso se sustenta en las habilidades de comunicación incluidas en la siguiente definición:

El arte de hacer reflexionar a la persona que precisa ayuda por medio del encuentro interpersonal en el que utilizará técnicas que favorezcan que el ayudado llegue a tomar las decisiones más adecuadas para afrontar sus problemas (en nuestro caso problemas de salud-enfermedad), en función de sus valores e intereses. Al utilizar estas intervenciones no impositivas, respeta la autonomía del ayudado -el paciente y/o su familia- (Santos y Bermejo 2015: 16).

Para conseguir que sea un proceso dinámico y que la atención beneficie el entendimiento mutuo, la primera de las actitudes es la empatía terapéutica, donde el terapeuta «capta la experiencia del otro, sus sentimientos, sus contradicciones, sus expectativas y deseos y sus valores» en el marco de referencia del paciente; o como hemos citado en el epígrafe 3.2.2.3.1.3: «ser empático implica estar dispuesto a caminar en sus zapatos sin la intención de quererle sacar de ellos» (Payás Puigarnau 2020: 13). Un ejemplo de ello es el aportado por Santos y Bermejo (2015: 18) cuando en lugar de utilizar la frase «te entiendo», se utiliza «comprendo que esta noticia te haga sentir así». La empatía está relacionada con la compasión para algunos autores. Por ejemplo, Bátiz Cantera (2019: 36) considera que «el cuidador debe aportar su sensibilidad para empatizar con el enfermo y transmitir compasión» y entiende dicha compasión como «el entendimiento y la empatía del médico ante lo que le ocurre y le preocupa al enfermo» (Bátiz Cantera 2021: 173) o también definida por Picco (2017: 171) «compasión no es sentir lástima, es una forma de sensibilidad acompañada de consciencia, atención y motivación».

La **empatía** también está relacionada con la sintonía porque el deseo de ser comprendido es inherente al ser humano y cuando esto no ocurre nos sentimos desconectados y sin empatía ni sintonía. Por ello, sentirse comprendido es estar en sintonía y esta sintonía empieza por la empatía «y va más allá porque supone la respuesta profundamente personal del oyente, así como la intención del hablante» (Erskine, Moursund y Trautmann 2017: 89). En esta relación de sintonía, el terapeuta debe ser consciente de las sensaciones, las necesidades, los sentimientos o los deseos de ese paciente o de lo que quiere decir con lo que dice. El terapeuta también tiene que comunicarle al paciente que es consciente que sí que comprende. Por tanto, también entraría la armonía y moverse uno al ritmo del otro para que ambos se sientan respetados y el paciente entenderá que se le toma en serio, protegido, apoyado e informado.

La sintonía es en un primer momento cognitiva para entender qué está pensando el paciente y el terapeuta presta atención a cómo el paciente conecta las ideas, expresa su vivencia y cómo la expresa. Además, es necesaria la sintonía afectiva y aquí está la diferencia entre la empatía y la sintonía.

La sintonía va un poco más allá de la empatía porque no solamente comparte la experiencia afectiva del paciente, sino que «llega al afecto del paciente con su propia respuesta afectiva personal y auténtica» (*ibid.*, 102).

La segunda actitud es la **aceptación incondicional** que necesita el paciente y el/los familiar/es para crear una atmósfera de entendimiento mutuo y, para ello, es necesario que no se emitan juicios de valor y que haya cabida para todos los sentimientos y emociones (Santos y Bermejo 2015: 18-19).

La tercera de las actitudes es la **autenticidad** o congruencia referida a que el propio terapeuta debe conocer sus límites y sus puntos débiles para poder comprender los ajenos y, por ello, «la autenticidad comienza por el autoconocimiento [...] y por aprender a manejar la propia vulnerabilidad a favor de la relación terapéutica» (*ibid.*, 19).

En cuanto a las habilidades, una de las más importantes es la escucha activa que va mucho más allá que solamente oír. La escucha activa comprende el silencio interior, la mirada, el acompañamiento en el diálogo, el tono de voz, movimientos corporales, expresiones faciales (*ibid.*, 21). Otra de las estrategias comunicativas es la validación a través de la respuesta empática que consiste en «captar lo que el paciente expresa, verbal y no verbalmente y presentárselo, con claridad como si usase un espejo en el que se viera reflejado» (*ibid.*, 22). La asertividad es otra de las habilidades que denota autoestima y que permite que entendamos al otro pero respetando nuestros puntos de vista y de ahí que en este contexto se abogue por la utilización de la primera persona en lugar de la segunda. La personalización pretende que a la persona a la que se le ayuda sea consciente de lo que le está ocurriendo y conecte con su «experiencia afectiva y emocional». Se puede conseguir a través de preguntas como «¿qué supone para ti este problema que me estás contando?» (*ibid.*, 23).

Todas estas habilidades y actitudes favorecen la comunicación paciente-familia-profesional según los autores citados anteriormente que abogan por la humanización de la atención médica y, sobre todo, al final de la vida. Por ejemplo, Jacinto Bátiz, quiere ser recordado por su «humanismo desbordante» ya que considera que «se preocupa más por la persona que padecía la enfermedad que por la enfermedad que padecía la persona» (Bátiz 2021: 19) y así lo plasma en su obra *Mientras llega la muerte*, así como en otros materiales divulgativos que crea en su empeño de visibilizar los cuidados paliativos. En esta línea también trabajan distintos profesionales en el proyecto HU-CI centrado en la humanización de los cuidados intensivos¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Enlace a la web del proyecto: <https://proyctohuci.com/es/inicio/>

A raíz de esta preocupación, también se ha creado formación en esta línea como el Máster en humanización de la asistencia sanitaria: pacientes, familias y profesionales¹⁰¹ de la Universitat de Barcelona y el proyecto HU-CI o el experto en aspectos psicológicos en el cuidado del paciente crítico, familia y profesionales¹⁰² de la Universidad de Alcalá.

En la parte de investigación destaca la RedEol¹⁰³, una red de investigación sobre el final de la vida cuyo propósito es crear un espacio profesional para generar conocimiento y mejorar la atención en la última etapa de la vida, que se creó en 2016. Está impulsada y formada por investigadores de distintas universidades españolas y en julio de 2021 publicaron el mapa de investigación sobre final de vida en España que recoge los grupos de investigación centrados en el área de final de vida. En uno de estos grupos (Grupo de Investigación en Derechos Humanos, Bioética y multiculturalismo¹⁰⁴) observamos que tienen dentro de sus líneas de investigación el multiculturalismo y la inmigración cuyo objetivo es diseñar un modelo de gestión que permita la convivencia de distintas culturas dada la nueva realidad multicultural existente. Sin embargo, no ofrecen información más detallada.

Esta realidad multicultural es el foco de esta investigación, cuya aportación inédita reside en el estudio de las vías de mantenimiento de estas habilidades comunicativas cuando la lengua y la cultura del paciente o familiar y del profesional difieren. Además, la pandemia COVID-19 también ha dejado entrever la necesidad de investigar las habilidades comunicativas en final de vida y duelo porque se ha atendido a pacientes de distintas lenguas y culturas y se calcula que muchas personas necesitarán ayuda en duelo por pérdidas por COVID-19:

Compassionate communication is a fundamental skill for healthcare professionals to clarify patient expectations, beliefs, goals and values; to explore individual understanding of life threatening illness; to share difficult news and provide emotional support. [...] Clear communication between interdisciplinary and multi-professional teams, persons with life-threatening illnesses and families is critical for building trust, reaching common ground and guiding shared decision-making (Lowe, Martins Pereira y Yardley 2021: 1222).

COVID-19 death and bereavement present unique challenges for clinicians, patients and families. Deaths are often sudden and unexpected. Inability to say goodbye in person and social isolation and a lack of social support are known risk factors for poor bereavement outcomes. Clinicians and funeral professionals mitigated these restrictions by enabling adapted access (e.g. via video links), but there is a lack of evidence to inform these innovations and their acceptability to mourners I as yet unknown (Selman, Sowden y Borgstrom 2021: 1278).

¹⁰¹ Enlace a la formación: <https://proyectoहुci.com/es/masterhumanizacion/>

¹⁰² Enlace a la formación: <https://www.uah.es/es/estudios/estudios-oficiales/grados/Experto-en-Aspectos-Psicologicos-en-el-Cuidado-del-Paciente-Critico-Familia-y-Profesionales/>

¹⁰³ Enlace a la red: <https://redeol.es/>

¹⁰⁴ Enlace al grupo: <https://derechoshumanosybioetica.org/>

Por este motivo, en los grupos de informantes de esta investigación también incluimos dolientes por pérdidas por COVID-19, profesionales de atención al duelo que les han atendido y profesionales sanitarios que han trabajado con personas afectadas por esta enfermedad. Estos grupos no estaban inicialmente previstos, pero no se pueden dejar de lado dadas las circunstancias pandémicas que han intervenido durante la elaboración de esta tesis doctoral.

4.2 Descripción de las cuatro líneas de investigación para el análisis de los escenarios frecuentes en final de vida y duelo

Una vez descritos los escenarios frecuentes en final de vida y duelo, hacemos un breve recorrido por las líneas de investigación desde la interpretación que vertebran el análisis de dichos escenarios. La primera línea de investigación es la que indaga la necesidad de intérpretes en situaciones de final de vida. Otra línea es la que recopila los posibles papeles que puede adoptar el intérprete en sesiones de psicoterapia. La tercera línea de investigación es la calidad en estas situaciones. La última línea que se aborda es el estrés y el bienestar que puede sufrir el intérprete en el contexto de análisis de esta investigación.

4.2.1 Necesidad de interpretación

Uno de los objetivos del presente estudio es detectar la necesidad de interpretación en el área de final de vida y duelo (objetivo general 2). En el apartado introductorio 1.2 ya hemos resaltado la necesidad de la comunicación centrada en el paciente en el área de final de vida (Bylund, Brown, di Ciccone *et al.* 2008; Thornton, Pham, Engelberg *et al.* 2008) incluyendo a los familiares (Lautrette, Darmon, Megarbane *et al.* 2007; Silva, Genoff, Zaballa *et al.* 2016) y hemos expuesto las barreras comunicativas y de acceso a servicios sanitarios con los que se encuentran los pacientes cuya lengua materna no es el español (Abril Martí y Martín 2011; Valero Garcés 2014). A partir de ahí radica la importancia de una comunicación mediada por intérprete profesional (Heyland, Dodke, Rocker *et al.* 2006; Thornton, Pam, Jackson y Curtis 2009; Hordyk, Macdonald y Brassard 2017; Granhagen, Tiselius, Bromgren *et al.* 2019b) para contribuir a una mejora de los cuidados y al éxito comunicativo (Lilly, De Meo, Sonna *et al.* 2000; Schneiderman, Gilmenr, Teetzel *et al.* 2003). En esta sección ampliamos la información del capítulo introductorio con una revisión a los estudios sobre la necesidad de intérpretes.

Autores como Corsellis (1997); Oda y Joyette (2003) o Hoen, Nielsen y Sasso (2006) en sus trabajos resaltaban la necesidad de establecer servicios de interpretación, aunque no describían teorías organizativas sobre cómo empezar el proceso. No obstante, los trabajos de Ozolins (2000; 2004; 2007) son unos de los primeros que ponen de manifiesto la necesidad de disponer de interpretación en los servicios públicos y los pilares en los que los gobiernos deberían apoyarse para ofrecer respuestas a las necesidades multilingües de los extranjeros.

Los cuatro macro factores que Ozolins (2000 [2011: 196]) propone son la necesidad de financiación para poder ofrecer servicios de traducción e interpretación, atender a las necesidades lingüísticas de los profesionales que deben atender a las personas extranjeras, crear una base institucional para poder gestionar los servicios de forma común y adaptar las necesidades a cada sector de los servicios públicos. Agger-Gupta (2001) también describió un modelo en tres fases para ofrecer servicios de interpretación en los hospitales de Estados Unidos. Este modelo comprendía una primera fase de trabajo con profesionales de atención primaria a los que en algunas consultas se les ofrecía la ayuda de intérpretes. Poco a poco se fueron acostumbrando al trabajo en equipo y se pasó a la fase de normalización de esta práctica y redacción de un protocolo sobre el uso de intérpretes profesionales que terminó con una formación también en competencias culturales. A la vista del éxito de este proyecto, la *US Office of Minority Health* publicó en el año 2000 la guía *Culturally and Linguistically Appropriate Services* que sirvió como base para otras guías elaboradas por otras instituciones. Asimismo, Schuster (2013) propone un modelo sociológico en cinco fases para implementar un servicio de interpretación que empieza por el caos cuando la institución no ofrece ninguna facilidad de acceso a personas extranjeras lo que determina el inicio de la segunda fase (el ser consciente de la necesidad) para pasar a un proyecto piloto de interpretación profesional tras el cual se desencadena la fase decisiva que puede conllevar al fracaso si los servicios no han surtido el efecto deseado (y, por consiguiente, se vuelve a la fase primera) o al éxito cuando el proyecto continúa y se expande para terminar en la fase de incorporación y profesionalización de los servicios (*vid.* Schuster 2013: 63-71).

A pesar de estos esfuerzos por crear servicios de interpretación profesionales, en el ámbito médico, la necesidad de intérpretes profesionales latente es suplida, en muchas ocasiones, por intérpretes no profesionales por falta de disponibilidad, formación específica o desconocimiento de las instituciones (Baraldi y Gavioli 2014) o a los pacientes se les pide que traigan su propio intérprete y por urgencia y/o desconocimiento suelen tender a familiares, conocidos o amigos. A esta situación, Crezee (2013: 11) la denomina «*BYO (Bring-Your-Own) interpreter*». En el apartado 2.1.1.2.2 sobre la provisión de servicios de interpretación en España presentábamos la situación actual, pero a este respecto también se han publicado otros estudios comparativos entre distintas zonas de España y el extranjero donde ya se empiezan a incluir los intérpretes profesionales en los estudios (Sánchez-Pedreño Sánchez 2014; Burdeus Domingo 2015; Goretti 2011, 2016a, 2016b; Pérez Estevan 2018b; Coetzee, Pereira, Scheurer *et al.* 2020).

El estudio cualitativo llevado a cabo por Sánchez-Pedreño Sánchez (2014) sobre la situación de la interpretación en un hospital de Murcia es un ejemplo de lucha por la profesionalización y visibilidad de la profesión y considera imprescindible la presencia de un intérprete profesional en el ámbito sanitario:

La intervención del intérprete profesional en el ámbito sanitario es imprescindible para garantizar a los pacientes extranjeros la asistencia sanitaria en una lengua que les permita comunicarse. Sin embargo, el desconocimiento de la profesión por parte de la Administración provoca una situación en la que no se le incluye entre sus categorías profesionales (*ibid.*, 302).

Así pues, propone nueve líneas de actuación para mejorar la comunicación interlingüística y, por tanto, la calidad asistencial centradas en la información sobre la disponibilidad de un servicio de interpretación, la promoción de su uso, la posibilidad de desarrollar materiales multilingües de apoyo, apostar por la formación y promover una coordinación entre los profesionales sanitarios y los intérpretes (*ibid.*, 312-313).

Burdeus Domingo (2015) realiza un estudio comparativo de las posibilidades de comunicación en hospitales y centros de atención primaria en Barcelona y Montreal a través de entrevistas y cuestionarios. En sus resultados concluye que, en el mejor de los casos, es posible disponer de servicios de interpretación, pero no ocurre siempre dado que se utilizan otros recursos como materiales multilingües, intérpretes *ad-hoc* o incluso, en Montreal, son los profesionales sanitarios con nociones básicas de la otra lengua los que atienden a los pacientes lo que implica que las partes tengan que intuir mucho contenido por la difícil comprensión entre ambos interlocutores (*ibid.*, 567). Por otro lado, los profesionales sanitarios valoran que un intérprete profesional les aporta mayor seguridad dado que confían en que son imparciales, neutrales, transparentes y salvaguardan el secreto profesional. En cambio, cuando la interpretación la hace un acompañante (intérprete *ad-hoc*) el contenido no se transmite en su totalidad lo que puede causar algunos prejuicios o cuando el intérprete es un hijo menor puede incluso esconder información y alterar el resultado de la consulta (*ibid.*, 568). Por tanto, la ISP se considera una necesidad para comunicarse con usuarios alófonos (*ibid.*, 571). Además, destacan que la necesidad de los servicios de interpretación es más necesaria en áreas como la psicología y la salud mental por tratarse de contextos más delicados:

La necesidad de estos servicios es incluso mayor para los profesionales del ámbito socio-psicológico. Esto es así dado que, si bien los profesionales de la salud serían capaces de llegar a un diagnóstico basándose en exploraciones profundas de la sintomatología física gracias a la aplicación de diferentes pruebas médicas (a pesar de los esfuerzos y la inversión de tiempo y dinero), los profesionales de los ámbitos social y de la salud mental necesitan comprender en profundidad los mensajes del usuario para tratar adecuadamente su problema (Burdeus Domingo 2015: 572).

Goretti publica distintos trabajos (2011, 2016a, 2016b) sobre la necesidad de servicios de traducción e interpretación en hospitales de Londres, Düsseldorf y Madrid y tras encuestar a pacientes, intérpretes y profesionales sanitarios llega a las conclusiones de que se trata de tres países con gran población de pacientes extranjeros por lo que los servicios de traducción e interpretación están bastante demandados. Ahora bien, no siempre se dispone de ellos; parece ser que Reino Unido es el país más avanzado.

Por ello, como mejoras para cubrir la necesidad existente se propone invertir más en formación tanto lingüística como extralingüística, elaborar recursos y materiales para facilitar la comprensión de los pacientes y disponer de intérpretes en plantilla o en centros con un número reducido de pacientes extranjeros se disponga de programas y herramientas específicos para contactar con intérpretes lo antes posible (Goretti 2016a: 560-561). Esta línea de la necesidad de trasladar y garantizar la comprensibilidad del conocimiento especializado en medicina al paciente extranjero también ha sido objeto de estudio (Montalt i Resurrecció y Gozález Davies 2007; Prieto Velasco 2014; Montalt i Resurrecció y García Izquierdo 2016; Saiz Hontangas, Ezpeleta Piorno y Muñoz Miquel 2016; Toledo Chávarri, Abt-Sacks, Orrego *et al.* 2016 y Pérez Estevan 2017, entre otros).

Otro estudio destacable por la metodología empleada es el de Coetzee, Pereira, Scheurer *et al.* (2020) quienes evalúan el nivel de seguridad y confianza en estudiantes de medicina antes y después de un taller de formación con intérpretes médicos profesionales. Así pues, a los estudiantes se les pidió que rellenasen un cuestionario sobre la relevancia del trabajo de los intérpretes en su práctica diaria y la ayuda que pueden brindarles a la hora de atender a pacientes de otras lenguas. Tras el análisis de los resultados, los autores comprueban que las situaciones practicadas han sido relevantes y la confianza y seguridad del alumnado ha aumentado, así como la preparación para trabajar con pacientes cuya lengua materna es distinta dando luz así a la necesidad de intérpretes y la importancia de la formación conjunta para una mejora de la coordinación y el trabajo en equipo (*ibid.*, 3).

En cuidados paliativos también existen algunos estudios centrados en la necesidad de una correcta comunicación con los pacientes que no dominan la lengua mayoritaria y que provienen de otras culturas (Jiang 2000; Davies, Sehring, Partirdge *et al.* 2008; Imai, Kanero y Masuda 2016; Suurmond, Lieveld, Van de Wetering *et al.* 2017; Watts, Meiser, Zilliacus *et al.* 2018). Desde este punto, Dreier, Zernikow y Wager (2020) analizan la situación de los padres extranjeros cuyos hijos reciben cuidados paliativos en un hospital de Alemania a través de cuestionarios al personal de enfermería, médicos, psicólogos y pedagogos sobre sus encuentros con los padres. Para su estudio, la muestra la componen 49 familias extranjeras que han sido atendidas en la unidad de cuidados paliativos y que no poseen habilidades comunicativas en alemán lo que contribuye a que no se pueda llevar a cabo una deseada coordinación en la atención de sus hijos (*ibid.*, 2020: 6). Además, resaltan la dificultad para expresar las emociones que si ya resultan difíciles en la lengua materna aún más lo pueden ser en la lengua extranjera con el peligro de no ser comunicadas por desconocimiento del idioma:

First, the concretization of emotions is culture-specific, which can trigger misunderstandings if emotions are expressed differently in the local language. Second, thoughts and worries are often difficult to describe in one's own language. Expressing these in a foreign language is even more challenging and reveals existing language deficits (Dreier, Zernikow y Wager 2020: 6-7).

Aunque no nombren a los intérpretes en sus conclusiones, entrevemos que en las propuestas de identificar soluciones para las barreras comunicativas y culturales en los cuidados paliativos pediátricos e integrar la formación en comunicación y cultura en los contenidos de paliativos podrían tener cabida los intérpretes como profesionales de la comunicación. Por todo ello, si volvemos a los inicios de la traducción y la interpretación en los servicios públicos que según Garber (1997) nacieron de una voluntad de justicia social e igualitaria (Bancroft 2015) y para corregir los desequilibrios de poder (Angermeyer 2013) y servir como medio de integración social (Pena 2016) para garantizar el derecho de los individuos al acceso a dichos servicios (Nakane 2013; Gómez Guzmán 2018; Wallace y Monzó Nebot 2019), observamos que es indudable la necesidad de la TISP en todas las áreas.

Con el objetivo de romper esta barrera de acceso a los servicios, Squires (2019: 26) recuerda la necesidad de tener en cuenta todos los factores que influyen en el estado de salud de una persona y la importancia del intérprete:

A person's health is a product of where they live, their ability to access health insurance coverage, genetics and family history, the organization where they seek care, and their health care providers. Each factor will have a different weight in influencing the health outcome. When a person has a language barrier, the interpreter becomes part of the outcomes equation.

Anssari-Naim (2020) también tiene en cuenta la barrera de acceso a distintos servicios y centra su investigación en la accesibilidad entendida como la posibilidad de eliminación de todo tipo de barreras (comunicativas, físicas y discapacidades) y considera «la interpretación social como parte integrante de la accesibilidad». Es decir, «la interpretación en los servicios públicos se entiende como instrumento que sirve para la eliminación de las barreras, en este caso, lingüísticas, y que se encuentra especialmente dirigida a extranjeros no hablantes de la lengua del país de acogida» (*ibid.*, 426).

Recopilamos en el siguiente párrafo autores que han abogado por la necesidad de consolidación y profesionalización de la interpretación en el ámbito médico:

Doctor-patient interaction is one of the communicative situation in which the presence of an interpreter is increasingly required (Cirillo 2010: 55). Knowledge, management, and use of all modes of interpreting are crucial elements in the administration of interpreting services in the healthcare sector as well as in planning and delivering training programs to both new and seasoned interpreters (Fragkou 2020: 291). Trained medical interpreters should participate in the care of all patients in the absence of provider language concordance (Coetzee, Pereira, Scheurer *et al.* 2020: 1). Once the health professionals become aware of the impact of cultural beliefs in relation to sickness and health, they may start to value the interpreter's cultural knowledge more (Crezee 2013: 30). In a triadic situation, only the interpreter or translator is familiar with the traditions and frames of reference of both speakers. Only the language mediator can perceive how the other participants understand the empirical world, the situation and each other. Given these advantages, should the interpreter or translator take action to advance and resolve relevant differences or should they act as mere conduits in finding the best linguistic rendering to convey in L2 what was said in LI? (Wallace y Monzó Nebot 2019: 5)

Concluimos este epígrafe con un trabajo que también recalca la necesidad de investigar sobre el impacto del uso de intérpretes en psicoterapia como es el estudio de Sander, Laugesen, Skammeritz *et al.* (2018) quienes tras la comparación de una muestra con intérpretes y otra sin concluyeron que la falta de formación puede conllevar a errores que afectan negativamente a la planificación y al progreso de las sesiones terapéuticas y por ello es necesario que los intérpretes cuenten con formación específica. Estos mismos autores resaltan la falta de más estudios que exploren el impacto de las sesiones con intérpretes:

Knowledge about the interpreter's impact on psychotherapeutic treatment outcome is limited. [...] Due to the limited research and the challenges related to interpreter mediated psychotherapy, the impact of interpreter-mediated psychotherapy is still of concern. [...] Interpretation in psychiatric treatment is particularly demanding because the communication is crucial for the assessment, diagnosis and treatment (Sander, laugesen, Skammeritz *et al.* 2018: 685).

4.2.2 Papel del intérprete

Otro de los aspectos que pretendemos explorar en esta investigación tras la necesidad de interpretación es el rol que el intérprete adopta en los contextos de malas noticias, últimos días y duelo (objetivo general 3). No cabe duda que es una línea de investigación que cuenta con mucha controversia por los distintos roles que se han identificado a lo largo de la investigación en interpretación y que no está exenta de polémica en el ámbito de los servicios públicos y, sobre todo, en la rama de la interpretación médica.

Si partimos de la norma ISO 13611:2014, el intérprete en los SSPP debe ser capaz de comprender el mensaje original y transmitirlo en la lengua meta conservando la misma función comunicativa que el original. Además, conciben como una competencia el que el intérprete sea consciente de su propio rol y así poder poner límites e intervenir cuando sea necesario:

Community interpreters should have the ability to convey a message from the source to the target language (be it spoken or signed) in the appropriate interpreting mode. Accurate interpreting requires the ability to assess and comprehend the original message and render it in the target language in a way that preserves the meaning and supports the same communicative function as the original message. Community interpreting ability also requires the knowledge, awareness and understanding of the community interpreter's own role in the interpreted communicative event, including the ability to limit that role as required, to intervene when necessary and to support direct communication between people who do not share a common language (ISO 13611:2014, 10).

A priori, descrito de esta manera, puede parecer una tarea sencilla pero no parece serlo cuando la cuestión sobre el rol del intérprete sigue siendo un tema de debate en todos los ámbitos: académico, investigador y profesional. Uno de los indicadores por los que existe tanta controversia es por la característica interacción interpersonal de estos encuentros y por las situaciones sensibles que ocurren con frecuencia en la práctica de la interpretación médica:

The interpersonal interaction that characterises community interpreting has been described as the prime determiner of the range of concerns which dialogue interpreters experience in their day-to-day work' (Mason 1999: 148). The sensitive situations which community interpreters are frequently involved with in encounters which frequently differ in their quality and empowerment, may present dilemmas related to role-adopting and decision-making (Santamaría Ciordia 2019: 242).

Si nos remontamos a los inicios, Reddy (1979) definió al intérprete como cauce lingüístico con su denominación '*conduit metaphor*'. Sin embargo, esta metáfora empezaba a quedar desmontada cuando las investigaciones de otros autores como Roy (1992; 1993) o Wadensjö (1992; 2001) consideraban al intérprete como una parte esencial de la conversación que posee conocimientos culturales y que también puede actuar como co-constructor de la interacción.

Dos años más tarde, Zimman (1994: 219) citado en Martín y Abril Martí (2002: 57), en su intento de definir dónde estaban los límites, establecía que los límites tienen que ponerse cuando se va a tomar una decisión por otras personas «the limit has been reached when it comes to making decisions for other people. They need the information but they don't need you to make up their minds for them». No obstante, no relaciona los límites con un rol concreto del intérprete.

Por otro lado, Roberts (1997) distinguió el extremo opuesto al rol propuesto por Reddy (1979) con el rol que denominó '*advocacy*', entendido como defensor del paciente. Un año más tarde, Jalbert (1998) propuso una tipología con varios roles: '*translator*', '*cultural informant*', '*culture broker/cultural mediator*', '*advocate*' y '*bilingual professional*'. En el primer rol (*translator*) el intérprete minimiza su presencia y no interfiere en los discursos. Como informante cultural, el intérprete ayuda al profesional sanitario a entender mejor la cultura del paciente. Sin embargo, va un paso más allá y adopta el rol de mediador cultural cuando existe un conflicto entre las partes de índole cultural y para ello necesita ampliar o sintetizar las intervenciones de las partes para conseguir solucionar el conflicto. También describe el rol de defensor cuando en una situación conflictiva el intérprete decide posicionarse por el paciente. El último rol que puede adoptar es el de profesional bilingüe cuando gestiona y coordina la conversación y después traspasa la información al profesional sanitario, para ello, indican que el intérprete debe tener formación sanitaria.

Este fue uno de los estudios que dio pie a una reflexión más amplia sobre las funciones del intérprete ya que no solamente lo concebía como un transmisor de un código lingüístico a otro. Y así, autores como Garber (2000) o Mesa (2000) manifestaron la necesidad de que el intérprete adquiriese un papel más neutral, distante y fiel a ambas partes y otros tendían a incluir en el rol las variantes social y cultural como Hsieh (2006). En esta línea, Cambridge (2002:123) definió el rol imparcial como:

Interpreters using the impartial model relay messages accurately, completely and in as closely as possible the same style as the original. They do not give personal advice or opinions; do not add or omit parts of the message; do make every effort to foster the full, accurate transfer of information; do maintain strict confidentiality.

Asimismo, Martin y Abril Martí (2002: 57) abogan porque la neutralidad es necesaria para:

Salvaguardar la credibilidad del intérprete y garantizarle la posibilidad de cumplir con su misión. [...] Y esto, a su vez, fomentará el respeto hacia la interpretación como profesión. [...] Solo la profesionalización de la IS podría aclarar el alcance de la función del intérprete y establecer sus límites.

Para las mismas autoras (*ibid.*, 58), una interpretación no profesional podría conllevar una calidad insatisfactoria que no permitiría a los inmigrantes tener un acceso como es debido a los servicios públicos y, por esta razón, el papel del intérprete profesional está relacionado con los participantes y la jerarquía de poder:

El papel del intérprete lo define un completo entramado de consideraciones que incluyen las percepciones de todos los participantes en la interacción, la pertenencia del intérprete a una de las comunidades étnicas o culturales representadas, la presión derivada de saber que un resultado concreto puede ser determinante para uno de los participantes, así como el evidente desequilibrio de poder en la mayoría de los casos (Martin y Abril Martí 2002: 55).

Beltran Avery (2001) vuelve a recuperar los dos roles extremos, pero, en lugar de diferenciar entre un rol como conducto y defensor, elabora su dicotomía entre rol neutral y rol activo. En el rol más neutro, describe que la función del intérprete consiste en traspasar el mensaje:

The interpreter's only responsibility in the encounter is to provide accurate and complete transmissions of messages conveyed in one language into another language, allowing the patient and provider to interact, as nearly as possible, as if they are engaged in a same language exchange (Beltran Avery 2001: 4).

En contraposición a este rol, el intérprete puede adoptar un rol más activo además de trasladar el mensaje. Sin embargo, este rol está más asociado a intérpretes de una misma comunidad que los usuarios ya que conlleva responsabilidades como crear un clima de confianza y credibilidad y, al compartir la misma cultura, este puede ser un factor que condicione el deseo de mayor integridad (*ibid.*, 4).

En 2002, se publica una guía¹⁰⁵ desde la asociación californiana de intérpretes médicos que divide los roles del intérprete en conducto (*'message converter'*), clarificador del mensaje (*'message clarifier'*), agente cultural (*'cultural clarifier'*) y defensor del paciente (*'patient advocate'*) que recuerda a la clasificación de Jalbert (1998).

¹⁰⁵ Disponible en:

[http://www.saludycultura.uji.es/archivos/CHIA_standards_healthcare_interpreters_\(EEUU\).pdf](http://www.saludycultura.uji.es/archivos/CHIA_standards_healthcare_interpreters_(EEUU).pdf)

En cuanto al primer rol, lo definen como (CHIA 2002: 15) «in this role, interpreters listen, observe body language, and convert the meaning of all messages from one language to another without unnecessary additions, deletions, or changes in meaning», es decir, la función sería la de transcodificar y transmitir exactamente en un idioma lo que se ha expresado en otro. En el segundo rol, clarificador del mensaje, (*ibid.*, 15) «interpreters are alert for possible words or concepts that might lead to misunderstanding and identify and assist in clarifying possible sources of confusion for the patient, provider or interpreter». Por ello, este segundo rol es adoptado cuando el intérprete observa que no existen términos equivalentes, son necesarios cambios de registro o intervenciones que podrían dar lugar a un malentendido. En los casos en los que este malentendido sea por índole cultural, el intérprete actuaría como *cultural clarifier* y su papel consiste en (*ibid.*, 16):

Message clarification to include a range of actions that typically relate to an interpreter's ultimate purpose of facilitating communication between parties not sharing a common culture. Interpreters are alert to cultural words or concepts that might lead to misunderstanding and act to identify and assist the parties to clarify culturally-specific ideas.

Finalmente, el último rol que describen es el de defensor del paciente cuando el intérprete adopta un papel de apoyo y aboga por los intereses del paciente respecto a su bienestar. En este caso, recomiendan que el proceso esté basado en decisiones éticas y que debería adoptarse cuando el intérprete tiene experiencia y cree que es la mejor opción tras una reflexión previa: «interpreter require a clear rationale for the need to advocate on behalf of patients, and we suggest the use of the ethical decision-making process to facilitate this decision» (*ibid.*, 16). Esta clasificación también ha sido aplicada al contexto de la comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género¹⁰⁶ (Borja Albi y Pozo Triviño 2015) y resaltan la necesidad de adaptar al contexto las funciones del intérprete ya que «no se puede dar una definición de las funciones de la interpretación aisladas de un contexto. Ahora bien, se ha de ser muy consciente de las ventajas de trabajar con intérpretes profesionales y de los riesgos de trabajar con quienes no lo son» (*ibid.*, 34).

Traverso (2002) analizó el papel del intérprete dentro y fuera de la consulta a través de un análisis cualitativo de los intercambios comunicativos interpretados mujeres embarazadas y profesionales sanitarios en el ámbito de la ginecología en Francia. De sus resultados obtenemos que la interpretación era más fluida cuando el intérprete estaba de modo presencial, aunque, en ocasiones en este contexto, los intérpretes y profesionales sanitarios tenían conversaciones paralelas por lo que no estarían adoptando ningún rol de los descritos anteriormente, sino que más bien estaría actuando como un profesional monolingüe.

¹⁰⁶ Disponible en: <https://sosvicsweb.webs.uvigo.es/blogs/files/la-comunicacion-mediada-por-intepretes.pdf>

Grin (2003), como antropólogo, realizó un estudio observacional sobre el rol del intérprete en la zona de habla francesa de Suiza en distintas situaciones a las que se enfrentan los solicitantes de asilo. De sus observaciones obtuvo que, en un primer contacto, cuando el personal de enfermería rellena las solicitudes de los solicitantes, el intérprete actuaría de traductor; por el contrario, cuando el intérprete está en la consulta médica, adopta un rol de informante cultural para contextualizar algunos datos. En las situaciones en las que el intérprete actúa en las consultas de ginecología, para Grin (2003) el intérprete actúa como un profesional bilingüe ya que él y el profesional sanitario suelen acordar los objetivos de la consulta y es el intérprete el que guía la entrevista. También observó interpretaciones en el contexto terapéutico e indicó que el intérprete adopta un rol distinto y tiende más a ser un puente comunicativo, tendencia a la que un año después otros autores se refirieron como «bridge-building process» (Goguikian Ratcliff y Changkakoti 2004). Este estudio volvió a manifestar la necesidad de adaptar el rol al contexto.

Con estos ejemplos, vemos como el inicio del siglo XXI estaba marcado por voces discordantes sobre el rol de mero conducto que conllevaba una invisibilidad del intérprete. Así pues, la (in)visibilidad del intérprete también ha ocupado un gran espacio en la investigación médica. Angelelli (2001; 2003), una de las mayores exponentes, realizó varios estudios sobre la invisibilidad asociada al rol de conducto y describía así el concepto de invisibilidad:

It is often the case that language interpreters are portrayed as invisible language facilitators between two parties who do not share a common language. According to this concept, which I will call invisibility (Angelelli 2001), the interpreter is not considered a party to the conversation but rather a ‘language switching operator’ in line with the conduit model of communication (Angelelli 2003: 16).

En uno de sus estudios en 2003, Angelelli analiza las percepciones del rol del intérprete desde el punto de vista de la visibilidad de profesionales de Canadá, Estados Unidos y México. La autora parte de que el intérprete es una parte esencial por su poder, estatus, género, edad, raza, nacionalidad, estatus socio-económico y obedece unas normas culturales y sociales para construir e interpretar la realidad y, por tanto, el intérprete no solo aporta contenido lingüístico:

The interpreter brings not just the knowledge of languages and the ability to language-switch or assign turns, the interpreter brings the self. The self cannot be artificially blocked as the ICE¹⁰⁷ unfolds to create the illusion of an invisible interpreter (Angelelli 2003: 16).

Para su análisis desarrolla un inventario (*interpreter’s interpersonal role inventory*, IPRI, *ibid.*, 17) para calcular el grado de visibilidad y se basa en los parámetros: posicionamiento de las partes, confianza entre las partes, comunicación del mensaje y del sentido, explicación de conceptos culturales y establecimiento de normas de

¹⁰⁷ *Interpreted communicative event* (ICE).

comunicación durante la conversación. Cada parámetro se dividía en distintos ítems que tenían que valorar según los valores de 1 a 6 de una escala Likert. En sus conclusiones obtuvo que los intérpretes no tienen un rol invisible en ningún contexto y que se percibe que su rol está relacionado con conseguir confianza, facilitar el respeto mutuo, explicar posibles problemas culturales y controlar los turnos de la conversación.

La propuesta de Jalbert (1998) es cuestionada unos años después por Leanza (2003; 2005) por si realmente esos roles descritos se pueden aplicar a la práctica de la interpretación y, en su opinión, parecen ser más bien roles idealizados (Leanza 2005: 171). En un estudio anterior sobre el rol del intérprete y la experiencia de trabajar con intérpretes, Leanza (2003) analizó un corpus de grabaciones de consultas de seguimiento de pediatría a niños en los que también intervienen los padres y entrevistó a distintos grupos de informantes: 8 residentes de pediatría, 4 intérpretes que pertenecían a la misma comunidad que los pacientes (inmigrantes de la parte francesa de Suiza). Sus informantes fueron 8 residentes de pediatría de quienes obtuvo dos tendencias: hubo quienes respondieron que no estaban acostumbrados a trabajar con intérpretes y, por ello, se habían sentido con menos control de la consulta y más dificultades para adaptarse al tiempo por lo que piensan que el intérprete había adoptado más bien un rol de traductor y otros que gracias a la intervención del intérprete tuvieron la oportunidad de ofrecer un mejor trato por lo que el rol había tendido más hacia informador o mediador cultural. En otra publicación, Leanza (2005) añade que estos últimos entrevistados ven en el intérprete también el rol de apoyo (*'support'*) para las familias por el seguimiento que pueden hacer con las familias:

They are aware that the interpreter has an important role outside the consultation room as a support for the families. They mention the informal follow-up interpreters do in the community, for example by repeating explanations for prescriptions to the parents (Leanza 2005: 177).

A nuestro parecer, quizá este rol es adquirido por pertenecer a la misma comunidad que los pacientes y que han vivido historias de migración de dificultad similar como indica el autor (Leanza 2005: 177) «they were all from the cultural communities for which they interpreted and had a more or less difficult history of migration to Switzerland». En la visión de estos intérpretes que tuvieron formación a través de una asociación local, el rol que adaptan varía entre *'welcomers'* de los pacientes en el hospital ya que su presencia tranquilizaba y aportaba confianza a los padres de los niños y el rol de apoyo (*'family support'*), mencionado por el otro grupo de informantes, fuera del hospital más encaminados a conseguir una integración social (*ibid.*, 178). Con estos resultados, el autor propone una nueva tipología para clasificar el papel del intérprete en: agente del sistema (*system agent*) cuando el intérprete transmite la información y las diferencias culturales tienden a ser asimiladas por la cultura dominante; agente comunitario (*community agent*) cuando el intérprete manifiesta que las normas y cuestiones culturales del paciente son igual de válidas que las del profesional sanitario; agente integrador (*integration agent*) cuando el intérprete actúa fuera de la consulta médica y encuentra recursos para integrar al paciente y agente lingüístico (*linguistic agent*) cuando el intérprete se mantiene en una posición imparcial (*ibid.*, 186-187).

En 2005 también, el trabajo de Fatahi, Mattsson, Hasanpoor *et al.* concluía que, en la práctica, los intérpretes informantes se encontraban con dificultades por la ambigüedad del rol y la inseguridad que les ocasionaba a la hora de elegir una estrategia u otra. A partir de aquí se publicaron algunos trabajos sobre errores de interpretación como consecuencia de las dificultades de delimitación de las tareas que le corresponden a un intérprete como el estudio de Hsieh (2006) centrado en los conflictos sobre qué rol adaptar. Entrevistó a 26 intérpretes médicos de 17 lenguas distintas en Estados Unidos y concluyó que los conflictos a los que se exponían los intérpretes y que afectaban a su rol se podían dividir en cuatro situaciones: el modo de comunicarse de los otros interlocutores, los cambios en las dinámicas participativas, las medidas institucionales y expectativas idealizadas sobre el rol (Hsieh 2006: 723-724). Para actuar contra estos conflictos, los intérpretes suelen identificar de dónde viene el problema y justificar su rol a través de sus elecciones y adoptar otras estrategias comunicativas para lograr el éxito comunicativo:

Successful bilingual health communication relies on more than an interpreter's linguistic skills. The interpreter's ability to coordinate and negotiate other speaker's communicative goals and identities is crucial to the effectiveness and appropriateness of provider-patient interaction (Hsieh 2006: 729).

Roat (2006) vuelve al tema de la visibilidad y elabora un modelo que va incrementando de menor a mayor la intervención del intérprete. En el que menos intervención se requiere estaría el rol de conducto, seguido de clarificador, informador cultural y defensor.

Otros autores que también entrevistaron a intérpretes como Messias, McDowell y Estrada (2009) quienes realizaron un estudio con 27 intérpretes concluyeron que el rol de conducto no era práctico y, en ocasiones, hasta imposible. En un estudio posterior también llegaron a la misma conclusión porque consideran que un rol neutral no es compatible con facilitar un clima de confianza (McDowell, Messias y Estrada 2011: 145). Unos resultados similares se obtuvieron en el estudio de Butow, Bell, Goldstein *et al.* (2011) tras entrevistar a 30 intérpretes del ámbito oncológico quienes coinciden en que es necesario transmitir la información, pero durante dicha transmisión ocurren muchos dilemas que interfieren en el rol que se adopta y por ello es necesario adaptarse al contexto.

En el ámbito de la salud mental Tribe y Lane (2009) también identificaron cuatro roles del intérprete y los dividió en: '*linguistic mode*', '*psychotherapeutic/constructionist*', '*advocate*' y '*cultural broker*'. El rol de lingüista se refiere a una traducción más literal adoptando una posición más neutra y distante. En el rol de constructorista, el intérprete presta más atención al traslado del significado del contenido emocional en lugar de ofrecer una traducción literal.

En 2013, Crezee pone el énfasis en la competencia cultural necesaria para interpretar:

It is the interpreter's role to be conscious of situations where different cultural attitudes towards sickness and health may potentially lead to communication breakdown and non-compliance. Interpreters need to be aware of any cultural beliefs the patient may hold. They also need to be aware of the hospital culture in the country they are working in, and of the scientific approach followed by the health professionals. Interpreters should be aware of all these, without stereotyping (Crezee 2013: 30).

Esta misma autora, consciente de que no solo las barreras lingüísticas suponen una traba para el acceso de inmigrantes a los servicios sanitarios sino que también han ido apareciendo otros problemas como la imposibilidad de concertar una cita, la incapacidad de recabar toda la información para decidir un diagnóstico, el no seguimiento de un tratamiento prescrito, el desconocimiento de gestiones administrativas o la falta de un clima de confianza y en sendos trabajos ha desarrollado un nuevo rol del intérprete que denomina *Patient Navigators* (Crezee 2013, 2015, 2019; Crezee y Gordon 2019). A estas barreras mencionadas, Crezee y Gordon (2019b: 7) añaden otras como la pobreza, falta de acceso a internet y falta de transporte hasta el hospital en el colectivo de su estudio (inmigrantes en Nueva Zelanda). Para suplir estas barreras siguen la clasificación de Freeman y Rodríguez (2011: 3539-3542) para añadir que los '*patient navigators*' son un servicio de ayuda para integrar a pacientes desfavorecidos y poder eliminar las barreras que puedan encontrarse, pero es necesaria una coordinación de todos los profesionales que atienden al paciente (Crezee y Gordon 2019: 7). En su estudio en los hospitales *Seattle Children's Hospital* (SCH) y *Auckland Hospital* preguntaron se cuestionaron las diferencias entre el rol del intérprete y del *patient navigator*. El rol de *patient navigator* parece ser que tiene un carácter más pedagógico para intentar que las personas con más barreras puedan acceder al sistema sanitario. De este modo, en su estudio, los *patient navigators* se asignaron a familias que cumplían una serie de requisitos: tener hijos con problemas médicos complicados por lo que tienen que acudir a distintos especialistas, tener un nivel de inglés limitado y pocos conocimientos sobre medicina (*ibid.*, 13) y los resultados también fueron positivos en cuanto a romper las barreras que les impedían una asistencia sanitaria de calidad. Se trata de un estudio muy importante para recalcar que distintos colectivos se pueden encontrar con problemas similares pero las soluciones pueden ser totalmente distintas dependiendo del tipo de obstáculos con los que se encuentren y así poder ajustar el rol del intérprete según las necesidades.

4.2.2.1 Papel del intérprete en psicoterapia

En el apartado 3.3 hemos avanzado que la investigación en interpretación en el campo de la psicoterapia no ha sido casi explorada y, en España, es un campo novedoso. Decimos casi porque tras la revisión a los posibles roles que puede adoptar el intérprete, en el ámbito de la psicoterapia destacan los estudios de Bot (2003; 2005) sobre el papel del intérprete en encuentros terapéuticos con solicitantes de asilo. Al tratarse del objeto de estudio de esta investigación, aunque con la diferencia de que en este estudio los usuarios no son solicitantes de asilo sino residentes extranjeros en España, consideramos necesario ahondar en estos trabajos en este apartado.

A finales de los años noventa, varios autores defendían que el intérprete debía conocer y tener formación en técnicas de trabajo social, psicoterapia y psiquiatría para poder adoptar el rol de co-terapeuta (*'co-therapist'*) (Freed 1988; Westermeyer 1990; Hatton 1992; Tribe y Raval 2003). De este modo, estos autores abogaban porque el intérprete estuviese informado antes de la consulta y tras la misma que estuviese presente en la evaluación de la terapia. Este rol contaba con un problema de coalición por requerir demasiada intervención del intérprete (Phelan y Parkman 1995; Baxter y Cheng 1996) y según Bot (2005: 13) la unión de dos interlocutores en este tipo de encuentros podría afectar al buen funcionamiento de la terapia: «pairing between any two members of the group will hamper the functioning of the group as a whole». Para Price (1975) el adoptar este rol puede suponer que el intérprete deje de lado su rol como transmisor de la información para decantarse por aportar sus opiniones sobre la terapia. En esta línea, Verrept (2000) también apuntó que si el intérprete se convertía en una clase de mediador de la terapia podía entrar en conflicto con el terapeuta. Al mismo tiempo, otros autores (Acosta y Cristo 1981; Garcia-Peltoniemi y Egli 1988) se decantaban por un rol más distanciado para el intérprete durante el proceso terapéutico para así transmitir la información de la manera más adecuada y completa posible.

Estas cuestiones fueron analizadas en los trabajos de Bot (2003; 2005). En el primero de estos estudios parte de que el encuentro terapéutico mediado por intérprete se caracteriza por la relación terapéutica y el diálogo terapéutico que se establece entre los interlocutores por lo que un rol neutral del intérprete como mero conducto transmisor de palabras no tiene cabida en este contexto. Para llegar a esta conclusión, la autora analiza un corpus de seis grabaciones de sesiones de psicoterapia mediadas por intérprete y entrevistas a ocho intérpretes, siete terapeutas y cinco ex pacientes donde analiza el rol del intérprete y cómo es tratado por los otros interlocutores. En las entrevistas empieza con una pregunta abierta sobre los factores que consideran importantes para que un encuentro de psicoterapia con intérprete funcione. En cuanto al rol del intérprete observa que es una parte más involucrada en el tratamiento del paciente, aunque es el terapeuta el que guía el encuentro y el intérprete interpreta, pero no se le invisibiliza. Por tanto, el terapeuta es el que dirige la terapia y si puede introduce al intérprete y, si lo cree conveniente, menciona que es confidencial y sigue un código de conducta.

Además, el terapeuta es el que interviene en el relato del paciente y dirige sus intervenciones por su responsabilidad profesional pero también está atento a las necesidades del intérprete (Bot 2005: 64). En cuando a la información que se le da al intérprete, la mayoría de sus encuestados indican que cuando el intérprete es el mismo en varias terapias ya conoce la información suficiente; ahora bien, cuando el intérprete es la primera vez que interpreta en una nueva terapia, el terapeuta suele dar información breve para poner al intérprete en situación (*ibid.*, 65). Por ello, una sesión de evaluación entre el terapeuta y el intérprete tiene una prioridad muy baja entre sus informantes.

Sobre la imparcialidad, la opinión de la mayoría de sus informantes considera que el intérprete debe transmitir la información verbal y no verbal cuyo objetivo es que se entiendan las partes:

The interpreter must refrain from commenting both verbally and non-verbally on what the therapist and patient say. The interpreter supports both participants in the session to make themselves understood and make them understand each other. To be able to do this correctly, the interpreter will have to occasionally intervene, for instance, when the participants in the session talk so fast that he can no longer keep up with them (Bot 2005: 71).

De sus hallazgos observamos que sus encuestados se posicionan más bien por el rol del intérprete como transmisor de información y no como co-terapeuta. A partir de estos resultados, la autora también revisa el rol del terapeuta a través del paradigma '*one-person psychology*' y '*two-person psychology*'. El rol de una persona, empleado en los primeros estudios de psicoterapia, consiste en que no existe casi interacción del terapeuta con el paciente durante la terapia para centrarse así en el proceso intra-psíquico del paciente. En la época modernista de la psicoterapia, el rol de una persona pasa al de dos personas la interacción está presente y se considera al terapeuta como una parte real del encuentro. Sin embargo, también hay otro modelo '*three-person psychology*' que se refiere a cuando el contexto también pasa a ser parte de la interacción:

When an interpreter mediates the communication between therapist and patient, a third person becomes involved in the relationship. Empirical research has shown that therapists, patients and interpreters act according to the principles of a three-person psychology (Bot 2003: 27).

Esta denominación de '*three-person psychology*' fue utilizada por primera vez por Wadensjö y Bot (1998) (*cf.* Bot 2003: 29) para referirse a la cooperación necesaria entre el intérprete, terapeuta y paciente durante la interacción. Bot (2005: 79-80) va más allá e incluye al intérprete en este último modelo y así «the interpreter-mediated psychotherapy is approached as the inter-subjective interplay of therapist, patient and interpreter within a specific socio-cultural-religious-economic-historically shaped environment». En esta línea, el terapeuta decide dónde se sitúa el intérprete y lo considera un interlocutor más cuyas funciones son la interpretación 'equivalente' de las intervenciones de ambos y aclarar cuestiones de manera empática cuando sea necesario:

The therapist and interpreter work in the assumption that they behave professionally but at the same time, they recognize their personal involvement and allow themselves deviations from the strict rules of abstinence and neutrality. When a therapist works in a three-person psychological model, the following behavior is expected. He will seat the interpreter in a position visible to both the patient and himself; he acknowledges the importance of an equivalent translation and recognizes the complexity of this concept; he allows the interpreter his own input in the dialogue, pays attention to a match between the patient and interpreter and expects an involved attitude. The interpreter focuses on making 'equivalent' translations asking clarifying questions whenever necessary and taking part in the dialogue by being empathic and compassionate (Bot 2005: 86).

En resumen, el intérprete actúa como facilitador de la comunicación y es importante que el intérprete tenga conocimientos básicos sobre la comunicación terapéutica. Por ello, incluye dos perspectivas que deben tenerse en cuenta: la perspectiva de la persona y la perspectiva terapéutica. En la primera se refiere a que el intérprete utilice la primera persona ya que denota mayor profesionalidad y, la segunda, se refiere a las preocupaciones que pueden tener los participantes sobre el efecto que puede tener la interpretación. En palabras de la autora:

(Sobre la perspectiva de la persona) Interpreters should give direct translation of what the primary speakers say. This means that when the patient says 'I don't feel well', the interpreter should also say 'I don't feel well' and he should not say 'he does not feel well' or 'he says I do not feel well' [...] As it is an aspect of translation that can be observed by the users of interpreter series, it is often used as an indication of the interpreter's professionalism (Bot 2005: 147).

(Sobre la perspectiva terapéutica) This refers to the participants' worries that the interpreting process could affect the therapeutic character of the conversation. In an equivalent translation the therapeutic perspective of both the therapists' and the patients' words, is retained. The therapeutic perspective can be described as the specific form of the therapeutic interventions and the patients' reactions, based on a coherent world of beliefs and attitudes concerning psychotherapy (*ibid.*, 147).

Nombraremos también este estudio en la parte de calidad porque también es una de las partes analizadas en el estudio de Bot (2005).

También destaca una tesis doctoral de Fidan (2017) sobre el impacto del intérprete en procesos de *counselling*. En el apartado 3.2.2.1.1, hemos diferenciado el *counselling* de la psicoterapia, pero consideramos conveniente citar las conclusiones del estudio por analizar la interpretación en unidades de salud mental. El estudio se centra en Leicester (Reino Unido) y los pacientes son refugiados con un inglés limitado o sin conocimientos. La autora analiza el papel del intérprete dentro de la relación triádica y explica que los intérpretes también tienen sus propias expectativas y necesidad de que se atiendan sus emociones (Fidan 2017: 21). A través de distintos grupos de discusión con cada colectivo de su estudio (diez intérpretes con experiencia en salud mental, diez terapeutas y nueve clientes refugiados que han acudido a terapia mediada por intérprete) y entrevistas semi-estructuradas explora sus experiencias. En sus resultados se confirma que la relación triádica es compleja pero positiva para todas las partes y pone de manifiesto la necesidad de trabajo conjunto previo y posterior entre los intérpretes y terapeutas por tratarse de un contexto cuyo contenido suele ser traumático (*ibid.*, 214).

Los intérpretes del estudio han tratado los conflictos sobre qué rol utilizar por la ambivalencia emocional y profesional ya que, en ocasiones, se han tenido que adaptar según el terapeuta ha conducido la sesión (*ibid.*, 217). Un dilema que se les ha presentado ha sido el que el cliente y el intérprete compartan la misma cultura y país de origen por lo que ese contexto ha conllevado una mayor empatía por ver a sus compatriotas sufrir y la incomodidad que produce como un ejemplo que mencionan donde el intérprete tuvo que interrumpir para decir al terapeuta que no gritase al cliente:

Another dilemma originated from the fact that the interpreter and the client came from the same cultural background. The interpreters felt for their clients regardless of their country of origin, especially in situations where there was an unfairness. Their empathy seemed to be strong when they observed their fellow countrymen and women suffering as in the case of a participant who had to tell the healthcare staff to stop shouting at the patient, which violated her role definition (Fidan 2017: 217-218).

Además, también concluye que la personalidad del intérprete es importante porque si ha conseguido establecer una buena relación profesional con el terapeuta y siente que se le considera parte del equipo, los resultados son mejores.

Los terapeutas también refirieron algunos dilemas como el uso de menores como intérpretes, tener que lidiar con tareas no clínicas del tipo administrativas o rellenar formularios y hacer llamadas a juzgados o no tener el control absoluto de la consulta cuando hay un intérprete presente por no saber trabajar con intérpretes y por ello sería necesaria una mayor formación en esta parte:

The analyses reveals that tailored trainings are paramount to the personal and professional development of both counsellors and interpreters. Isolated training for practitioners has proved to have a limited impact on their practice given that the sociodemographic nature of the society has been changing; hence the development of needs and requirements such as new conceptualisations for emerging practices (Fidan 2017: 241). Inadequate training is argued to be a major reason for therapeutic ineffectiveness in multicultural counselling (*ibid.*, 234).

A pesar de la necesidad de mayor formación, los terapeutas ven al intérprete como una parte necesaria y lo consideran «as an integral part of a three-person alliance» (*ibid.*, 25).

En un estudio reciente sobre el rol de la multimodalidad en las sesiones mediadas por intérprete es el de Vranjes y Bot (2021). Estas autoras centran su investigación en el análisis de tres grabaciones de sesiones psicoterapéuticas con refugiados y con intérprete profesional para observar el uso de los recursos no verbales como la mirada que utiliza el intérprete con los interlocutores para gestionar los turnos de conversación. Concluyen que el intérprete utiliza la mirada como recurso para señalar la gestión de turnos de palabra y cuando hay solapamientos. También resaltan que el intérprete se encuentra en una situación donde tiene que tomar decisiones rápidas según su rol de facilitador de la comunicación y sus necesidades para gestionar los turnos de palabra:

Our study also suggests that interpreters are in a constant field of tension between their role as communication facilitators and their own conversational needs as participants in the Exchange. While the interpreters' main role is to enable communicative contact between the therapist and the patient, they also need to safeguard their own speaking space. Acknowledging the interpreter as a co-participant with a certain (professional) role and speaking rights within the exchange supports the interpreter's interpreting activity [...] However, delegating the organization of turn taking entirely to the interpreter may eventually overburden the interpreter (Vranjes y Bot 2021: 114).

Como conclusión a este apartado observamos que, a pesar de los distintos intentos de clasificaciones, parece ser que el consenso existe en cuanto a adaptar el rol al contexto de actuación y al uso de intérpretes profesionales, así como la necesidad de trabajar en equipo para garantizar un clima de confianza que puede perturbarse con la presencia de intérpretes no profesionales:

If the goal is the best care possible, it is an ethical imperative to hire such professionals in medical settings (Blake 2003). It is evident that better medical care is obtained with the use of trained community interpreters (Leanza 2005: 168). Not only is it necessary to have professionals that can perform the tasks of interpreting and interpreter training, but it is also necessary that healthcare employees receive training to be able to work with people of other cultures or with interpreters (Corsellis 2003: 71). Untrained interpreters may unconsciously side with either the client or the professional. As a result, either the client or the professional may feel uncomfortable and excluded (Crezee 2013: 20). The presence of an interpreter can create positive feelings and provide trust and safety for clients if they are sensitive and provide cultural information as well as true translation of what is said (Fidan 2017: 120). The triadic therapeutic and interpreting processes provoked dilemmas for the counsellors. One of the dilemmas was the use of children as interpreters (Fidan 2017: 219).

En la presente investigación, proponemos un nuevo rol que podría adaptar el intérprete fruto de las observaciones de la investigadora y por el que cuestionamos a las interpretes participantes en el corpus de grabaciones y a los informantes de Ciencias de la Salud. Se trata del rol denominado intérprete-asistente-ayudante cuyas funciones englobarían además de la interpretación de la consulta en sí, la facilitación de la comunicación y otras tareas como el acompañamiento o seguimiento al paciente o la renarración de la consulta.

4.2.3 Calidad de la interpretación

Dentro de la primera de las hipótesis de este trabajo, el objetivo general 1 trata de confirmar que la intervención del intérprete mejora la comunicación interlingüística y, por tanto, la calidad de la comunicación mediada por intérprete.

Cuando nos referimos a calidad, en un primer momento se puede pensar en algo bueno o útil según sus características. No obstante, está claro que es un concepto que se puede analizar desde muchas perspectivas y así ha ocurrido también en interpretación ya que se ha asociado a la cantidad de información aportada, al modo de transmisión, a la interacción, a las competencias, al resultado de un congreso o, en este caso, al éxito comunicativo de las situaciones analizadas adecuándose a las exigencias de la sesión terapéutica.

Dadas las múltiples facetas de análisis y medición de la calidad hacen que siga siendo un tema de debate y estudio tanto a nivel profesional, investigador como formador en los estudios de interpretación.

La calidad en interpretación estuvo en un primer momento centrada en la interpretación de conferencias por el mayor auge que tenía respecto a la interpretación en los servicios públicos. Por tanto, calidad era sinónimo de precisión terminológica entre la correspondencia del discurso original y el meta y la medición se basaba en el análisis de errores como recoge Pöchhacker (2015: 143) «error analysis can be considered a tool for the assessment of an interpreter's performance with regard to the standard of accuracy and completeness». Uno de los primeros estudios en analizar el error según la precisión terminológica fue el de Oléron y Nanpon (1965 [2002]) donde el error se clasificaba según omisión o adición. Unos años después, un estudio relevante en esta línea fue el de Barik (1971) quien añadía una categoría más y clasificaba los errores en: omisión, adición o sustitución y, además, analizaba la gravedad del error y la causa que lo había ocasionado teniendo en cuenta que la fidelidad al discurso original debería ser la máxima posible. Gerver (1962 [2002]) daba un paso más y, además de considerar como error las omisiones, adiciones y desviaciones, analizaba si las sustituciones o correcciones podían no considerarse un error como tal si no el impacto que tenían en la fluidez de la interpretación.

En los años ochenta surgen nuevos estudios donde, además del grado de precisión terminológica, incluyen el análisis del grado de comprensión de los usuarios como por ejemplo Gile (1985) quien cambió la perspectiva del experto como evaluador y propuso contar con la valoración del usuario. Propuso su modelo de los esfuerzos y concluyó que los errores también afectaban a la comprensión del usuario por lo que había que analizar los procesos cognitivos del intérprete y en 1990 presenta un nuevo estudio que consiste en analizar la calidad desde cinco perspectivas: global, lingüística, terminológica, fidelidad y ritmo y entonación. Berk Seligson (1988) recalcó la necesidad de servicios de calidad en los juzgados para atender a los usuarios alófonos.

Bühler (1986) introdujo la línea de investigación de las expectativas de los usuarios de la interpretación. Su estudio se basaba en una propuesta de dieciséis parámetros para evaluar la calidad que tenían que puntuar desde irrelevante a muy importante. Sus informantes fueron 47 intérpretes profesionales de la asociación AIIC. De estos parámetros, los que se marcaron como más relevantes eran los que analizaban la adecuación al modo de transmisión y al contenido (*vid.* Martínez-Gómez Gómez 2011: 116-117).

Altman (1994) vuelve a retomar el análisis del error y el experto como evaluador, pero cambia el foco del concepto de fidelidad al original por el impacto en el éxito de la comunicación. Así pues, además de considerar como errores las omisiones y adiciones añade la inadecuación terminológica y las frases demasiado largas porque pueden tener un impacto negativo en el éxito comunicativo y, por ende, en la comprensión del usuario.

Por otra parte, Falbo (1998) propone analizar el discurso en dos niveles: la coherencia y la cohesión en un primer análisis y la precisión en el contenido del discurso original y el meta en el segundo nivel.

Llegamos al siglo XXI y con la celebración del primer Congreso Internacional de la evaluación de la calidad en Interpretación de Conferencias en Almuñécar en Granada en 2001 se produce un cambio de tendencia y del análisis del error se pasa a otros enfoques más pragmáticos para medir la calidad atendiendo al éxito de la interacción comunicativa (Pöchhacker 2015: 338).

Uno de los primeros estudios de esta época es el de Kurz (2001) sobre los estándares de calidad de AIIC que se aplican al discurso interpretado y que tienen que conservar el efecto y la intencionalidad del discurso origen. Garzone (2003) analiza las expectativas que a priori se tienen de la interpretación y las expectativas en una interpretación concreta para ver si varían. Otros autores como Napier (2002), Napier y Barker (2004) o Sawyer (2004) analizan las desviaciones del discurso interpretado respecto al original como estrategias que adopta el intérprete y las competencias y certificaciones de los intérpretes. Setton (2005) propone un análisis más pragmático y clasifica los errores en graves si los usuarios no son capaces de comprender el discurso interpretado porque hay omisiones de información y en leves si las omisiones no afectan a la comprensión o los errores son de estilo.

El paradigma experto-novel también se sigue en algunos estudios del siglo XXI como por ejemplo Vik-Tuovinen (2002) sobre el tiempo de necesidad de preparación mayor que necesitan los principiantes respecto a los expertos o Liu (2008) sobre el procesamiento de la información y la gestión de la multimodalidad. Otros parámetros que también han sido empleados para el análisis de la calidad han sido la fluidez (Holub (2010) y la entonación (Rennert 2010). Por otro lado, Gile (2011) estudió si ciertos pares de lenguas podrían suponer más dificultades.

Sin embargo, la calidad en los servicios públicos empieza a cobrar importancia y relevancia en el primer congreso dedicado a esta temática que fue el '*The Critical Link: The First International Conference on Interpreting in Legal Health and Social Service Settings*' en 1995 en Toronto.

Hasta esta fecha algunos autores habían analizado el error en interpretación en los servicios públicos como Lang (1975) centrado en un corpus de grabaciones de consultas en dos hospitales de Nueva Guinea para analizar la producción de los intérpretes *ad-hoc* o Price (1975) quien analizó las actuaciones de intérpretes en clínicas de psiquiatría. En este último estudio, el corpus constaba de nueve grabaciones y clasificó los errores en omisiones, adiciones, desviaciones y resúmenes.

Marcos (1979) también analizó la producción de distintos intérpretes que en este caso pertenecían a distintos colectivos por ser enfermeros, auxiliares o familiares de los pacientes. Concluyó que cada colectivo cometía errores de distinto tipo pero que todos podrían contribuir a equivocaciones o incluso podrían afectar al diagnóstico.

Por otro lado, Chesterman (1993; 1997) analizó las expectativas de los usuarios (*'expectancy norms'*) y medía la calidad según el grado de cumplimiento de dichas expectativas. Sin embargo, podía haber dificultades de cumplimiento por conflictos de ética, fidelidad y confianza entre los interlocutores. En su obra de 1997 explicaba lo que significaría ser un buen intérprete y lo definía por parámetros de claridad lingüística, una equivalencia fiel entre la lengua origen y destino y con un sentido de responsabilidad hacia el oyente.

Tras estos estudios y tras la celebración del congreso se abrieron nuevas líneas de investigación como la calidad según las prestaciones de los intérpretes como Hale (1997b) quien hizo un análisis pragmático en el contexto judicial concluyendo que era necesario atender el nivel de transmisión del contenido y de la forma para lograr el éxito comunicativo. Wadensjö (1992 [1998]) también analiza las prestaciones de los intérpretes que denomina *«renditions»* y elabora una clasificación según si son aproximadas o divergentes que detallaremos en el apartado de análisis del corpus ya que lo empleamos para nuestro estudio.

Pöchhacker (2001) analiza las expectativas de los profesionales sanitarios en Viena con un estudio en el que proponía distintos parámetros que tenían que marcar de irrelevante a muy importante. Sus resultados indicaron que los parámetros que mayor puntuación habían obtenido eran los referidos a la confidencialidad y el dominio de las lenguas.

Rosenberg (2002) centra su estudio en las interpretaciones en consultas de pediatría y tras analizar su corpus con el modelo de Wadensjö (1992 [1998]) concluye que no siempre es posible que el intérprete sea invisible en el contexto médico y propone cambiar el foco del análisis de errores al análisis de la calidad según si se consigue el éxito comunicativo y que evita que haya fallos en comunicación o, en sus palabras, *'communication breakdowns'* (*ibid.*, 137).

En 2002 también se celebra en la Universidad de Alcalá el primer Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: investigación, práctica, desafíos y alianzas que también impulsó la investigación en esta área. Destaca un estudio de Flores, Laws, Mayo *et al.* (2003) que compara los errores de intérpretes profesionales, intérpretes *ad-hoc* y cuando no hay intérpretes. En sus resultados observan que cuando no se cuenta con intérpretes el error más frecuente es la omisión que afecta a la interacción y comprensión; cuando hay intérpretes *ad-hoc* también hay errores de omisión, pero no tienen un impacto tan negativo y cuando los intérpretes son profesionales, aunque recalcan que, con poca formación, también hay errores, pero de menor impacto.

La línea de investigación desde la perspectiva de las expectativas de los usuarios también ha sido aplicada a la interpretación en servicios públicos con autores como Alexander, Ngo-Metzger, Legedza *et al.* (2004) y su estudio sobre los usuarios donde descubren que para ellos es importante la empatía o Edwards, Temple y Alexander (2005) cuyos informantes esperaban que el intérprete inspirase confianza. De ahí que a los factores personales e interpersonales también se les otorgue importancia a la hora de valorar la calidad.

Bot (2005), autora citada en el apartado del papel del intérprete, también analiza la calidad desde el concepto de equivalencia ya que puede haber cambios positivos que el intérprete haga a consciencia. Para su análisis también sigue la clasificación de Wadensjö (1992; 1998):

In an equivalent rendition, the information given by the primary speaker is rendered completely and without additions. A summary of the information can sometimes be accepted (Bot 2005: 146). [...] A rendition is considered equivalent when all the information contained in the primary speaker's turn is included and the rendition is a direct translation of the primary turn, i.e. the perspective of person is adhered to (*ibid.*, 150). [...] A divergent occurs when there are changes both in the information conveyed and in the perspective: its pragmatic meaning has been changed considerable (*ibid.*, 152). [...] I consider a rendition to be divergent when information is missing, whether this is a factual information, information about feelings or relation (patient-therapist) utterances or when a major change in perspective has taken place (*ibid.*, 156). [...] An adequate rendition is a little divergent but not so much so that it completely changes the pragmatic meaning of the primary turn (*ibid.*, 152).

Por ello, considera que las divergencias en psicoterapia pueden entenderse como una inclusión de formas de cortesía (Bot 2005: 146) para lograr el entendimiento entre los interlocutores.

Abril Martí (2006) también incluye a los usuarios en su estudio por considerarlos una parte esencial del intercambio comunicativo y no debe analizarse la calidad sin atender a esta parte. Así pues, Collados Aís, Pradas Macías, Stévaux y García Becerra (2007) analizan distintos criterios como la entonación, la calidad de la voz y la precisión para evaluar la calidad. Gany, Kapelusznik, Prakash *et al.* (2007) analizan la repercusión de los errores de interpretación en la comprensión del usuario y Pham, Thornton, Engelberg *et al.* (2008) estudian el impacto de la claridad del mensaje y la empatía en el usuario. Estos estudios resaltan que tanto los elementos verbales como los no verbales están relacionados con la evaluación de la calidad.

Además de estos criterios, en 2009, Angelelli y Jacobson (2009) analizan la calidad desde el análisis de la conversación y la perspectiva sociolingüística por lo que el contexto, los elementos paralingüísticos y la gestión del discurso empiezan a cobrar fuerza dentro de los estudios de calidad. Asimismo, también se amplían los criterios para medir la calidad a partir de esta época según se atendiese al contexto de actuación.

Por ejemplo, Hale, Ozolins y Stern (2009) evaluaban la calidad según el servicio que se había prestado en ISP y si había cumplido con la intención comunicativa deseada según la opinión de los participantes. En esta línea, Reithofer (2013) utiliza la comprensión como criterio para medir la calidad a través del impacto de la fluidez del intérprete.

Esta visión de la calidad desde una perspectiva más social también la aplicó García Becerra (2012) analizando las primeras impresiones que daba el intérprete. Por otro lado, Cheung (2013) se centró en la influencia de los estereotipos. Estos estudios ponen de manifiesto la complejidad entre las ideas preconcebidas, las expectativas y las opiniones tras la interpretación por lo que la calidad resulta un concepto muy variable según las normas de cada sociedad y de cada individuo.

También se han empleado otras metodologías como el estudio de Krupic, Samuelsson, Fathi *et al.* (2017: 45-46) de corte cualitativa y exploratoria donde analizaron las experiencias de los profesionales sanitarios con intérpretes en Suecia. En sus resultados destacan la importancia del tipo de intérprete que se utilice, es decir, si es profesional o *ad-hoc* ya que este último colectivo cometía muchos más errores que los profesionales que fueron considerados como una parte esencial en la atención a pacientes. No obstante, también se resalta que algunos intérpretes profesionales no habían sido puntuales lo que no demostraba una gran profesionalidad y que otros carecían de un conocimiento de la terminología de especialidad.

También se ha analizado la calidad desde la interpretación telefónica como por ejemplo Amato (2018) quien analiza 25 llamadas telefónicas interpretadas del ámbito médico, policial y turístico. En su abordaje propone los elementos que pueden llevar a cometer más errores de calidad como la apertura de la llamada, la gestión de los turnos o los problemas de sonido (*ibid.*, 89).

En los últimos años, han surgido estudios en el ámbito educativo y formativo para mejorar la calidad de la comunicación mediada como el de Bergunde y Pöllabauer (2019) quienes proponen un proyecto piloto para mejorar la calidad de la interpretación para los solicitantes de asilo en Austria o Camacho Sánchez (2019) con una revisión de la calidad de la interpretación de alumnos formados en España.

En este recorrido por los estudios de calidad observamos que ha habido distintas corrientes para evaluar la calidad como son el análisis del error y su impacto en la comprensión del usuario, la comparación de los intérpretes profesionales y *ad-hoc*, las expectativas de los usuarios y los agentes implicados, la actuación de intérpretes expertos y noveles y distintos parámetros como la adecuación al contexto o la confidencialidad. Al tratarse de un concepto tan variable tienen cabida multitud de estudios desde diferentes perspectivas ya que cada uno puede aplicar el concepto de calidad según distintos parámetros y según lo que se entienda por una buena calidad como indican Amini, González y Ayob (2013: 89) «despite the consensus on some aspects of interpreting, there is still no definite conception of what good interpreting or good quality is».

A este respecto, Pöchhacker (2015) recuerda que no cabe duda que la calidad en interpretación en los servicios públicos constituye una gran preocupación puesto que se presupone un cierto nivel de profesionalidad, pero un error puede ocasionar graves consecuencias sobre todo si se utilizan intérpretes que desconozcan aspectos relativos por ejemplo al rol o a la precisión:

Quality is a major concern in a much broader sense in community interpreting, where a certain level of professional service delivery has yet to be assured. Discourse-based case studies therefore include examples of non-professional interpreting, calling attention to the potential negative effects caused by untrained or inexperienced interpreters who lack awareness of issues such as accuracy or role (Pöchhacker 2015: 335).

Así pues, para nuestro estudio recogemos el reto de la complejidad en la investigación empírica de la calidad en interpretación (*ibid.*, 334-335) y entendemos la calidad como una vertiente variable que analizamos a partir de un análisis con parámetros clasificados en distintas vertientes: estrategias de intervención, normas de cortesía, elementos no verbales y paraverbales, gestión de las emociones y gestión de la conversación. Para ello partimos de la concepción de la psicoterapia como una «*talking cure*» entre el terapeuta y el paciente (Bot 2005: 5) gracias al intérprete que hace posible el entendimiento entre las partes (Bot 2005; Wadensjö 2001) lo que supone una acción conjunta entre el terapeuta, el paciente y el intérprete (Vranjes, Bot, Feyaerts y Brône 2019).

4.2.4 Bienestar del intérprete

La calidad en interpretación en contextos de final de vida y duelo también puede verse afectada por la situación emocional del intérprete y la capacidad de manejo del estrés que puede conllevar el interpretar con asiduidad en este contexto. Es decir, la dificultad de la situación puede afectar al bienestar del intérprete y el estado emocional del intérprete también puede afectar al desarrollo de la situación y a la comunicación. De ahí que nuestra segunda hipótesis pretenda observar si el estrés del intérprete puede afectar tanto a la producción como al bienestar posterior. Además, la tercera hipótesis está formulada para observar si el haber pasado por una situación similar a la interpretada puede ser beneficioso para el intérprete y para la comunicación o, si, por el contrario, puede ser contraproducente.

A lo largo del marco teórico basado en las ciencias de la salud, hemos tratado la empatía como una de las bases de la relación asistencial y de ayuda. Sin embargo, una excesiva empatía que afecte al bienestar del intérprete ha sido objeto de estudio en distintas investigaciones como Harvey (2003) quien recalca la necesidad de encontrar un equilibrio entre la empatía suficiente para que la relación terapéutica sea beneficiosa pero que no ponga en riesgo la salud mental del intérprete; Butler (2008) sobre la sobreidentificación del intérprete con la historia de trauma del cliente o Shakespeare (2012) en cuya tesis doctoral entrevistó a ocho intérpretes sobre el impacto emocional que les causaba

interpretar en salud mental y la necesidad de apoyo psicológico que pueden presentar los intérpretes si no se ha podido encontrar un equilibrio entre la parte profesional y la personal.

Para tratar el bienestar partimos del concepto de ‘calidad de vida profesional’ (CVP) de Stamm (2010) que hace referencia a las emociones que implica el trabajo centrado en ayudar a otros donde también influyen las condiciones laborales positivas y negativas. De ahí que un exceso de emociones negativas puede conllevar distintos síndromes, pero, por otro lado, un equilibrio puede conllevar satisfacción a distintos niveles. A continuación, revisamos en primer lugar las dimensiones negativas y, después, las positivas.

El síndrome de *burnout* referido al agotamiento profesional consiste en «el agotamiento prolongado de la energía y se caracteriza por la experiencia de cansancio emocional» como define Marín Tejada (2017: 118). Este autor, además, describe tres dimensiones básicas de las que consta este síndrome como desgaste emocional, actitudes negativas o inapropiadas hacia el receptor e ineficacia relacionada con una menor productividad (*ibid.*, 118). Uno de los primeros autores que lo utilizó fue Maslach (1982) quien lo definía como el agotamiento emocional en situaciones complicadas que suponen una presión fuerte que provoca efectos negativos en la calidad del servicio. Los factores principales que se han analizado en interpretación como desencadenantes de un agotamiento son los conflictos en cuanto al rol, a la sensación de que no se aprecia su trabajo y a la baja satisfacción (Shlesinger 2007; Pöchhacker 2015).

Otro término que también se utiliza en este contexto es el acuñado por el psicólogo Figley (1995) ‘*compassion fatigue*’ (CF) que se ha traducido como desgaste por empatía, fatiga por compasión o estrés traumático secundario. Se ha descrito la fatiga por compasión como un proceso complicado que incluye el «deterioro insidioso y relativamente permanente de los recursos personales, con afectación de las áreas profesional y personal e impacto en las experiencias y habilidades de seguridad, confianza, poder, autoestima, intimidad, independencia y control» (Marín Tejada 2017: 118).

Otro síndrome que recientemente ha recibido mucha atención es el ‘*vicarious traumatization*’ (VT) (‘traumatización vicaria’ o ‘trauma vicario’) acuñado por McCann y Pearlman (1990) para identificar los síntomas traumáticos que pueden experimentar los profesionales sanitarios que trabajan en situaciones de traumas. Se diferencia del *burnout* porque este síndrome puede aparecer en cualquier contexto que genera estrés de forma crónica y no necesariamente por exposición a situaciones traumáticas como es el trauma vicario.

Algunos autores han recomendado tener una fase previa y una posterior a la interpretación para tratar aspectos que hayan sido complicados y poder procesar reacciones emocionales que hayan tenido lugar como Padilla Benítez, Macizo Soria y Bajo Molina (2007) (*cfr.* Pöchhacker 2015: 254):

The interpreter should be briefed prior to the consultation so as to be prepared for this. During the encounter, service users may want to discuss taboo or sensitive topics, or experiences of trauma, and this can impact on the interpreter, to the point of producing vicarious trauma. Since interpreters are bound to respect the principle of confidentiality, they have little opportunity for coping with distressing content by talking about it. A debriefing session with the clinician after the consultation is therefore of great value as it allows for clarification and feedback, and enables the interpreter to process any emotional reactions to the session's content.

Diferentes autores han investigado sobre el trauma vicario en intérpretes como Lai, Heydon y Mulayim (2015) aplicado a los intérpretes en SSPP de Australia; Rana, Purvi y Chaudhuri (2009) y Ndongo-Keller (2015) en el contexto judicial. Para Harvey (2003) es inevitable que el intérprete quede afectado por exponerse a interpretar situaciones traumáticas. Para Pross (2006) una de las técnicas más importantes para minimizar este efecto sería el autoconocimiento y Anderson (2012) sugiere el uso de un modelo de apoyo para intérpretes donde cuenten con ayuda psicológica. Botempo y Malcom (2012) añaden que el uso de la primera persona cuando se interpreta en estos contextos puede agravar el riesgo de sufrir un trauma vicario. Darroch y Dempsey (2016) centran su estudio en los intérpretes de lengua de signos y también ponen de manifiesto la necesidad de que los profesionales sanitarios tengan en cuenta que los intérpretes también pueden sufrir y se les de apoyo.

En esta línea, destaca la tesis doctoral de Stahlbrodt (2016) basada en analizar los factores que pueden suponer un mayor riesgo de sufrir los síntomas de un trauma vicario. Para ello, analiza distintas variables como la edad, el género, la formación en salud mental, la experiencia en interpretación médica y el haber sufrido o no un hecho traumático similar o no haberlo vivido en primera persona, pero sí de cerca o el haber recurrido a una terapia por cuestiones laborales. Su muestra está realizada en Estados Unidos con usuarios con un nivel bajo de inglés y en sus resultados concluye que cuando los intérpretes son refugiados o solicitantes de asilo que interpretan en situaciones similares a las vividas, el riesgo de sufrir un trauma vicario es mayor:

Medical interpreters' history of trauma and a personal or family history of trauma similar to the client, such as medical interpreters who may also be refugees or asylum seekers, are at a significantly increased risk for vicarious traumatization (Stahlbrodt 2016: 93-94).

Un año más tarde, Kindermann, Schmid, Derreza-Greeven *et al.* (2017) analizan en su estudio con intérpretes para refugiados si el intérprete puede sufrir un trauma vicario por los relatos que interpreta llegando a la conclusión de que sí es posible y, sobre todo, cuando intérprete y cliente comparten la misma procedencia. Esta conclusión también la obtuvo Fidan (2017) en la tesis que hemos mencionado en el apartado del rol y que también citamos aquí por tratar también cómo se han sentido los diez intérpretes de su estudio. La autora resalta que algunos han experimentado una sobreidentificación con los pacientes para los que interpretan que recordemos que eran refugiados:

The interpreters reported burnout, shock, disbelief, confusion, and feelings of being deskilled. Some accounts show that they went through varying traumatic feelings upon hearing about prodigious family losses. To some interpreters, this meant more because of its resemblance to their own experiences, which is caused by overidentification with the clients. One participant shared that feeling too much for the client caused further catharsis in the client, bursting into tears; another interpreter similarly shared that he or she could not bear to see the client's agony and helplessness. Some vividly reported their feelings of not being able to rid themselves of the client's story, sometimes being unable to sleep, to relax or to ask for support, as well as being fearful and tearful (Fidan 2017: 218).

Estas emociones descritas como el llanto, la impotencia de no poder escuchar relatos de traumas o el no poder desconectar son factores que pueden desencadenar un trauma secundario (*'secondary trauma'* analizado por autores como Salihovic 2008 y Talbot Pahlevan y Boyles 2015) que ocurre cuando el intérprete observa el sufrimiento del paciente y experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales.

Por otra parte, los clientes que han acudido a la terapia, y han formado parte de este estudio, han manifestado que se han sentido arropados y que han recibido apoyo emocional a través de una tercera persona que era el intérprete lo que ha facilitado la confianza en la relación triádica. No obstante, el que algunos clientes vean en el intérprete una vía de confort y confianza más allá de lo que supone la interpretación puede conllevar conflictos emocionales y profesionales que han supuesto que algún intérprete no haya querido interpretar en alguna ocasión por tener que escuchar experiencias negativas similares a las que ha tenido que sufrir este intérprete con anterioridad (Fidan 2017: 218). Estos conflictos han sido descritos por otros autores anteriormente como Antinucci (2004) quien hablaba de *'collusive process'* y Akhtar (2006) y Costa y Dewaele (2013) quienes lo describen como *'nostalgic collusion'*.

Por tanto, sobre cómo los intérpretes lidian con los problemas emocionales que se presentan y su bienestar, se puede apreciar por las obras citadas que a pesar de la formación recibida, encuentran dificultades para mantener un equilibrio entre la parte lingüística, social y emocional y un factor desencadenante de frustración es el trabajar con profesionales sanitarios que no tiene formación sobre cómo trabajar con intérpretes o que no están preparados para atender las necesidades de ciertos pacientes (Fidan 2017: 219).

A pesar de esta exposición a situaciones traumáticas que puede tener efectos negativos para el bienestar del intérprete, también hay situaciones que pueden ser beneficiosas para sobrellevar o anticiparse a situaciones complicadas. Como contraposición a la fatiga por compasión, se ha descrito la *'satisfacción en la compasión'* (SC) como «la gratificación personal que surge de ayudar a quienes enfrentan situaciones estresantes e incluye el trabajar productivamente con colegas que poseen ideas afines y sentirse competente y hábil en lo profesional al contribuir al bienestar social» (Marín Tejada 2017: 118).

Dentro de esta línea de investigación existe una rama novedosa que es el '*vicarious posttraumatic growth*' (VPTG) (crecimiento postraumático vicario, CPTV) acuñado por Tedeschi y Calhoun (1996) referido al impacto positivo de trabajar con personas que relatan que han experimentado un crecimiento traumático ('*posttraumatic growth*', PTG). Por tanto, gracias al relato del crecimiento postraumático de estos pacientes, los terapeutas también lo experimentan y es el denominado crecimiento postraumático vicario. El primer estudio que aplica este concepto a la psicoterapia es el de Arnold, Calhoun, Tedeschi y Cann (2005) quienes entrevistan a 21 psicoterapeutas sobre los puntos positivos que les han conllevado a un crecimiento. En otro estudio de Calhoun y Tedeschi (2006) identificaron cinco posibles factores de dicho crecimiento: mayor autoconfianza, nuevas posibilidades, relaciones con los demás, apreciar la vida y un cambio espiritual.

Unos años más tarde, Splevins, Cohen, Joseph et al. (2010) entrevistan a ocho intérpretes para comprobar si han experimentado un crecimiento postraumático vicario. En su estudio utilizan una metodología basada en entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas y otras cerradas divididas en cuatro bloques temáticos: '*feeling what your client feels*', '*beyond yourself*', '*finding your own way to deal with it*' y '*a different person*'. El primero se refiere al proceso de identificación de los participantes con los pacientes y sus reacciones emocionales; el segundo, a cómo se han gestionado las suposiciones previas sobre las personas; el tercero, a cómo han reaccionado emocionalmente sin sentirse sobrepasados y el cuarto a cómo han percibido el crecimiento y si ha habido un cambio. En los resultados se observa que las reacciones emocionales han sido intensas al principio, pero no han llegado nunca a la sobreidentificación y han ido bajando de intensidad a medida que avanzaban las sesiones. En cuanto al crecimiento, concluyen que ha sido mayor cuando la exposición ha sido a una historia traumática moderada y cuando el sufrimiento no ha sido desmesurado. Como muestras de crecimiento han identificado el darse cuenta de la vulnerabilidad del ser humano y el aprender a aprovechar cada momento (*ibid.*, 1712-1713). Roberts (2015) realiza una tesis doctoral sobre este concepto en la ISP y apunta a que uno de los factores que condicionan el crecimiento positivo es la separación entre lo personal y lo profesional. Otro artículo reciente sobre el crecimiento positivo en final de vida es el de Bybee (2018: 257) quien lo define como «a term used to describe the positive benefits from working with trauma patients who themselves have experienced a highly stressful or traumatic event and resultant growth».

Esta nueva línea de investigación supone un cambio desde un enfoque más centrado en las respuestas emocionales que conllevan efectos negativos y pueden derivar en agotamiento, fatiga, trauma vicario o trauma secundario a otra perspectiva desde la cual el intérprete puede sentir que ha habido un crecimiento positivo. Distintos autores han recalcado la necesidad de profundizar en este aspecto:

Although negative experiences in interpreters who work with trauma survivors have been largely neglected in the literature, there is a complete absence of data pertaining to positive or VPTG experiences in interpreters (Splevins, Cohen, Joseph *et al.* 2010: 1706). Interpreters require access to mental health training, peer support groups and supervision in the same way as any other mental health professional. In addition, those supervising interpreters need to be aware of the potential for growth and/or positive changes in interpreters witnessing trauma. Without such awareness, supervisors might inadvertently restrict opportunities for growth (*ibid.*, 1714). Research on vicarious posttraumatic growth remains in its initial stages and findings are inconsistent, leading to the need for additional research (Bybee 2018: 257).

En un estudio reciente, Costa (2022a) reflexiona la necesidad de ofrecer apoyo y técnicas de trabajo en equipo para los terapeutas que no pueden ejercer sus funciones en otras lenguas y tienen que recurrir a intérpretes. De ahí que la autora proponga una formación breve para que los terapeutas profesionales puedan sentirse cómodos durante su trabajo con un intérprete y no encuentren dificultades ni terminen con una sensación negativa:

One of the biggest challenges for therapists is that traditionally clinical work is conducted between two people, and the idea of incorporating a third person into the relationship can be unsettling. This challenge is compounded what the patient is saying. It is therefore to be expected that this will create anxiety for a therapist. [...] Many of the solutions to working effectively with interpreters involve therapists in re-evaluating their positions on the active-passive continuum of facilitation when they are working with an interpreter (Costa 2022a: 3).

Para ello, plantea una sesión formativa breve que consta de seis partes: la preparación para la sesión mediada por intérprete, la metacomunicación, los límites, la gestión de la comunicación a tres, el trabajo con intérpretes telefónicos y las necesidades de los intérpretes (*ibid.*, 4).

Costa, Lázaro Gutiérrez y Rausch (2020) han investigado si sesiones de apoyo psicológico que reciben los trabajadores que están en primera línea en contextos altamente sensibles también puede ser beneficioso para los intérpretes. Para ello, plasmaron los resultados de un estudio piloto que tuvo lugar entre mayo y agosto de 2017 como parte del proyecto *Colleagues Across Borders* (CAB) dentro de la Asociación Mothertongue de Reino Unido. Este proyecto se basaba en ofrecer apoyo psicológico a los profesionales que estaban en primera línea en asuntos relacionados con asilo y refugio. Dado que los profesionales que acudían a sesiones de apoyo las consideraban beneficiosas, decidieron realizar un estudio piloto con intérpretes. Para llevar a cabo este estudio contaron con intérpretes profesionales del *Colleagues Across Borders Interpreters* (CABI) y con intérpretes no profesionales de la organización *Medical Justice* (MJ). Los psicólogos y terapeutas que dirigían las sesiones eran personal del CABP (*Colleagues Across Borders Psychotherapists*). El total de participantes fue ocho intérpretes profesionales, seis psicoterapeutas o psicólogos y ocho intérpretes no profesionales. El motivo por el que también incluyeron a intérpretes no profesionales era que es posible que experimentasen distintas necesidades, pero todos necesitan profundizar en el autocuidado:

Trained interpreters with certain common skills and those with no training in interpreting may exhibit different needs. However, the fact that both groups, particularly if they have not trained in a mental health setting, will have had little if any training in self-care means that organized support could be applicable for both groups (Costa, Lázaro Gutiérrez y Rausch 2020: 42).

El estudio consistió en tres sesiones de apoyo (una sesión al mes) en remoto a través de la una plataforma digital. Los temas a tratar en estas sesiones eran la seguridad en uno mismo, la resiliencia, la efectividad y el autocuidado. A través de los relatos de los participantes y los cuestionarios que rellenaron y la opinión de los psicoterapeutas pudieron comprobar que las tres sesiones habían sido beneficiosas para todos los participantes que habían aumentado su capacidad de seguridad, resiliencia, efectividad y autocuidado. La única diferencia que observaron entre los intérpretes profesionales y no profesionales era que estos últimos habían desarrollado dicha capacidad que antes nunca habían reflexionado sobre estos temas; reflexión que en alguna ocasión sí habían podido hacer los profesionales durante su formación pero que nunca habían profundizado ya que los autores especifican que no se da casi importancia a este tema en la formación «training in stress management, ethical decision-making and strategies to minimize vicarious trauma –such as self-care- is seldom, if ever, included in interpreter training courses» (Costa, Lázaro Gutiérrez y Rausch 2020: 38).

A partir de estos resultados, los autores confirman la utilidad de las sesiones en línea de apoyo para los intérpretes que trabajan en contextos sensibles y recalcan el que el autocuidado se considere una responsabilidad ética para no desarrollar agotamiento, ni fatiga ni trauma vicario (*vid.* Costa, Lázaro Gutiérrez y Rausch 2020: 46-51).

Otro autor que se centra en la importancia del autocuidado es Schoem (2020) quien, para su trabajo de fin de máster, encuestó a 80 intérpretes de distintos países europeos sobre el autocuidado. Obtuvo como resultados que el 85 % de los encuestados consideran que debería tratarse el autocuidado en las clases de interpretación.

Costa (2020) ha ido más allá y ha propuesto un modelo de intervención en estas sesiones de apoyo con intérpretes ya que considera beneficiosa tanto la supervisión individual como grupal, aunque quizá esta última puede ser más rentable:

Support can be offered to interpreter one-to-one or through a supervision group. One-to-one supervision can be particularly suitable for interpreters working in specialised contexts. Group supervision is more cost effective but it may also be more helpful: interpreters often value the opportunity to share experiences and find solutions together, as (like counsellors) they frequently work on their own (Costa 2020: 60).

Además de ser rentable, suele ser también la preferida de las organizaciones:

Support in the form of group interventions, is often the response favoured by those employing organisations that are aware of the isolating nature of the work of an interpreter. These groups may be called supervision groups. The purpose of the supervision groups is for participants to think about the work, and about the impact this has on them so that they can do the work better and so that clients will benefit (Costa 2022b).

La autora hace un inciso y cree que el mejor nombre para estos grupos sería '*reflective practice support groups for interpreters*' (Costa 2022b) para que no se confunda el término '*supervision*' que en psicoterapia se refiere al psicoterapeuta que acude a los servicios de otro psicoterapeuta para revisar el trabajo que este hace con sus pacientes. En el caso de los intérpretes se trata de un espacio donde reflexionar y compartir conflictos que han tenido que atravesar y emociones que han sentido y encontrar apoyo entre iguales. Por este mismo motivo, la persona que dirige estos grupos es un facilitador y no un supervisor.

Este tipo de apoyo a través de una reflexión ofrece un espacio para los intérpretes donde puedan expresar cómo se sienten y aliviar sus emociones negativas. El modelo que esta autora propone es el '*3R's model of facilitation of support groups for interpreters*' que está basado en tres funciones: '*reparative*', '*reflexive*' y '*responsive*' (vid. Costa 2020: 90-95). La primera de ellas, la reparadora, consiste en ofrecer ayuda para que la persona fomente su potencial y mejore su producción. A través de esta acción, la autora considera que el intérprete no se siente solo ni aislado (*ibid.*, 91). La segunda, en su opinión, es la que más tiene en común con el apoyo que reciben los terapeutas porque se basa en ventilar sus sentimientos y escuchar las experiencias similares de otros intérpretes. Esta función suele ser una oportunidad para reflexionar sobre cómo aumentar la visibilidad y poder del intérprete y para poder debatir decisiones conforme a la ética profesional (*ibid.*, 93). Por último, la función que busca una reacción en el intérprete a través de un cambio que suele ser necesario en las organizaciones y/o sistemas para evitar conflictos referidos a la dinámica de trabajo (*ibid.*, 94). La autora ejemplifica esta última función con el relato de una intérprete que acudió al lugar donde tenía que interpretar la sesión y se le pidió que esperase con el paciente a lo que ella respondió si sería posible esperar en otro lugar, pero obtuvo una respuesta de malas maneras «wait in the waiting room like all the other interpreters» que hizo que la intérprete se sintiese sin opción a tomar sus propias decisiones y quisiese comentarlo en la reflexión grupal (*ibid.*, 94).

Un problema que ha detectado la autora es que la mayoría de facilitadores profesionales no cuentan con formación en terapias multilingües por lo que desarrolló un programa experimental de formación específica de un día de duración:

The training seeks to help supervisors build the confidence of their supervisees to work with cultural and linguistic sensitivity. It addresses topics such as the role of multilingualism and working collaboratively with interpreters; linguistic sensitivity in practice; unconscious linguistic bias, assumptions and privilege; owing one's cultural mistakes/clumsiness; how to repair ruptures in therapeutic relationships, and working productively with power dynamics in therapy across language (Costa 2020: 104).

A través de esta formación con juegos de rol trata de que los participantes adopten distintos roles y reflexionen sobre distintas posturas, así como sobre decisiones que se han tomado y sus motivos u otras posibilidades. Gracias a esta formación considera que los participantes logran entender mejor el papel del intérprete para cuando tengan que facilitar grupos de ayuda estén preparados para hacerlo y para encontrar recursos de utilidad (*ibid.*, 107).

Recientemente se ha publicado un artículo con los resultados de los grupos de apoyo a intérpretes en dos centros: uno es el *The Interpreters' Circle Babel Day Centre* en Grecia y el programa *New Roots Therapeutic Services for Resettled Refugees* en Reino Unido. Los 15 participantes (todos intérpretes profesionales) resaltaron que se habían sentido muy cómodos por tener un espacio donde no se sentían juzgados «most participants emphasised the importance of having a space that felt safe and free of judgement so that they could talk honestly about their reactions and their own vulnerabilities» (Costa 2022b). Además, se les preguntó si creían que los grupos de ayuda serían útiles solo si los intérpretes se habían visto envueltos en situaciones de crisis a lo que todos los participantes respondieron negativamente resaltando que los grupos les habían ayudado a aprender estrategias para manejar situaciones complicadas, a reflexionar y a compartir distintas circunstancias que pueden ocasionar conflictos y a no caer en situaciones de traumatización vicaria o agotamiento.

Aunque la mayoría de estudios que hemos citado en este apartado tienen como informantes a intérpretes que trabajan en contextos de asilo y refugio, sus resultados son de importancia para este trabajo por tratarse también de un contexto altamente sensible. La tercera hipótesis planteada está relacionada con si el interpretar con asiduidad en el contexto de final de vida puede afectar de manera negativa al intérprete y si el haber elaborado un duelo puede ser beneficioso para interpretar las historias de pérdidas de otras personas o, si por el contrario, puede ser perjudicial para su bienestar y en qué condiciones podría ser beneficioso o perjudicial. A este respecto, Worden (2010: 219-220) considera que si el terapeuta ha elaborado una pérdida puede ser una herramienta beneficiosa para trabajar con los pacientes y/o dolientes:

Trabajar con personas en duelo nos puede hacer conscientes también, a veces de manera dolorosa, de nuestras propias pérdidas. Esto suele ocurrir si la pérdida que experimenta la persona es similar a pérdidas que hemos sufrido en nuestra propia vida. Si esa pérdida no se ha resuelto de manera adecuada en la vida del asesor, puede ser un obstáculo a la hora de hacer una intervención significativa y útil. Si en cambio se ha integrado de manera adecuada, la experiencia de una pérdida similar en el asesor puede ser beneficiosa y útil al trabajar con el cliente.

Por tanto, con esta investigación pretendemos contribuir a esta nueva línea sobre el impacto (tanto positivo como negativo) que puede tener en los intérpretes el trabajar en contextos altamente sensibles como sería el final de vida y duelo.

En este capítulo se ha descrito la organización de los cuidados paliativos y el duelo para contextualizar la presente investigación y, además, se han recopilado los estudios más relevantes en cuanto a las líneas de análisis desde la interpretación: necesidad, papel del intérprete, calidad e impacto. Una vez explicado el contexto de análisis, el siguiente capítulo está dedicado a la metodología empleada para analizar el corpus de datos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Vivir la vida con alegría es muy importante.
 Esa palabra en inglés, *joy*,
 me parece tan seductora y tan intensa que,
 si además la unes con la nuestra,
 te queda una «*joyalegría*» que demuestra
 toda la riqueza que se desprende de esa emoción.

(Albert Espinosa 2021: 27)¹⁰⁸

5. METODOLOGÍA

En los apartados anteriores se ha expuesto el propósito principal de esta investigación: detectar si existe la necesidad de intérpretes profesionales en el contexto de malas noticias, final de vida y duelo, así como las hipótesis y objetivos del presente trabajo. El carácter interdisciplinar de la interpretación, que tiene lugar en distintos contextos y diferentes modalidades, hace que las metodologías para abordarla sean diversas. Por ello, no existe un método único ni universal para el análisis de la interpretación (Angelelli y Jacobson 2009), aunque sí existen muchos estudios con metodologías combinadas que han contribuido al aumento de los estudios empíricos en el área:

Empirical Translation Studies (ETS) represents a rapidly growing field of research which came to the fore in the 1990s. From the early tentative use of computerized translation to the systematic investigation of large-scale translation corpora by using quantitative and statistical methods, ETS has made substantial progress in the development of empirical research methodologies which lie at the heart of the development of the field (Ji, Taibi y Crezee (2019: ii).

¹⁰⁸ Espinosa, Albert. 2021. *Estaba preparado para todo menos para ti*. Barcelona: Penguin Random House.

Dadas las características de esta investigación, consideramos que es esencial contar con la visión de los profesionales sanitarios, de los estudiantes, así como de los pacientes cuya lengua materna no es el español pero que residen en España y son usuarios de los servicios sanitarios. Además, hemos incluido la percepción de los intérpretes que han participado en las situaciones comunicativas de las que se extrajo el corpus de grabaciones que se explicará con más detalle en el apartado 5.2.1.2.

El realizar distintos estudios que incluyan estas perspectivas tiene como finalidad la descripción de la situación actual en conexión con el trabajo del intérprete a fin de ampliar horizontes y señalar un posible nuevo nicho de mercado en el panorama laboral de la interpretación. Para ello, resulta imprescindible conocer la opinión de los profesionales sanitarios implicados en el contexto de final de vida y duelo, así como la de los futuros profesionales y su conocimiento del trabajo del intérprete para determinar en qué medida los intérpretes podrían ser necesarios en esta área. Asimismo, resulta fundamental conocer cómo se han sentido los intérpretes en este contexto y la realidad que han experimentado los pacientes extranjeros en estos contextos durante el tiempo que llevan residiendo en España.

Estructuramos esta investigación en varios análisis ya que no solo nos planteamos en qué medida son necesarios los intérpretes profesionales, sino que queremos observar qué parámetros nos conducirían al éxito comunicativo y las posibles consecuencias que acarrea el uso de intérpretes no profesionales o la ausencia de intérpretes. En primer lugar, analizamos un corpus de 12 grabaciones a partir de un modelo de cinco vertientes: vertiente de estrategias de intervención, vertiente pragmática, vertiente no verbal, vertiente de gestión y vertiente emocional. Las teorías que conforman nuestro marco conceptual e influyen en el diseño del análisis se describirán en el apartado 5.1.2.

Estas cinco vertientes se complementan y se enmarcan en el contexto de malas noticias, últimos días y duelo; es decir, en un contexto socio-sanitario, por lo que se hace necesaria la implicación de todos los participantes en la comunicación. Así, optamos por adoptar un enfoque cuantitativo a través de encuestas, combinado con estudios de carácter cualitativo mediante entrevistas y grupos de discusión, para verificar y completar las respuestas obtenidas en las encuestas.

Para llevar a cabo la metodología propuesta contamos con cinco grupos de informantes y distintos materiales que se recopilan en la siguiente figura:



Figura 3. Grupos de informantes y materiales

Las etapas en las que se desarrolla esta investigación han sido, en primer lugar, el estudio comparativo de consultas en contexto de malas noticias, últimos días y duelo, con y sin intérprete, a través grabaciones que conforman el corpus de datos sometido a análisis. Para su explotación hemos desarrollado un modelo que hemos llamado «Modelo de cinco vertientes para el análisis comparativo, sociopsicológico y pragmalingüístico de situaciones de malas noticias, últimos días y duelo con y sin intérprete» que se detalla en el apartado 5.1.2. Para el análisis de estas situaciones con intérprete también hemos desarrollado una encuesta a las intérpretes participantes y un grupo de discusión sobre las decisiones que habían tomado.

La segunda fase de la investigación se centra en un estudio cuantitativo con los distintos grupos de informantes que están involucrados en este contexto comunicativo. La tercera fase consta de un estudio cualitativo a través del cual se verificarán las hipótesis formuladas. Recopilamos estas fases en la siguiente figura:



Figura 4. Fases de la investigación

A pesar del interés creciente en la investigación en interpretación en los servicios públicos, la dificultad para recopilar materiales reales u obtener respuestas a encuestas supone un gran reto por la estricta confidencialidad, la legislación en materia de protección de datos y las situaciones traumáticas en las que se pueden encontrar los participantes (Bodzer y Lázaro Gutiérrez 2017: 332). Por este motivo, los vídeos de grabaciones que conforman el corpus de esta investigación contienen situaciones comunicativas en las que el papel del paciente y del personal médico-sanitario es simulado por actores de improvisación, mientras que la intervención del intérprete es real. Las situaciones han sido diseñadas por profesionales sanitarios expertos para conseguir que se ajusten lo máximo posible a la realidad. De ahí que los vídeos que se incluyen se correspondan con la primera toma de grabación. Distintos autores se han referido al uso de grabaciones como una herramienta sustitutoria y objetiva fuera de la influencia del investigador (*ibid.*, 345) o para usos de docencia y formación (Kissane 2017: 19 y Ticca 2018: 58).

En el ámbito de la interpretación médica destacan dos proyectos que también han hecho uso de vídeos como son ‘*Intercultural Mediation for the Healthcare assistance to migrant population: analysis of communicative problems and suggestions for training*’ (2004-2007) o ‘*InterMed*’ (2012-2015) citados en Bodzer y Lázaro Gutiérrez (2017: 344).

Por su difícil enmarcación en línea con los resultados extrapolables, Liu (2011) denominó a este tipo de estudios *'pre-experiments'* o *'quasi-experiments'*. Un ejemplo de ello es el estudio de Peng (2011) que analizaba la coherencia textual en la interpretación consecutiva realizada por distintos estudiantes. Unos contaban con formación específica y otros todavía no por lo que se consideró un quasi-experimento de variables distintas. Una crítica que suelen recibir este tipo de estudios es el uso de intérpretes no profesionales o estudiantes como participantes y de ahí la imposibilidad de trasladar los resultados a las actuaciones de intérpretes profesionales. La dificultad radica en acceder a intérpretes profesionales disponibles y por ello, en ocasiones, se ha de recurrir a muestras más pequeñas (Pöchhacker 2015: 151) aunque como punto positivo se añade la posibilidad de que el investigador observe puntos de partida interesantes para profundizar en otras direcciones.

En la presente investigación, dentro de sus limitaciones, se ha intentado que las situaciones se ajustaran a la realidad en la mayor medida posible con el uso de intérpretes profesionales y que las metodologías empleadas contribuyeran a esta aproximación contando con profesionales en activo, estudiantes, dolientes y usuarios extranjeros residentes en España.

A continuación, presentamos un cuadro resumen de las hipótesis, los objetivos y la metodología que planteamos en esta investigación:

HIPÓTESIS	OBJETIVOS	METODOLOGÍA
H1: La intervención del intérprete mejora la comunicación interlingüística.	O1: Estudiar las posibles herramientas al alcance del intérprete para mejorar la comunicación en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo.	Análisis del corpus de grabaciones, encuesta y grupo de discusión con intérpretes participantes en las situaciones comunicativas analizadas.
	O1.1: Confirmar que la presencia del intérprete implica una mejora en la comunicación y una mayor calidad que la comunicación no mediada.	Análisis del corpus de grabaciones.
	O1.2: Observar el nivel de calidad atendiendo a las vertientes propuestas.	
	O1.3: Comprobar en qué medida la cortesía condiciona las estrategias de interpretación.	Análisis del corpus de grabaciones, encuesta y grupo de discusión con intérpretes.
	O2: Explorar la relación proveedor de servicios-intérprete-paciente-familia, así como las expectativas para determinar en qué medida se manifiesta la necesidad de intérpretes.	Encuesta a intérpretes, usuarios, dolientes, profesionales sanitarios y estudiantes de ciencias de la salud así como entrevistas con usuarios y profesionales sanitarios.
	O2.1: Detectar si existe una necesidad de concienciación sobre el trabajo del intérprete en estas situaciones como parte esencial para favorecer el proceso comunicativo.	

	O2.2. Observar si existen diferencias entre los estudiantes y los profesionales.	
	O2.3: Examinar la percepción de los dolientes tras acudir a grupos de ayuda en duelo o atención individual.	
	O2.4: Detectar la necesidad de intérpretes en servicios de ayuda al duelo y si los posibles usuarios extranjeros residentes en España acudirían.	Encuesta a dolientes
	O3: Observar y delimitar los posibles roles que puede adquirir el intérprete en estas situaciones para crear estrategias de actuación.	Análisis del corpus de grabaciones, encuesta y grupo de discusión con intérpretes participantes en las situaciones analizadas y encuestas a profesionales sanitarios y estudiantes de la salud y entrevistas con los profesionales sanitarios.
H2: El intérprete puede sufrir estrés que puede afectar a su producción durante el ejercicio de sus funciones y a su bienestar posterior.	O4: Observar el estrés del intérprete en estas situaciones y evaluar el estado emocional y bienestar antes y después de la interpretación.	Cuestionarios PANAS y STAI así como encuesta y grupo de discusión a intérpretes.
H3: Si el intérprete está atravesando una situación cercana similar a la interpretada en estas situaciones puede mejorar la hipótesis 1 y empeorar la 2. Por el contrario, si el intérprete ha elaborado adecuadamente una situación cercana similar a la interpretada en estas situaciones puede mejorar las hipótesis 1 y 2.	O5: Explorar la situación siguiente: si el intérprete está sufriendo una situación similar, ello puede añadir estrés y afectar a la calidad del trabajo y al bienestar posterior del intérprete.	Entrevista y grupo de discusión con intérpretes.
	O5.1: Conocer la percepción de los profesionales sanitarios involucrados en estas situaciones sobre la gestión del estrés y el bienestar.	Entrevista a profesionales sanitarios.
	O5.2: Conocer la percepción de los intérpretes participantes sobre el impacto.	Encuesta a intérpretes.
H4: El que el intérprete cuente con una formación previa en estas áreas puede contribuir a mejorar la calidad de la comunicación mediada, a manejar mejor el estrés y desarrollar estrategias para el bienestar posterior y a profesionalizar la interpretación en estos contextos.	O6: Verificar en qué medida el conocimiento y la formación especializada en estos contextos puede contribuir a una mejora de la comunicación mediada, el manejo del estrés y la profesionalización de la interpretación.	Entrevista y grupo de discusión con intérpretes. Entrevistas y encuestas a profesionales sanitarios.
	O6.1: Explorar los contenidos que deberían figurar en una formación específica para el intérprete en estas situaciones.	Encuesta a intérpretes y encuesta y entrevista con profesionales sanitarios.

Cuadro 13. Resumen de las hipótesis, los objetivos y la metodología

Para detallar la metodología y los materiales que hemos esquematizado, pasamos a describir cada fase del análisis según el tipo de investigación que le corresponda (comparativa, cuantitativa y cualitativa).

5. 1 Fase 1: estudio comparativo

Con el estudio comparativo nos propusimos analizar la intervención del intérprete en las situaciones descritas y determinar si su intervención aumenta la calidad de la comunicación interlingüística. Tras varias negativas desde hospitales para grabar situaciones reales para analizarlas y tras considerar las simulaciones como una herramienta objetiva y sustitutoria, se decidió optar por las grabaciones del proyecto ‘Interpretación lingüística aplicada a contextos de crisis y duelo en personas migrante’ como corpus de datos para esta investigación dentro del estudio comparativo. Este proyecto fue impulsado por la Concejalía de Inmigración y Cooperación del Excelentísimo Ayuntamiento de Alicante para la creación de material de divulgación sobre un tema acuciante como es la interpretación en contextos de final de vida y duelo en migrantes. El proyecto pudo llevarse a cabo gracias a una colaboración entre la mencionada Concejalía de Inmigración y Cooperación del Excelentísimo Ayuntamiento de Alicante, el Departamento de Traducción e Interpretación de la Universidad de Alicante y el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante. A partir de profesionales de estos dos departamentos se creó un grupo de investigación mixto, formado por profesores del grupo de investigación INCOGNITO (Interculturalidad, Cognición, Interpretación, Traducción y Organización de la interacción comunicativa) de la Universidad de Alicante (al que la autora de este trabajo pertenece), por profesores del área de Ciencias de la Salud (departamentos de enfermería y de psicología de la Universidad de Alicante) y un experto externo, enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio y terapeuta especialista en duelo del Hospital de Elda. Las grabaciones se llevaron a cabo en el Taller de Imagen de la Universidad de Alicante los días 28, 29 y 30 de octubre de 2019. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado de derechos de cesión de imagen (*vid.* anexo 1).

El corpus de grabaciones cuenta con 12 grabaciones (6 en inglés y 6 en francés)¹⁰⁹. Es decir, de cada situación (malas noticias, situación de últimos días y duelo) contamos con dos grabaciones: una sin intérprete y otra con intérprete para poder compararlas. Además, en cada uno de estos vídeos contamos con usuarios residentes de origen francés e inglés que interactúan con una profesional de la enfermería que se expresa en castellano. Tanto los usuarios como la enfermera son actores de improvisación a los que se les ha entregado una hoja de ruta creada por el comité de expertos a fin de dejarles margen de espontaneidad en su actuación. A continuación, ampliamos esta información con la descripción del corpus de grabaciones y los participantes.

¹⁰⁹ El proyecto original cuenta con 18 grabaciones (6 en inglés, 6 en francés y 6 en rumano) aunque para esta investigación analizamos la parte de inglés y francés por ser las lenguas de trabajo de la autora.

5.1.1 Descripción del corpus y los participantes

Como se ha indicado anteriormente, el corpus está formado por 12 grabaciones correspondientes a tres situaciones distintas en dos idiomas (francés e inglés) con y sin intérprete.

Si empezamos por la parte de inglés, la primera situación es la de malas noticias donde Sean (el paciente) recibe en su domicilio la visita de la enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos a domicilio, a quien, desde oncología le han derivado a este paciente. Sean conoce su diagnóstico (cáncer de pulmón), pero no parece tener una idea clara del pronóstico. En la segunda situación, que es la de últimos días, Brian es el hijo de una paciente con cáncer epidermoide y leucemia, que está en una situación de últimos días y presenta un dolor refractario y malestar por las lesiones cutáneas. Brian tiene dificultad para aceptar la decisión de sedar a su madre, a pesar de haberlo tratado anteriormente con el equipo médico. En esta situación, el hijo de la paciente acude a una consulta en el hospital. En la tercera situación, una visita de seguimiento del duelo, tras el fallecimiento de Margaret (mujer del Hugh), este recibe la visita de la enfermera de cuidados paliativos a domicilio. La enfermera trata de valorar el estado de Hugh, ya que se observa que la pérdida le provoca mucho dolor, sobre todo, porque no pudo despedirse de Margaret. Situaciones parecidas ocurren en los supuestos desarrollados en francés. El paciente de la primera situación es Adrien. En la segunda situación Arnaud es el hijo de la paciente y en la tercera, Jérôme es el marido de Anne, quien ha fallecido por un cáncer de útero.

En cada una de las situaciones con intérprete, las intérpretes parten de un contexto distinto. Es decir, en la primera situación, la intérprete es contratada por el paciente y no conoce a la enfermera; en la segunda, el hospital proporciona a la intérprete y en la tercera, la intérprete es traída por el paciente, pero los interlocutores se conocen de antemano. El objetivo de esta variedad no es otro que el tratar de abarcar todo un rango de situaciones posibles que ocurren en la realidad, dejando fuera la opción de un intérprete natural o *ad-hoc*, puesto que nuestra hipótesis es observar si un intérprete profesional aumenta la calidad de la comunicación interlingüística y qué condiciones deben darse para ello. Conviene matizar que las intérpretes no habían recibido ninguna información sobre las situaciones antes de las grabaciones y solo a su llegada se les indicó en cada situación si estaban contratadas por el hospital o por el paciente.

En el siguiente cuadro resumimos las grabaciones y añadimos la duración de los vídeos:

CORPUS INGLÉS		CORPUS FRANCÉS	
(00:08:48) Situación 1: malas noticias sin intérprete en domicilio.	(00:10:41) Situación 1: malas noticias con intérprete traído por paciente en domicilio.	(00:10:00) Situación 1: malas noticias sin intérprete en domicilio.	(00:10:20) Situación 1: malas noticias con intérprete traído por paciente en domicilio.
(00:08:20) Situación 2: situación de últimos días sin intérprete en hospital.	(00:09:24) Situación 2: situación de últimos días con intérprete en hospital y proporcionado por hospital.	(00:10:19) Situación 2: situación de últimos días sin intérprete en hospital.	(00:09:33) Situación 2: situación de últimos días con intérprete en hospital y proporcionado por hospital.
(00:09:20) Situación 3: seguimiento del duelo sin intérprete en domicilio.	(00:10:15) Situación 3: seguimiento del duelo con intérprete en domicilio traído por paciente (se conocen).	(00:10:12) Situación 3: seguimiento del duelo sin intérprete en domicilio.	(00:10:11) Situación 3: seguimiento del duelo con intérprete en domicilio traído por paciente (se conocen).

Cuadro 14. Grabaciones y duración

Ambas intérpretes son intérpretes profesionales. La intérprete de inglés trabaja como intérprete en plantilla en un hospital desde 2017, ha recibido formación en interpretación para los servicios públicos en el ámbito médico. La intérprete de francés es traductora e intérprete autónoma en el ámbito médico desde 2006 y adquirió su formación en interpretación en los SSPP en un máster especializado que cursó. Ninguna de las dos intérpretes ha recibido formación específica en interpretación en situaciones de malas noticias, final de vida ni duelo. Distintos autores han demostrado los beneficios de incluir a intérpretes profesionales, según distintos profesionales, en los estudios cualitativos por cuestiones de fiabilidad, confianza y calidad como Brämberg y Sandman (2013) con su estudio cualitativo sobre la opinión de los trabajadores sociales y Hunter-Adams y Rother (2017) con su estudio cualitativo sobre las barreras comunicativas desde la visión de los proveedores de servicios en Sudáfrica.

De cada situación y en cada idioma se han realizado cuatro análisis acordes a los objetivos planteados que se describen en el siguiente cuadro:

ANÁLISIS CORPUS INGLÉS	ANÁLISIS CORPUS FRANCÉS
Análisis 1 situación 1 (malas noticias) inglés: análisis de la grabación sin intérprete para observar los problemas comunicativos.	Análisis 1 situación 1 (malas noticias) francés: análisis de la grabación sin intérprete para observar los problemas comunicativos.
Análisis 2 situación 1 (malas noticias) inglés: análisis de la grabación con intérprete para observar la intervención de la intérprete.	Análisis 2 situación 1 (malas noticias) francés: análisis de la grabación con intérprete para observar la intervención de la intérprete.
Análisis 3 situación 1 (malas noticias) inglés: análisis de la intervención de la enfermera con y sin intérprete.	Análisis 3 situación 1 (malas noticias) francés: análisis de la intervención de la enfermera con y sin intérprete.
Análisis 4 situación 1 (malas noticias) inglés: análisis de la intervención del paciente o familiar con y sin intérprete.	Análisis 4 situación 1 (malas noticias) francés: análisis de la intervención del paciente o familiar con y sin intérprete.
Análisis 1 situación 2 (SUD) inglés: análisis de la grabación sin intérprete para observar los problemas comunicativos.	Análisis 1 situación 2 (SUD) francés: análisis de la grabación sin intérprete para observar los problemas comunicativos.
Análisis 2 situación 2 (SUD) inglés: análisis de la grabación con intérprete para observar la intervención de la intérprete.	Análisis 2 situación 2 (SUD) francés: análisis de la grabación con intérprete para observar la intervención de la intérprete.
Análisis 3 situación 2 (SUD) inglés: análisis de la intervención de la enfermera con y sin intérprete.	Análisis 3 situación 2 (SUD) francés: análisis de la intervención de la enfermera con y sin intérprete.
Análisis 4 situación 2 (SUD) inglés: análisis de la intervención del paciente o familiar con y sin intérprete.	Análisis 4 situación 2 (SUD) francés: análisis de la intervención del paciente o familiar con y sin intérprete.
Análisis 1 situación 3 (duelo) inglés: análisis de la grabación sin intérprete para observar los problemas comunicativos.	Análisis 1 situación 3 (duelo) francés: análisis de la grabación sin intérprete para observar los problemas comunicativos.
Análisis 2 situación 3 (duelo) inglés: análisis de la grabación con intérprete para observar la intervención de la intérprete.	Análisis 2 situación 3 (duelo) francés: análisis de la grabación con intérprete para observar la intervención de la intérprete.
Análisis 3 situación 3 (duelo) inglés: análisis de la intervención de la enfermera con y sin intérprete.	Análisis 3 situación 3 (duelo) francés: análisis de la intervención de la enfermera con y sin intérprete.
Análisis 4 situación 3 (duelo) inglés: análisis de la intervención del paciente o familiar con y sin intérprete.	Análisis 4 situación 3 (duelo) francés: análisis de la intervención del paciente o familiar con y sin intérprete.

Cuadro 15. Descripción del análisis de las situaciones comunicativas

Para facilitar el análisis de los vídeos, las grabaciones han sido transcritas por la autora manualmente para recopilar también los elementos no verbales, paraverbales y emocionales y, para algunos segmentos, se ha contado con la ayuda del programa *Nvivo*, un asistente de transcripción automatizado. Para los 24 análisis de las 12 grabaciones se ha diseñado un modelo que describimos en el siguiente apartado.

5.1.2 Descripción del modelo propio de análisis

El modelo de análisis de elaboración propia llamado «Modelo de cinco vertientes para el análisis comparativo, sociopsicológico y pragmalingüístico de situaciones de malas noticias, últimos días y duelo con y sin intérprete» (abreviado: El modelo de las cinco vertientes o MCV) nos permite desarrollar el análisis en cinco planos clave, todos ellos necesarios para la verificación de nuestras hipótesis. Su cualidad ‘comparativa’ se refiere a las diferencias que se registran entre las situaciones con y sin intérpretes. Es sociopsicológico por centrarse en las fórmulas de tratamiento, la cultura y la intención comunicativa. Las emociones de los interlocutores tienen un gran peso en este contexto situacional donde se persigue el no hacer daño al interlocutor que está en un momento crítico de su vida. Finalmente, el modelo es también pragmalingüístico porque nos interesamos en el modo en que el contexto influye en la interpretación del significado y los factores lingüísticos que condicionan el uso del lenguaje. Estas vertientes se resumen a continuación:



Figura 5. Modelo de las 5 vertientes

Los siguientes epígrafes describen en qué consiste cada vertiente.

5.1.2.1 Vertiente 1: estrategias de intervención desde la psicoterapia

En el marco de la relación de ayuda en el contexto de malas noticias, últimos días y duelo, las habilidades de comunicación y las competencias relacionales son clave para que la comunicación sea entendible y empática y facilite la toma de decisiones. Para una buena relación de ayuda, los pilares que los modelos describen como esenciales son el respeto y la acogida incondicional, la autenticidad y la empatía (Arranz, Barebero, Barreto y Bayés 2003: 37; Buckman 2010: 5; Payás Puigarnau 2010: 29; Santos y Bermejo 2015: 17). Para ello, es necesario que estos pilares se conecten con unas estrategias de intervención.

A continuación, presentamos las estrategias de intervención que hemos recopilado de distintas fuentes para crear la primera vertiente de nuestro modelo de análisis. Conviene matizar que los dos modelos descritos en el marco teórico de ciencias de la salud son el modelo SPIKES sobre cómo dar malas noticias de Buckman (1992 [2010]) cuyas estrategias hemos extraído de su última obra *‘Difficult conversations in Medicine: Strategies that works in Breaking News’* (2010) por ser la más actualizada y el modelo integrativo-relacional de intervención en duelo de Alba Payás (2010). Estos son los modelos han servido de base en el diseño del material audiovisual solicitado por el Ayuntamiento de Alicante y que, posteriormente, han servido como corpus de datos para este análisis. El comité de tres expertos descritos en el apartado 5.1 las diseñó para que fuesen las más cercanas a la realidad. No obstante, para desglosar las estrategias, también nos hemos apoyado en otras dos obras por su trascendencia y por complementar los otros dos modelos teóricos que sustentan esta investigación. La primera obra es *‘Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos’* (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés 2003). La primera edición de esta obra data de febrero 2003 y la novena impresión es de marzo de 2019 por lo que se observa que es un modelo estudiado y seguido en la actualidad. La segunda obra es *‘Counselling y cuidados paliativos’* (Santos y Bermejo 2015) y destaca por recopilar competencias relacionales y emocionales necesarias para los profesionales que trabajan en la atención paliativa.

Se han agrupado las estrategias de intervención según las situaciones de nuestro corpus para que el modelo sea lo más concreto posible. Para mencionar las fuentes de extracción de las estrategias seguimos la siguiente leyenda:

REFERENCIA DE LA FUENTE	REFERENCIA EN EL MODELO
Buckman, Robert. 2010. Practical plans for difficult conversations in medicine: strategies that work in breaking bad news. Baltimore: Johns Hopkins University Press.	BU
Payás Puigarnau, Alba. 2010. Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Paidós.	PP
Santos, Esperanza y Bermejo, José Carlos. 2015. Counselling y cuidados paliativos. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Segunda edición 2017)	SB
Arranz, Pilar; Barbero, Javier; Barreto, Pilar y Bayés, Ramón. 2003. Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos. Barcelona: Ariel. (Novena edición 2019).	AB

Cuadro 16. Referencias de las fuentes de la vertiente 1

A continuación, se presenta esta vertiente del modelo y las referencias a las fuentes:

CONTEXTO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	FUNCIÓN	FUENTE	
GENERAL	Intervenciones no impositivas.	Crear atmósfera de entendimiento mutuo, respeto y acogida incondicional. Demostrar una actitud empática y auténtica.	SB (p. 16)	
	Escuchar y respetar las objeciones.		AB (p. 40)	
	Identificar atribuciones.		AB (p. 40)	
	No emitir juicios de valor: realizar preguntas más abiertas.		AB (p. 39) BU (p. 28)	
	Facilitar la expresión emocional: acompañar desde el silencio, la cercanía física y el contacto.		SB (p. 67)	
	Asertividad: congruencia y veracidad.		SB (p. 22)	
	Escucha activa.		SB (p. 21) AB (p. 40) BU (p. 28) AP (p. 123)	
	Atender a las pistas indirectas proporcionadas por los pacientes (lenguaje no verbal incluido).		AB (p. 39) BU (p. 30)	
	Personalización.		Que la persona sea consciente de lo que le está ocurriendo.	SB (p. 22) AB (p. 40) BU (p. 28)
	Utilizar un diálogo empático.		Reconocer la emoción del paciente, identificar su origen y dar señales de que se le entiende.	SB (p. 21) AB (p. 39) BU (p. 13) AP (p. 255)
Garantizar apoyo.	Evitar sensación de abandono y aumentar la sensación de control.	AB (p. 42) AP (p. 178)		
MALAS NOTICIAS	Cuidar el nivel macro-espacial: saludar, introducción, establecer contacto visual y buscar un espacio adecuado y cercanía con el enfermo.	Centrar la atención en el paciente o paciente y familia y que sientan que están en un entorno seguro.	SB (p. 64) AB (p. 40) BU (p. 30)	
	Descubrir qué sabe y qué quiere saber el paciente: atender a su vocabulario y percepción.	Informar respetando las necesidades y el ritmo de información del paciente.	SB (p. 45) AB (p. 46) BU (p. 28 / p. 32)	
	Preguntar sin dar nada por supuesto: invitación a contar.			
	Comunicar la verdad con honestidad, confianza y sinceridad.		SB (p. 65) AB (p. 40) BU (p. 68)	

	Evaluar lo que se ha entendido.		AB (p. 40) BU (pp. 36-37)
	Informar dividiendo la información por partes.	Aumentar el entendimiento adecuándose al registro y vocabulario del paciente y la familia.	BU (p. 36)
	Responder a preguntas difíciles: dar cabida a los interrogantes que surjan.	Amortiguar el intenso impacto emocional tras el pronóstico.	SB (pp. 67-69) AB (pp. 124-126) BU (p. 36)
	Dar cabida a las emociones tras el pronóstico.		
	Identificar preocupaciones, necesidades y temores.		
	Cerrar la entrevista con un plan a seguir.	Acogida incondicional y garantía de apoyo.	BU (p. 44)
SITUACIÓN ÚLTIMOS DÍAS	Informar debidamente y responder a las preguntas: aclarar si hay dudas sobre la sedación, eutanasia, suicidio asistido e informar del proceso de sedación.	Facilitar la toma de decisiones informadas.	SB (p. 72) BU (p. 66)
	Si se ha obtenido el consentimiento a través de un familiar, dar cabida a todas las emociones que presenten. Es posible que sea necesario tranquilizarlos.	Atender a los familiares y que no se sientan responsables.	AB (p. 113) BU (p. 66) SB (p. 109)
	Facilitar el proceso de aceptación y afrontamiento.	Acompañar.	
DUELO	Invitar a narrar: facilitar el manejo de los aspectos traumáticos de la pérdida.	Intentar que el doliente conecte con su experiencia y sus emociones.	AP (p. 117) SB (p. 123) AB (p. 115)
	Dar cabida a todas las emociones.	Facilitar la introspección y conexión.	AB (p. 115) AP (p. 117)
	Estar abierto a la evitación y la negación que puede sufrir el doliente.	Tratar de aumentar progresivamente la tolerancia al dolor.	AP (p. 117)
	Facilitar la expresión del amor y la vulnerabilidad.		
	Permitir que se hable de la persona fallecida.	Conexión y reconstrucción del <i>self</i> .	AP (p. 167)
	Ayudar en la reorganización del mundo interno basándose en la relación con el ser querido fallecido.	Conexión e integración.	AP (p. 162)
	Escuchar y dar cabida a toda la historia de la pérdida.	Atender las necesidades del doliente para su reestructuración interna y adaptación a la nueva realidad.	AP (pp. 171-172)
	Validar la forma de afrontar el duelo como única e individual.	Validación. Que el doliente sienta que se atienden sus necesidades y se le acoge y acepta.	
	Facilitar una relación de apoyo.	Que el doliente se sienta escuchado.	AP (p. 178)
Ayudar en la recolocación emocional del fallecido.	Facilitar la dimensión de crecimiento y transformación.	AP (p. 182)	

Cuadro 17. Estrategias de intervención según las situaciones

5.1.2.2 Vertiente 2: estrategias de cortesía desde la pragmática

Dentro de la vertiente pragmática, la teoría que adoptamos como instrumento de análisis es la teoría de la cortesía de Brown y Levinson, más exactamente nos centraremos en los conceptos de imagen, acto amenazante y acción compensatoria al contexto objeto de estudio: situaciones de malas noticias, últimos días y duelo.

Partimos de la base de que la imagen negativa del profesional sanitario y/o terapeuta se representa como su deseo de adquirir información del paciente y poder expresar sus conocimientos de manera efectiva por lo que un acto amenazante a la imagen del profesional sanitario y/o terapeuta sería la imposibilidad de preguntar antes de dar una mala noticia o de explicar una situación de últimos días o de acompañar en duelo. La imagen negativa del paciente consistiría en su deseo de ser escuchado, recibir apoyo verbal y emocional y el acto que amenazaría su imagen sería la imposibilidad de relatar cómo se siente y qué emociones experimenta antes de recibir información.

En cuanto a la imagen positiva, la del profesional sanitario y/o terapeuta se referiría a su deseo de aplicar sus técnicas y aumentar su prestigio profesional. El acto amenazante a esta imagen sería no lograr la reconstrucción del *self* del paciente por una intervención inadecuada e incluso hacer daño y crear un clima de frustración. La imagen positiva del paciente se corresponde con su deseo de que se atiendan sus necesidades y se le valide y, por consiguiente, se le acepte. El acto que amenazaría esta imagen sería el no sentirse aceptado ni validado.

En el siguiente cuadro se resume esta información:

IMAGEN	ACTO AMENAZANTE A LA IMAGEN
Imagen negativa de la enfermera y terapeuta: deseo de adquirir información y poder expresarse de manera efectiva.	AAI negativa de la enfermera y terapeuta: imposibilidad de preguntar antes de ofrecer una información.
Imagen negativa del paciente o familiar: deseo de ser escuchado, recibir apoyo verbal y emocional.	AAI negativa del paciente o familiar: imposibilidad de relatar antes de recibir información.
Imagen positiva de la enfermera y terapeuta: deseo de aplicar sus técnicas, ayudar a resolver una situación crítica y aumentar su auto-prestigio profesional.	AAI positiva de la enfermera y terapeuta: no lograr la reconstrucción del <i>self</i> del paciente o familiar, incluso llegar a hacerle daño y sentirse frustrado.
Imagen positiva del paciente o familiar: deseo que se atiendan sus necesidades, se le valide y se acepte su relato.	AAI positiva del paciente o familiar: sentir que su relato no es relevante, no sentirse validado ni aceptado.

Cuadro 18. Resumen del tipo de imagen y de los actos amenazantes a la imagen

Cuando el paciente o familiar es una persona extranjera y no consiguen la comprensión, estos actos que amenazan la imagen de ambos podrían venir ocasionados por el mismo hecho de no compartir la lengua; elemento que se convertiría en agravante y la acción compensatoria sería el uso de intérpretes profesionales siempre y cuando su actuación cumpla unos parámetros de calidad para conseguir el éxito comunicativo.

Como se ha mencionado en el apartado 3.1.2, Brown y Levinson ([1978] 1987) describen las estrategias para el manejo de los actos que amenazan la imagen. Estas estrategias se dividen en cortesía positiva basada en actuar abiertamente y expresar el AAI pero reforzando la imagen positiva del oyente, en cortesía negativa cuando el hablante se expresa de una forma menos impositiva y sin coaccionar para mitigar el daño que puede causar el AAI. Finalmente, también se puede actuar encubiertamente y sin compensaciones, o se puede utilizar una acción compensatoria para salvaguardar la imagen.

De las quince estrategias que Brown y Levinson ([1978] 1987: 102-129) recopilan dentro de la cortesía positiva, para nuestro estudio no incluiremos la octava (referida a bromas), ni la novena (referida a presuposiciones), ya que creemos que no tienen cabida en el contexto de esta investigación. Sin embargo, todas las otras sí consideramos que se pueden adaptar y las describimos a continuación.

La primera estrategia dentro de la cortesía positiva se basa en darse cuenta y atender las necesidades del otro interlocutor (Brown y Levinson [1978] 1987: 103). Por tanto, observaremos esta estrategia cuando la enfermera y terapeuta en nuestro estudio detecta y atiende las necesidades del paciente o familiar y responde a lo que esta demanda. También lo observaremos cuando el paciente o familiar responde y atiende a lo que la enfermera terapeuta le pide. La segunda estrategia dentro de la cortesía positiva refiere al uso de modificadores para añadir intensidad y al énfasis en la entonación para demostrar interés por el interlocutor (*ibid.*, 104). La tercera estrategia que observamos en este estudio es la de intensificar el interés por el interlocutor a través del uso de coletillas interrogativas y un discurso directo, sobre todo en presente pero también en pasado y futuro para encontrar la información necesaria (*ibid.*, 106). La cuarta estrategia es el uso de marcadores de identidad y grupales y para nuestra investigación analizamos el uso del nombre de pila y otras formas de dirigirse amistosas, el uso de pronombres personales de segunda persona en singular o plural, los diminutivos, los cambios de registro y el uso de jergas y elipsis o contracciones cuando los interlocutores saben a lo que se refiere (*ibid.*, 107-112). La estrategia quinta busca el acuerdo entre interlocutores y hacer que el interlocutor sienta que está en un entorno seguro y pueda contar todo lo que le ocurre. Para ello, al principio se suele preguntar cómo se encuentra la persona y luego se utilizan estrategias como la repetición de las palabras del interlocutor a fin de que se sienta escuchado y entendido (*ibid.*, 112-113).

En esta línea, la estrategia sexta se basa en evitar el desacuerdo, pero tratando de matizar los puntos en los que se está de acuerdo y en los que no, pero con fórmulas corteses. Esto se podría ejemplificar con ¿te encuentras bien? A lo que el interlocutor respondería ‘bien, sí, pero a veces no demasiado bien, regular más bien, pero sí, bien’ de lo que el terapeuta deduce que el paciente no se encuentra bien y debe profundizar. Esta estrategia está conectada con la séptima, que se basa en la indagación y en buscar el entendimiento común y, para ello, en nuestra investigación la adaptamos a que el paciente y su familia estén involucrados para escuchar sus puntos de vista (*ibid.*, 113-124).

La siguiente estrategia sería la décima basada en ofrecimientos (*ibid.*, 125). La estrategia decimosegunda se refiere a la inclusión de todos los interlocutores en la actividad con el uso de la primera persona del plural, que, en el ámbito médico, se puede referir también al uso de ‘nosotros’ cuando el profesional sanitario habla en nombre de su unidad y su equipo, aunque en ese momento solo esté presente él/ella con el objetivo de buscar la cooperación de todos los interlocutores (*ibid.*, 127). Un ejemplo es ‘vamos a optar por el tratamiento con radioterapia si está de acuerdo’. Esta estrategia está estrechamente relacionada con la decimotercera en la que se ofrecen razones o motivos para esa cooperación y que el interlocutor se sienta ayudado (*ibid.*, 128). La diferencia entre ambas en nuestro estudio sería, por ejemplo, el ofrecerse para realizar una nueva visita en compañía del médico (estrategia 10), ofrecer un tratamiento en el que todos estén de acuerdo (estrategia 12) y el presentar los motivos por los cuales se decide ese tratamiento (estrategia 13). La siguiente estrategia, la decimocuarta, busca la reciprocidad y la autorización de forma indirecta con fórmulas de tipo ‘si te parece, podemos empezar en unos días’. La última estrategia se refiere a la expresión de entendimiento, cooperación, apoyo y, en esta investigación, validación de los sentimientos y emociones con fórmulas como ‘entiendo que te sientas sobrecogido’ o ‘comprendo que te sientas así’ (*ibid.*, 129).

En lo que respecta a la cortesía negativa, Brown y Levinson ([1978] 1987: 129-210) enumeran 10 estrategias. Al igual que en la cortesía positiva, en esta parte también hemos adaptado las estrategias al contexto de la investigación y hemos utilizado 6 estrategias dejando fuera varias como la tercera (pesimismo), la quinta (condescendencia), la octava (establecer el acto amenazante como norma general) y la décima (endeudamiento entre interlocutores).

Por el contrario, de las que hemos adaptado, la primera estrategia se refiere a los actos de habla indirectos basados en ser aparentemente indirecto, es decir, haciendo peticiones indirectas, pero con la idea de referirse a una cosa concreta. Por ejemplo, en nuestro estudio, la fórmula ‘¿recuerdas si [el médico] te dijo algo más?’ entraría en esta categoría, ya que no se fuerza al interlocutor, pero sí se intenta obtener una información concreta (*ibid.*, 130). La segunda estrategia reside en no presuponer ni asumir una determinada materialización de los actos de habla, sino más bien en hacer sugerencias como «estaría bien que estuvieras con tus hermanas en estos momentos» y en asegurar la fuerza ilocucionaria a través de la entonación, o con el uso de adverbios, o verbos performativos que los autores definen como «hedges» entendidos como «a particle, word or phrase that

modifies the degree of membership or a predicate or noun phrase in a set» (Brown y Levinson [1978] 1987: 145). La cuarta estrategia comprende el minimizar una imposición con el uso de perífrasis modales como «tenemos que» (*ibid.*, 176). La sexta estrategia se refiere a pedir disculpas o mostrar arrepentimiento (*ibid.*, 187). La séptima es la de impersonalizar, utilizando verbos impersonales o imperativos indirectos los cuales, no obstante, están encaminados a una acción directa (*ibid.*, 191). Esta estrategia está relacionada con la novena, centrada en la nominalización para cambiar el énfasis mediante el uso de la voz pasiva (*ibid.*, 208).

También se puede actuar encubiertamente y sin compensaciones, a través de presuposiciones (estrategia tercera) y se estaría violando la máxima de relevancia, restar importancia (estrategia cuarta) y se estaría violando la máxima de cantidad, uso de contradicciones (estrategia séptima) y se estaría violando la máxima de calidad y ser ambiguo (estrategia undécima) y se estaría violando la máxima de modo (*ibid.*, 215). Estas máximas, definidas y desarrolladas por Grice, están descritas en el apartado 3.1.1.2.

En los dos siguientes cuadros recopilamos esta información y la exponemos adaptándola a nuestros interlocutores y al contexto de estudio:

CORTESÍA POSITIVA		
De la enfermera y terapeuta al paciente o familiar.	E1: Reconocer y atender las necesidades del paciente o familiar.	
	E2: Demostrar interés por el interlocutor: uso de modificadores para añadir intensidad y énfasis en la entonación.	
	E3: Intensificar el interés por el interlocutor: discurso directo.	
	E4: Utilizar marcadores de identidad grupales: uso del nombre de pila y otras formas amistosas, uso de pronombres personales de segunda persona en singular o plural, uso de diminutivos, cambios de registro y elipsis.	
	E5: Búsqueda de acuerdo y demostrar que se está en un entorno seguro: uso de coletillas interrogativas y repetición de palabras del paciente.	
	E6: Evitar desacuerdo: decir la verdad.	
	E7: Buscar entendimiento común: indagación, deixis e involucramiento del paciente y su familia.	
	E10: Ofrecimientos.	
	E12: Inclusión de todos los interlocutores: uso de la primera persona del plural para hablar en nombre del servicio.	
	E13: Ofrecer razones o motivos: buscar cooperación.	
	E14: Búsqueda de reciprocidad: autorizaciones indirectas.	
	E15: Expresar entendimiento y cooperación: validación.	
	Del paciente o familiar a la enfermera y terapeuta.	E1: Responde a las preguntas de la enfermera: atiende sus necesidades y le permite aplicar sus técnicas.
		E2: Demuestra interés por la enfermera y terapeuta: énfasis.
		E3: Intensifica el interés: discurso directo.
E4: Utiliza marcadores de identidad: uso del nombre de pila de la enfermera, cambios de registro y elipsis.		
E5: Se siente seguro y se expresa bien.		
E6: Evita desacuerdo: decir la verdad.		
E7: Busca que se le entienda: uso de coletillas interrogativas.		
E13: Plantea preguntas o busca razones sin imponer.		
E15: Expresa entendimiento y se siente validado.		
CORTESÍA NEGATIVA		
De la enfermera y terapeuta al paciente o familiar.	E1: Ser directo sin imponer: actos de habla indirectos (peticiones).	
	E2: No presuponer ni asumir: preguntas y sugerencias. Asegurar la fuerza ilocutiva con adverbios y verbos performativos.	
	E4: Minimizar una imposición: uso de perífrasis modales.	
	E6: Pedir disculpas o mostrar arrepentimiento.	
	E7: Impersonalizar: uso de verbos impersonales o imperativos. Evitar el uso de pronombres personales.	
	E9: Nominalización: uso de la voz pasiva.	
Del paciente o familiar a la enfermera y terapeuta.	E1: Ser directo sin imponer: actos de habla indirectos (peticiones).	
	E2: El paciente o familiar atiende y relata la información que la enfermera y terapeuta pide sin presuponer ni asumir.	
	E6: Pedir disculpas o mostrar arrepentimiento.	
	E7: Impersonalizar: uso de verbos impersonales o imperativos. Evitar el uso de pronombres personales.	
	E9: Nominalización: uso de la voz pasiva.	

Cuadro 19. Estrategias de cortesía positiva y negativa

ACTUAR ENCUBIERTAMENTE SIN COMPENSACIONES
La enfermera y terapeuta amenaza la imagen positiva del paciente o familiar.
Dar malas noticias directas presuponiendo que el paciente o familiar conoce información. Relación de poder: uso de marcadores diferenciadores. No cooperación, desacuerdos y contradicciones. Mencionar temas tabús. Ser ambiguo o generalizar.
La enfermera y terapeuta amenaza la imagen negativa del paciente o familiar.
Dar órdenes, consejos y sugerencias directas e impedir que el paciente o familiar relate los hechos.
El paciente o familiar amenaza su propia imagen y la de la enfermera y terapeuta.
Quejas. Interrupciones. Expresión desmesurada de emociones (frustración). Petición de información o sugerencia.
El paciente o familiar daña su propia imagen positiva.
Petición de disculpas porque no se puede hacer entender. Confesiones que impiden aceptación. Interrogantes que impiden validación. Discurso desestructurado o incompleto.
El paciente o familiar daña su propia imagen negativa.
Aceptación de información que no desea (sufre una imposición).

Cuadro 20. Estrategias para actuar encubiertamente sin compensaciones

En ambas vertientes el elemento transversal al que hacen referencia es el lenguaje no verbal y a la empatía. De ahí que las dos siguientes vertientes estén dedicadas a estos dos aspectos.

5.1.2.3 Vertiente 3: comunicación no verbal y paraverbal

Uno de los autores que más se ha interesado por el lenguaje no verbal es Fernando Poyatos quien en su obra 'La comunicación no verbal I' (1994) lo define como: «las emisiones de signos activos o pasivos, constituyan o no comportamiento, a través de los sistemas no léxicos somáticos, objetuales y ambientales contenidos en una cultural, individualmente o en mutua coestructuración» (1994: 17). Durante cualquier interacción solemos emitir constantemente signos no verbales enmarcados en una dimensión de espacio (proxémica) y de tiempo (cronémica) que influyen en las actitudes hacia los demás interlocutores.

En un manual sobre la traducción e interpretación en centros penitenciarios, las autoras Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez (2019) hacen referencia a estas dos dimensiones y aportan clasificaciones. En nuestro análisis, el lenguaje no verbal es un parámetro importante, ya que disponemos de los vídeos de grabaciones de los supuestos comunicativos.

En cuanto a la proxemia, que comprende la distribución del espacio e incluye el dónde se sitúan los interlocutores y los movimientos que realizan, las autoras (2019: 32-33) distinguen entre aspectos microespaciales (referidos a los movimientos y posturas que realiza cada interlocutor) y los aspectos macroespaciales (referidos al espacio entre los interlocutores, posición respecto a los demás y a los objetos presentes, distribución, privacidad o presencia de símbolos culturales).

Respecto a la cronemia, relacionada con la distribución del tiempo y la estructura global de la conversación, las autoras (2019: 31-32) distinguen entre la duración (y por tanto la importancia) de las secuencias de saludo y despedida, así como de la transición entre las secuencias y los turnos de palabra (si son libres o predeterminados, si hay silencios y su duración y la distribución de los turnos). Además de que la comunicación no verbal esté influida por el tiempo y el espacio, también está presente en los movimientos y gestos corporales (kinésica); dimensión que Poyatos (1994: 139) define como:

Los movimientos y posiciones de base psicomuscular conscientes o inconscientes, aprendidos o somatogénicos, de percepción visual, audiovisual y táctica que, asilados o combinados con la estructura lingüística y paralingüística y con otros sistemas somáticos y objetuales, poseen valor comunicativo intencionado o no.

Dentro de la kinésica, este mismo autor distingue entre los gestos, las maneras en las que se realiza un gesto (donde puede influir la cultura y los rituales) y las posturas que aportan «gran valor comunicativo interculturalmente, socialmente y personalmente» (*ibid.*, 140).

En el siguiente cuadro recopilamos estas dimensiones y sus parámetros de análisis:

PROXEMIA	CRONEMIA	KINESIA
Distribución del espacio (Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez 2019: 32-33)	Distribución del tiempo (Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez 2019: 31-32)	Movimientos corporales (Poyatos 1994: 170)
Aspectos microespaciales (rostro, ojos, boca, manos, postura y movimiento)	Importancia y duración de las secuencias de saludo y despedida.	Cara (frente, mirada, pliegue nasolabial, mandíbula)
Aspectos macroespaciales (espacio entre interlocutores, posición respecto al otro, posición respecto a los objetos del lugar, ropa y adornos).	Duración y transición de las secuencias.	Cabeza (cabecear, sacudir, ladear, inclinar, girar)
	Turnos de palabra (libres o predeterminados, silencios y duración, solapamientos y mecanismos para distribución de turnos).	Hombros (encoger, hundir)
		Tronco (erguir, enderezar, inclinar, doblar)
		Manos (gestos conscientes o inconscientes)
		Cuerpo y piernas (postura general)

Cuadro 21. Parámetros referidos a la proxemia, cronemia y kinesiología

Además de estos parámetros no verbales, cuando interactuamos también influye el paralenguaje (o lenguaje paraverbal o paralingüístico) relativo a los elementos no verbales de la voz. Poyatos define el paralenguaje como «las cualidades no verbales y modificadores de la voz y sonidos y silencios independientes con que apoyamos o contradecemos las estructuras verbales y kinésicas» (1994: 137).

Por tanto, el paralenguaje está relacionado con el lenguaje no verbal porque ambos se entrelazan en la comunicación, pero se diferencia de este en que el paralenguaje hace referencia a las características sonoras y matices con los que modulamos nuestra voz cuando nos comunicamos. Estos parámetros se presentan a continuación:

PARAVERBAL
Cualidades primarias (Poyatos 1994: 30-48 y Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez 2019: 31)
Volumen (suave, regular, fuerte)
Voz (timidez, inseguridad, autoridad, dominio)
Entonación (aguda, grave, monótona, melódica)
Ritmo y fluidez (lento o rápido, fluido o entrecortado, agitado. Titubeo, enunciados incompletos, falsos comienzos.)
Duración silábica (alargamiento vocálico o silábico, acortamiento)
Calificadores (Poyatos 1994: 49-86 y Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez 2019: 31)
Control respiratorio (discurso aspirado, expirado o espasmódico)
Control articulatorio (voz confusa, articulación tensa o relajada)
Diferenciadores (Poyatos 1994: 87-142 y Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez 2019: 31)
Risas (voluntaria, natural, espontánea)
Bostezos (aburrimiento, fatiga, somnolencia)
Carraspeos (regulación de la interacción, atraer la atención, incertidumbre, ansiedad)
Suspiro (aspiración prediscurso, dolor físico, tristeza, desesperanza, frustración)
Alternantes (Poyatos 1994: 143-168 y Valero Garcés, Vitalaru y Lázaro Gutiérrez 2019: 31)
Alternantes arbitrarios (hm, mm, uf, puf)
Alternantes silenciosos (silencios, pausas: marcador del lenguaje, apertura de turno, pre-pregunta, buscando una palabra, evaluación tras una declaración, autocorrección, recordar, pensar, discurso entrecortado emocional, énfasis emocional entre palabras, autocorrecciones, falsos comienzos).

Cuadro 22. Parámetros paraverbales

Tanto el lenguaje no verbal como paraverbal influye en las siguientes dos vertientes. En la vertiente emocional están presentes en el modo de mostrar empatía y, en la vertiente de gestión, en las estrategias y mecanismos de distribución de los turnos de palabra. Por ello, algunos parámetros descritos en este epígrafe también tienen una doble función y aparecen en las dos vertientes siguientes.

5.1.2.4 Vertiente 4: tratamiento de las emociones

Si en la primera vertiente se hacía referencia al uso de un diálogo empático, en la segunda añadíamos el discurso cortés mientras que en la tercera mencionábamos parámetros no verbales y paraverbales para la observación del intercambio comunicativo en las tres situaciones analizadas. Por el tipo de contexto en el que se centra la presente investigación, es necesario incluir una vertiente referida a la parte emocional que centraremos en la empatía como elemento que equilibra y permite una relación afectiva entre los interlocutores. Según anunciábamos en el marco teórico, la empatía es la capacidad de ponerse en los zapatos del otro, pero no querer sacarle de ellos (Payás Puigarnau 2010, 2020: 13), al tiempo que intentamos comprenderlo desde su perspectiva (Santos y Bermejo 2015: 17) y hacerle saber que se le ha entendido y se le respeta (Buckman 2001: 1002). Para ello resulta fundamental la escucha activa definida por Santos y Bermejo (2015: 123) como «entregar el interés sincero por el mundo ajeno, acogerlo y encontrarse en la verdad de la experiencia». La escucha facilita el drenaje emocional.

De las mismas fuentes que hemos utilizado en la primera vertiente (Arranz *et al.* 2003; Buckman 2010; Payás Puigarnau 2010; Santos y Bermejo 2015) extraemos las estrategias referidas a la empatía y las detallamos a continuación:

PARÁMETRO	ESTRATEGIA	FUNCIÓN
Empatía verbal	Frases validadoras y entonación (entiendo que te sientas así, comprendo que esta noticia te haga sentir así, etc.)	Validar emociones y que el interlocutor se sienta entendido y respetado.
	Reformulación	Consiste en captar lo que el paciente expresa, verbal y no verbalmente y presentárselo con claridad como si usase un espejo en el que se viera reflejado.
Empatía no verbal	Escucha activa	Conseguir un efecto sanador, tranquilizador y que propicie la reconstrucción del <i>self</i> .
	Mirada	Entendimiento mutuo.
	Sonrisa	Afecto y apoyo.
	Asentir con la cabeza	Que el paciente se sienta escuchado y creído.
	Suspiro	Que el paciente sienta que su experiencia tiene impacto en otro y que es relevante.
	Pausa	Tacto y respeto.
Silencio terapéutico	Comprensión y respeto.	

Cuadro 23. Parámetros referidos a la empatía verbal y no verbal

5.1.2.5 Vertiente 5: gestión de la conversación

Para que las estrategias anteriores puedan llevarse a cabo también es importante la gestión de la conversación y el análisis de los parámetros extralingüísticos entendidos como los problemas derivados de la gestión de la conversación, como pueden ser segmentos demasiado largos, solapamientos, interrupciones, intervención en voz propia, silencios, etc. y las estrategias para gestionarlos (Arumi Ribas 2018: 123). Los elementos a analizar han sido extraídos de distintas fuentes, ya que, como apuntábamos en el capítulo del contexto de análisis, la gestión de la conversación está relacionada con el rol de cada uno de los interlocutores y con el tipo de contexto en el que se desarrolle la situación comunicativa. En nuestro estudio analizamos la gestión sin intérprete y la comparamos con la situación similar en la que sí interviene el intérprete.

Los parámetros extralingüísticos y relativos al rol del intérprete están inspirados en el estudio de Arumi Ribas (2018) centrado en el análisis de la toma de decisiones de cinco intérpretes en los Servicios Públicos en el ámbito socioeducativo. Dentro de la gestión también aparecen unas estrategias que algunos autores han denominado como *'backchannel responses'* para referirse al uso de señales tanto visuales como verbales en respuesta a lo que el interlocutor comunica. Estas respuestas pueden tener como función el señalar que se está entendiendo o que no se está prestando atención o que se está de acuerdo o en desacuerdo (Norrick 2010; Beavin Bavelas y Gerwing 2011 o Tolins y Fox Tree 2014). Estas señales también han sido analizadas en el estudio de Vranjes, Brône y Feyaerts (2018) aplicadas a la interacción mediada por intérprete.

Para esta investigación, los autores analizaron nueve interacciones mediadas por intérprete entre estudiantes rusos y holandeses y tres psicoterapeutas fijándose en las miradas de cada interlocutor mientras los demás hablan (*'dual feedback'*) y clasificándolas en «continuers, newsmarkers, assessments, non verbal vocalizations and kinesic actions and multimodal accounts» (*ibid.*, 20). En la tabla siguiente se puede observar esta clasificación que hemos adaptado a nuestra investigación. De sus conclusiones extraemos que el *'dual feedback'* es beneficioso para la conversación porque ayuda a que la comunicación sea directa y favorece la relación triádica y la intervención del intérprete (*ibid.*, 28).

Por otro lado, los parámetros referentes a las partes intralingüísticas, interlingüísticas, paralingüísticas e interpersonales están extraídos del modelo propuesto por Martínez-Gómez Gómez (2011:239) para la evaluación de la calidad en interpretación en centros penitenciarios¹¹⁰ y que hemos adaptado a nuestro contexto.

Por tanto, esta vertiente está dividida en dos partes: la gestión de la conversación sin intérprete y la gestión cuando sí hay intérprete y su actuación. A continuación, se describen los parámetros a analizar que algunos, como hemos avanzado en el epígrafe 5.1.2.3, aparecen aquí también, pero con otra función que se especifica en la segunda columna:

GESTIÓN DE LA CONVERSACIÓN SIN INTÉRPRETE			
Estrategia enfermera-terapeuta	Función	Estrategia del paciente, familiar o doliente	Función
Mirada	Buscar el entendimiento mutuo.	Mirada	Buscar aprobación de la enfermera y que se le ha entendido.
Interrogativos (¿vale?)	Asegurar la interacción.	Decir alguna palabra en español	Facilitar la comprensión de la enfermera.
Interrogativos (¿no?)	Comprobación de la comprensión.	Gestos	Para afirmar que se han entendido o tratar de explicarse.
Gestos	Intentar explicarse.	Asentir con la cabeza	Demostrar comprensión.
Ritmo lento + vocalización	Hacerse entender.	Verbal (okay, vale)	Demostrar seguimiento.
Pausa	Dar tiempo al paciente para que absorba la información.	Asentir + verbal	Demostrar seguimiento y comprensión.
Respiración profunda Eh...	Darse tiempo para tratar de decir lo mismo de otra forma.		
Alargamiento vocálico	Darse tiempo para pensar la siguiente intervención.		
Asentir con la cabeza	Demostrar seguimiento.		
Asentir + verbal (ajá, vale)	Demostrar seguimiento y comprensión.		

Cuadro 24. Parámetros para la gestión de la conversación sin intérprete

¹¹⁰ El objetivo de la investigación de Aída Martínez-Gómez Gómez (2011) es analizar la viabilidad del uso de intérpretes naturales y sus capacidades. Para ello, la autora propone un modelo para evaluar la calidad de la interpretación bilateral de forma holística cuyo corte es observacional y está aplicado al contexto penitenciario. El modelo contiene distintos parámetros intralingüísticos, interlingüísticos, paralingüísticos e interpersonales que se materializan en cuestionarios para obtener las valoraciones de los interlocutores que necesitan de la interpretación y del análisis de corpus orales de expertos. El modelo que propone ha sido validado por distintos expertos: una pedagoga y doce evaluadores externos expertos (intérpretes y docentes) por lo que se ha considerado un modelo fiable para su aplicación y adaptación a la presente investigación.

En el siguiente cuadro, se puede ver la tabla que recopila los parámetros de análisis de la gestión de la conversación con intérprete y las estrategias de intervención:

GESTIÓN DE LA CONVERSACIÓN CON INTÉRPRETE Y SU INTERVENCIÓN		
PARÁMETRO	ESTRATEGIA	FUNCIÓN
Extralingüístico:	<i>Dual feedback</i> (cuando un interlocutor va mirando a los otros dos participantes).	Asegurar la interacción. Demostrar atención, interés y seguimiento.
Extralingüístico:	Continuadores: (mm) Receptores (sí, vale/ yeah, right) Marcadores (oh, ah) Valorativos (bien) Acciones kinésicas (movimientos de cabeza o asentir, risas) Multimodal (cabeza + verbal)	Asegurar la interacción. Distribución de los turnos.
	Interrogativos (okay?)	Para asegurarse del entendimiento del paciente.
	Movimientos de manos	Para dar paso a la siguiente intervención. Gestión de los turnos.
ROL	Presentación del intérprete antes de empezar	Para darse a conocer y establecer las normas de la interpretación
	Intervención con voz propia	Aclaraciones
	Conversaciones paralelas	Aclaraciones
	1ª/3ª persona	Mayor o menor cercanía
Interlingüística	Transmisión completa (omisiones significativas / adiciones / ambigüedades / malentendidos / información distorsionada)	Garantizar una correcta comunicación
	Transmisión completa del mensaje (precisión terminológica, naturalidad)	
	Reproducción de la fuerza ilocucionaria	
Intralingüística	Corrección lingüística (inteligibilidad, coherencia, cohesión)	
Paralingüística	Fluidez (ritmo adecuado, pausas largas, sonidos inarticulados, titubeos, falsos comienzos, repeticiones)	Mostrar comodidad o incomodidad
Interpersonal	Empatía	Respetar las emociones
	Confianza, saber estar	Mayor comodidad y menos estrés de los participantes
VALORACIÓN GLOBAL	Respeto por los principios de los modelos. Menos amenaza a las imágenes del terapeuta y paciente (cortesía)	Facilitar la comunicación terapéutica, aportar calidad y conseguir el éxito comunicativo.

Cuadro 25. Parámetros para la gestión de la conversación con intérprete

Las prestaciones de los intérpretes se han analizado según la tipología propuesta por Wadensjö (1992 [1998]) quien estudia las desviaciones de las interpretaciones o lo que ella llama '*renditions*' y elabora una clasificación según si las interpretaciones son aproximadas o cerradas ('*close renditions*') cuando el contenido y el estilo no difieren entre el original y la interpretación; o interpretaciones divergentes ('*divergent renditions*') cuando la interpretación difiere del original, pudiéndose clasificar estas divergencias en (Wadensjö 1998: 107-118):

- «*Zero renditions*» (interpretaciones nulas) que se refiere a los originales que quedan sin interpretar.
- «*Non-renditions*» (original del intérprete), es decir, cuando el intérprete actúa en voz propia.
- «*Two part/multi-part renditions*» (interpretación con dos o más partes) si el intérprete ofrece más de una interpretación para un mismo enunciado original.
- «*Summarized renditions*» (interpretaciones resumidas) cuando el intérprete resume el contenido del original en su interpretación.
- «*Substituted renditions*» (interpretaciones sustitutas) cuando la información del original en la versión interpretada se ofrece de distinto modo.
- «*Reduced renditions*» (interpretaciones reducidas) cuando la interpretación ofrece menos información que el original.
- «*Expanded renditions*» (interpretaciones ampliadas) cuando la interpretación ofrece más información que el original.

5.2 Fase 2: estudio cuantitativo

En la investigación cuantitativa, las encuestas suelen ser el método más recurrente para analizar las expectativas y satisfacción de los usuarios (Kurz 2001; Bischoff, Perneger, Bovier *et al.* 2003; Leanza 2005 o Goretti 2016b). Dentro de la parte cuantitativa de esta investigación, se han realizado diferentes estudios a través de cuestionarios y encuestas. Por ello, este apartado se divide en varios subapartados según los estudios realizados a cada grupo de informantes.

5.2.1 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

Según las hipótesis tercera y cuarta (relativas al impacto para el bienestar del intérprete), se entregaron a las dos intérpretes (inglés y francés) participantes en las grabaciones unos cuestionarios para medir su estado de ansiedad y emoción y su estado de bienestar general antes y después de sus intervenciones. Estos cuestionarios fueron proporcionados por los dos profesores del área de Ciencias de la Salud. Además, cuando se montó el material audiovisual final, se mantuvo una reunión en línea con las dos intérpretes para que visionasen su actuación y respondiesen a una encuesta sobre comunicación y situación.

También han participado en un grupo de discusión que describimos en el apartado 5.3.1 como parte del estudio cualitativo. Para su participación en estos estudios se puede consultar el consentimiento informado para la grabación en el anexo 1 y el consentimiento para la encuesta y el grupo de discusión en el anexo 2. A continuación describimos ambos estudios de índole cuantitativa.

5.2.1.1 Cuestionario a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

Los instrumentos cuantitativos para evaluar la ansiedad y emoción de las intérpretes, así como el estado emocional general han sido los cuestionarios PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*, vid. anexo 3) y STAI (ansiedad-rasgo y ansiedad-estado) (*State-Trait Anxiety Inventory*, vid. anexos 4 y 5). La elección de dichos cuestionarios estuvo sugerida por los tres expertos asesores, dos de ellos doctores en Ciencias de la Salud, que colaboraron en el proyecto de elaboración del material audiovisual y el tercero avalado por su extensa experiencia clínica. Existen algunos estudios recientes en interpretación que también están utilizando este tipo de cuestionarios, como el de Korpál (2017), en el caso del uso del test STAI para medir niveles de ansiedad en procedimientos experimentales, o el de Rojo López *et al.* (2021) para el análisis del estrés en estudiantes de interpretación.

El cuestionario STAI (Ansiedad-Rasgo) está compuesto por unas frases que se pueden emplear para describir a una persona, por lo que se pide que se puntúen según se siente la persona en general en una escala del 0 (casi nunca) al 3 (casi siempre). A través de este cuestionario se puede obtener una descripción de cómo se comporta la persona en su día a día y por ello solo se entregó justo antes de empezar las grabaciones. Además, los otros dos cuestionarios nos aportan información sobre el estado emocional y de malestar de la persona en un momento concreto. El cuestionario PANAS está compuesto por una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Las 20 opciones se corresponden con 10 emociones positivas y 10 negativas que se miden en una escala del 1 (nada) al 5 (mucho). Por otro lado, el cuestionario STAI (Ansiedad-Estado) está compuesto por 20 ítems que se evalúan en una escala de 0 (nada) a 3 (mucho). Estos dos cuestionarios se entregaron antes y después de cada situación comunicativa.

Dadas las características descritas y el orden de grabación de las situaciones, la distribución de los cuestionarios ha sido la siguiente:

Antes situación 1	Después situación 1	Antes situación 3	Después situación 3	Antes situación 2	Después situación 3
PANAS	PANAS	PANAS	PANAS	PANAS	PANAS
STAI A-E	STAI A-E	STAI A-E	STAI A-E	STAI A-E	STAI A-E
STAI A-R					

Cuadro 26. Distribución de los cuestionarios

5.2.1.2 Encuesta a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

La segunda fase del estudio a las intérpretes participantes consiste en obtener sus respuestas a una encuesta sobre aspectos comunicativos y situacionales (*vid.* anexo 6). La encuesta se respondió el 20 de marzo 2020 tras el visionado de los vídeos.

La estructura de la encuesta consta de unas primeras preguntas con datos introductorios sobre la formación y trayectoria laboral en interpretación. A continuación, el primer bloque sobre comunicación consta de 15 preguntas y el segundo bloque, relativo a las situaciones y a cómo las profesionales se han sentido durante la interpretación, consta de 10 preguntas. La primera pregunta del primer bloque consiste en valorar la calidad de sus propias interpretaciones y para ello se ha elaborado una matriz de evaluación inspirada en Martínez-Gómez Gómez (2011: 260) y adaptada según los parámetros de actuación del intérprete en la situación comunicativa observada en este estudio, matriz que se presenta en el siguiente cuadro:

Matriz de evaluación de la calidad	
Excelente	El mensaje se ha trasladado en su totalidad de manera comprensible y natural. No ha habido malentendidos, ni distorsiones, ni omisiones que alteren el contenido, ni enunciados confusos ni ambigüedades. La intérprete ha reproducido correctamente la intención y el efecto deseado por las partes y se ha mostrado empática y comprensiva ganándose la confianza y comodidad de las partes. El registro y el estilo han sido adecuados a las situaciones. Se ha mantenido la cortesía y se han respetado las estrategias de intervención propias de la situación comunicativa.
Adecuada	Se han cumplido los objetivos con alguna dificultad y ha habido información esencial que no se ha trasladado de manera puntual. Se han apreciado mínimas distorsiones en cuanto a omisiones, enunciados confusos o ambigüedades. Se perciben algunas pausas y titubeos. La intérprete se ha mostrado bastante empática y comprensiva ganándose aceptablemente la confianza y comodidad de las partes. El registro y estilo han sido en gran medida adecuados. Se ha mantenido la cortesía en la mayoría de las ocasiones y se han respetado las estrategias de intervención propias de la situación comunicativa.
Básica	Se han cumplido parte de los objetivos y ha habido información esencial que no se ha trasladado en algunas ocasiones. Se han apreciado ligeras dificultades de comprensión y no todas las intervenciones han sonado naturales. Se perciben bastantes pausas, titubeos, falsos comienzos y enunciados incompletos. La intérprete se ha mostrado poco empática y se han observado algunos momentos de incomodidad entre ella y las partes. El registro y el estilo han sido adecuados a las situaciones, aunque en alguna ocasión no se ha mantenido la cortesía o no se ha respetado alguna estrategia de intervención propia de la situación comunicativa.
Defectuosa	Se han cumplido pocos objetivos y ha habido información esencial que no se ha trasladado en la mayoría de las ocasiones. Se han apreciado bastantes dificultades de comprensión que han repercutido en la naturalidad en el traslado de la información. Se perciben muchas pausas largas, titubeos, falsos comienzos y enunciados incompletos. La intérprete se ha mostrado distante, muy nerviosa y muy poco empática y se han observado momentos de tensión e incomodidad. El registro y el estilo no han sido adecuados a las situaciones. La cortesía y las estrategias de intervención propias de la situación se han respetado en pocas ocasiones.

Cuadro 27. Matriz de evaluación de la calidad

Dentro de cada bloque las preguntas han quedado distribuidas de la siguiente forma:

BLOQUE 1		BLOQUE 2	
Temática	Preguntas	Temática	Preguntas
Calidad	1,2	Estrés	1-5
Lenguaje no verbal	3-5	Bienestar	6-8
Empatía	6-8	Necesidad de formación	9-10
Gestión de la conversación	9-11		
Trabajo en equipo	12-14		
Papel del intérprete	15		

Cuadro 28. Distribución por bloques de las preguntas a las intérpretes

Las encuestas fueron enviadas inmediatamente tras el visionado de los vídeos por parte de las intérpretes para que pudiesen contestar de la manera más fiel posible, sobre todo, a la parte sobre su actuación. Se les envió por correo electrónico y se devolvieron por la misma vía.

5.2.2 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud

Uno de los pilares fundamentales de este estudio son los informantes del área de ciencias de la salud involucrados en situaciones de crisis y duelo. Para ello, se diseñó una encuesta para los profesionales en activo (*vid.* anexo 7) y otra encuesta para los estudiantes (*vid.* anexo 8) con el fin de conocer la opinión de los futuros profesionales. Para facilitar la distribución de las encuestas se crearon en un formulario de google.

Las encuestas a los profesionales fueron distribuidas a través de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) y también se le dio difusión por redes sociales. Se ha dado cabida a profesionales de todas las especialidades que decidieron contestar, puesto que todos se pueden ver involucrados en situaciones de malas noticias o en las que tengan que derivar pacientes a cuidados paliativos y tratar cuestiones relativas al duelo o atender a dolientes. Se les hizo llegar el enlace a la encuesta por correo electrónico.

Las encuestas a estudiantes del grado de medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, farmacia y trabajo social se distribuyeron a través de delegaciones de estudiantes de distintas universidades. Se les hizo llegar el enlace a la encuesta por correo electrónico y también se difundió por redes sociales.

Ambas encuestas estaban encabezadas por un mensaje descriptivo de invitación a responder. El mensaje que contenía la encuesta a los profesionales sanitarios es el siguiente:

El objetivo de este estudio enmarcado en el proyecto de una tesis doctoral llevada a cabo en la Universidad de Alicante es explorar la interpretación en el área de final de vida y duelo. La información que nos proporcione será tratada de manera confidencial y anónima. No se le pedirán datos personales. Su participación consiste en responder a la siguiente encuesta. Puede plantear cualquier duda o comentario al respecto escribiendo a la investigadora a la dirección elena.perezestevan@ua.es
Le agradezco enormemente su participación.

El mensaje de la encuesta a estudiantes es el siguiente:

El objetivo de este estudio enmarcado en el proyecto de una tesis doctoral llevada a cabo en la Universidad de Alicante es explorar la interpretación en el área de final de vida y duelo. La información que nos proporcione será tratada de manera confidencial y anónima. Su participación consiste en responder a la siguiente encuesta como alumno de cualquier rama de ciencias de la salud. Puede plantear cualquier duda o comentario al respecto escribiendo a la investigadora a la dirección elena.perezestevan@ua.es
Le agradezco enormemente su participación.

La recogida de datos se realizó desde mediados de octubre hasta mediados de diciembre de 2020. Se obtuvieron 243 respuestas a la encuesta de estudiantes y 205 respuestas a la encuesta de profesionales. Tras la fase de recogida, se analizaron los datos recibidos con el fin de corregir aspectos de las entrevistas posteriores a profesionales.

El siguiente cuadro muestra el contenido de las encuestas dividido en bloques temáticos:

BLOQUES TEMÁTICOS	PREGUNTAS PROFESIONALES	PREGUNTAS ESTUDIANTES
Información básica	Área de formación, psicoterapia, tiempo en final de vida.	Área de formación, curso, final de vida, psicoterapia del duelo.
B1. Visión e importancia de la comunicación	1-7	1-7
B2. Conocimientos lingüísticos	8	8
B3. Trabajo con intérpretes	9,10	9
B4. Lenguaje no verbal	11,12	10,11
B5. Empatía	13-16	12-14
B6. Gestión de la conversación	17	
B7. Papel del intérprete	18-19	
B8. Expectativas sobre la calidad de la interpretación	20-22	15-17
B9. Formación	23-25	18,19
B10. Duelo	26-29	

Cuadro 29. Distribución por bloques de las preguntas a los profesionales y estudiantes

5.2.3 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de usuarios extranjeros residentes en España

Otro grupo de informantes importante para esta investigación es el grupo de extranjeros cuya lengua materna no es el español y son usuarios de los servicios sanitarios en España. Consideramos importante conocer su opinión como usuarios y posibles usuarios de servicios de ayuda en duelo.

La encuesta (*vid.* anexo 9) se diseñó en un formulario de google puesto que permite una distribución rápida y una recogida de resultados ordenada ya que se abre una hoja de cálculo con las respuestas. Se distribuyó a través de grupos en la red social *Facebook* desde mediados de octubre hasta mediados de diciembre de 2020. Debido a que el inglés es considerado en muchos ámbitos de la vida *lingua franca*, y por razones de crisis sanitaria y confinamiento por COVID19, hemos decidido no incluir población extranjera de otros idiomas, sino solo población de habla inglesa. La encuesta incluía un breve mensaje previo para explicar en qué consistía:

This form is intended to know the opinion of non-Spanish speaking patients of medical services in Spain. This study aims to improve medical communication and to evaluate if a professional interpreter can be a good tool to help people who have lost a loved one and need help out from the medical context for example in grief support groups. It will take you 5 minutes to answer and it will help me a lot with my research for the University of Alicante. Thank you in advance for sharing your opinion.

El número de respuestas obtenidas fue de 777 y su contenido se muestra a continuación:

BLOQUE TEMÁTICO	PREGUNTAS
Información básica	Edad Nacionalidad Tiempo viviendo en España
Uso de intérpretes (sí)	1
Uso de intérpretes (no)	2
Situación difícil en España	3
Pérdida mientras vive en España	4
Conoce ayuda en duelo	5
Asistiría a grupo en duelo o ayuda individual	6

Cuadro 30. Distribución por bloques de las preguntas a los usuarios extranjeros residentes en España

5.2.4 Estudio cuantitativo acerca del colectivo de dolientes españoles

Si la opinión de los usuarios extranjeros es importante, no lo es menos la opinión de las personas cuya lengua materna es el español que han perdido a un ser querido y han decidido buscar ayuda en el duelo de manera individual o en grupo en España. Para ello, se ha diseñado una encuesta (*vid.* anexo 10) de acuerdo con los beneficios enumerados por Payás Puigarnau (2007: 169-182).

La encuesta también se diseñó en un formulario de google y se difundió a través de asociaciones y grupos de ayuda en duelo por correo electrónico en las mismas fechas que las entrevistas anteriores. La encuesta estaba encabezada por una breve descripción e invitación a participar:

El objetivo de este estudio enmarcado en el proyecto de una tesis doctoral llevada a cabo en la Universidad de Alicante es explorar la interpretación en el área de final de vida y duelo. La información que nos proporcione será tratada de manera confidencial y anónima. No se le pedirán datos personales. Su participación consiste en responder a la siguiente encuesta como persona que ha asistido o asiste a un grupo de ayuda mutua en duelo. Puede plantear cualquier duda o comentario al respecto escribiendo a la investigadora a la dirección elena.perezestevan@ua.es
Le agradezco enormemente su participación.

El número de respuestas obtenidas fue de 202 y el contenido se resume a continuación:

BLOQUE TEMÁTICO	PREGUNTAS
Información básica	Edad, provincia de residencia, tipo de pérdida
Aliviar sufrimiento	1
Compartir sentimientos difíciles	2
Afrontar la pérdida	3
Adaptarse a los cambios	4
Espacio de apoyo emocional	5
Se ha dado permiso para expresar sus sentimientos	6
Valoración de la ayuda	7
Recomendaría esta ayuda	8

Cuadro 31. Distribución de bloques temáticos

5.2.5 Resumen de los participantes, las fases de distribución de encuestas y las respuestas obtenidas

Puesto que contamos con distintos grupos de informantes, consideramos importante terminar este apartado con un resumen de todos los participantes en el estudio cuantitativo, las fechas y las respuestas obtenidas:

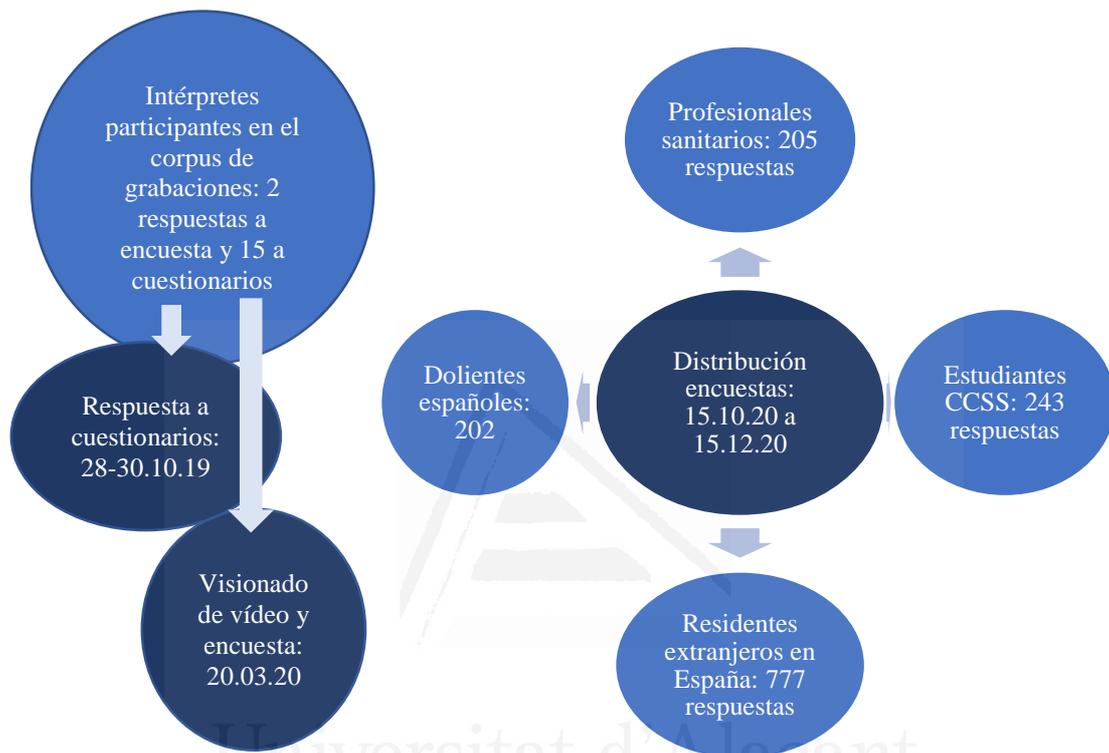


Figura 6. Resumen de participantes, fases de distribución de encuestas y respuestas obtenidas

Una vez detallada la metodología de la parte cuantitativa pasamos a describir la fase dedicada al estudio cualitativo.

5.3 Fase 3: estudio cualitativo

Gran cantidad de estudios en ISP han sido elaborados a partir de enfoques cualitativos para analizar cuestiones sobre el contexto social de la interpretación, la interacción o la gestión de la conversación a través de métodos observacionales, así como el uso de entrevistas y grupos de discusión para facilitar la posibilidad de diálogo y para conocer en profundidad experiencias, opiniones y valoraciones de los participantes. Por ejemplo, Angelelli (2004b) utilizó entrevistas semiestructuradas y encuestas, así como un estudio observacional sobre el rol del intérprete, mientras Splevins, Cohen, Joseph *et al.* (2010) entrevistaron a intérpretes para conocer sus experiencias en interpretación con víctimas de hechos traumáticos. Napier (2011) a través de grupos de discusión con intérpretes de lengua de signos, analizó sus experiencias. A su vez, Tiselius (2010; 2013) analizó la influencia de la experiencia a través de entrevistas y grupos de discusión. Los beneficios de incluir a intérpretes en los grupos de discusión también han sido resaltados por Bodzer y Lázaro Gutiérrez (2017: 343).

En esta investigación, la tercera fase del análisis comprende tres estudios de corte cualitativo para ahondar en las cuestiones más interesantes extraídas de los cuestionarios. Estos tres estudios son: un grupo de discusión con las dos intérpretes participantes en el corpus de grabaciones para poder comentar las decisiones de interpretación empleadas; un estudio con entrevistas a informantes involucrados en el contexto de final de vida y duelo y un estudio con entrevistas a usuarios extranjeros residentes en España. A continuación, ampliaremos la descripción de estos estudios.

5.3.1 Estudio cualitativo acerca del colectivo de intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

Sin lugar a dudas, el comportamiento estratégico del intérprete ha sido objeto de estudio de muchos trabajos en la última década por su importancia para la práctica profesional, así como la formación (Pöchhacker 2010 o Arumí Ribas 2018). Entendemos por comportamiento estratégico «la toma de decisiones estratégicas en el proceso interpretativo [...] el intérprete deberá escoger entre varias estrategias posibles cuando se le presenten los diversos problemas o dificultades que entraña la práctica profesional de la interpretación» (Arumí Ribas 2018: 119).

De nuevo, la dificultad para conseguir grabaciones de la práctica real de la interpretación en los servicios públicos dificulta el análisis y cuantificación de estrategias cuando el investigador no puede contactar con el intérprete tras el estudio. En la presente investigación sí ha sido posible contactar con las intérpretes participantes y tener un grupo de discusión para dialogar sobre las decisiones tomadas durante la interpretación.

Una vez analizadas las situaciones y clasificadas las prestaciones de las intérpretes según la clasificación mencionada anteriormente de (Wadensjö 1998: 107-118) y la división en defectuosas, básicas, adecuadas o excelentes según la matriz de evaluación de calidad inspirada en Martínez-Gómez Gómez (2011: 260), se ha procedido al grupo de discusión en un entorno virtual dadas las restricciones durante la crisis sanitaria COVID-19.

Para la preparación del grupo de discusión se elaboró un guion (*vid.* anexo 11). Este estudio supone la última fase del estudio con intérpretes.

5.3.2 Estudio cualitativo acerca del colectivo de profesionales involucrados en final de vida y duelo

En el apartado 4.1.1.3 hemos mencionado que los grupos de ayuda en duelo pueden estar dirigidos por profesionales sanitarios con formación en duelo, por profesionales con una formación no sanitaria, pero con formación en duelo y por dolientes sin formación en duelo, pero que cuentan con su propia experiencia. Por ello, en esta parte del estudio además de contar con la participación de profesionales sanitarios también hemos incluido a todos los involucrados en la ayuda en duelo: dolientes que dirigen grupos de ayuda y asociaciones. El motivo de su inclusión se debe a que consideramos que la información que nos pudiesen proporcionar era relevante para describir la realidad actual y su participación se ajustaba a los objetivos de la investigación y a la parte más novedosa: interpretación en situaciones de duelo.

Los informantes han sido contactados por correo electrónico con un mensaje de invitación:

Buenos días/Buenas tardes, estimado/a:

Soy Elena Pérez Estevan, investigadora predoctoral de la Universidad de Alicante en el departamento de traducción e interpretación. En estos momentos estoy haciendo mi tesis doctoral sobre comunicación en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo con pacientes españoles y extranjeros residentes en España. Este proyecto nace de mi parte profesional como intérprete médico y de mi parte personal como doliente.

Me gustaría invitarle a participar en este estudio para conocer su opinión sobre el posible uso de intérpretes profesionales en este contexto. Su participación consistiría en una entrevista virtual conmigo de unos 20 minutos que se grabaría para poder transcribir el audio a posteriori. Agradecería que me confirmase su participación y me dijese su disponibilidad.

Reciba un cordial saludo.

En el correo electrónico se incluía la carta de invitación y el consentimiento informado (*vid.* anexo 12 para profesionales y 13 para asociaciones).

Si la respuesta era afirmativa, se concretaba el día y la hora y se les creaba un enlace de invitación a la plataforma *meet* para mantener la entrevista una vez recibido el consentimiento informado firmado. Se enviaron 80 invitaciones en total de las cuales 7 no fueron respondidas y 2 fueron respondidas con un agradecimiento por la invitación, pero declinando por la gran carga de trabajo debido a la crisis sanitaria. Las 71 restantes fueron aceptadas. Las primeras invitaciones se enviaron las dos últimas semanas de enero de 2021 y las siguientes durante las entrevistas, puesto que algunos informantes nos facilitaron el contacto de otros compañeros.

Las entrevistas se llevaron a cabo desde el 11 de febrero hasta el 19 de abril de 2021. Se puede consultar el guion elaborado para los profesionales sanitarios (*vid.* anexo 14) y el guion para los informantes involucrados en contextos de duelo (*vid.* anexo 15) que se basan en los bloques de necesidad, recurrir a intérpretes, requisitos o expectativas, estrés y bienestar y formación. Las transcripciones de las entrevistas se realizaron manualmente con la ayuda de la aplicación de reconocimiento de voz *ListenAll* desarrollada por el personal de accesibilidad digital de la Universidad de Alicante. No obstante, el programa nos ofrecía una especie de borrador de la transcripción que, después, manualmente era ajustado y revisado por la investigadora.

Todas las entrevistas fueron en español, excepto dos, que fueron en catalán por preferencia de las informantes. Otras dos entrevistas se perfilaron como grupos de discusión dado que los entrevistados pertenecen a las mismas asociaciones y hacen un trabajo conjunto.

Los informantes han sido distribuidos en nueve grupos según el colectivo al que pertenecen, ya que consideramos que era el método que más información nos podía aportar, permitiéndonos elaborar un espectro más ajustado a la realidad actual. A continuación, se pueden consultar los grupos y los códigos de informantes (todos empiezan por una I de informante junto al número de identificación en orden de pertenencia a cada colectivo):

GRUPOS	PARTICIPANTES
Grupo 1. Profesionales sanitarios de paliativos a domicilio.	15 (I1-I15)
Grupo 2. Profesionales sanitarios de paliativos en hospital.	8 (I16-123)
Grupo 3. Profesionales sanitarios de distintas especialidades en hospital.	12 (I24-I35)
Grupo 4. Profesionales sanitarios en fundación o asociación.	4 (I36-I39)
Grupo 5. Profesionales sanitarios en consulta privada.	6 (I40-I45)
Grupo 6. Profesionales sanitarios que trabajan exclusivamente en asociación de acompañamiento y/o duelo.	4 (I46-I49)
Grupo 7. Profesionales sanitarios que trabajan en hospital y/o domicilio combinado con una asociación de acompañamiento y/o duelo.	13 (I50-I62)
Grupo 8. Otros profesionales (no sanitarios) con formación en duelo que trabajan en asociación de acompañamiento y/o duelo.	4 (I63-I66)
Grupo 9. Otros profesionales (no sanitarios) sin formación en duelo pero dolientes y trabajan en asociación o grupo de ayuda mutua en duelo ¹¹¹ .	5 (I67-I71)

Cuadro 32. Grupos de participantes

En los siguientes cuadros se pueden ver las tablas que contienen, por cada colectivo, el código de informante asignado, el perfil del informante, la fecha de la entrevista y la duración de la misma:

Grupo 1: profesionales sanitarios de paliativos a domicilio			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I1	Médica	11.02.21	00:13:28
I2	Médico	18.02.21	00:29:44
I3	Médica	23.02.21	00:20:47
I4	Médico	24.02.21	00:34:51
I5	Médica	04.03.21	00:19:02
I6	Médico	22.03.21	00:18:18
I7	Enfermera	24.02.21	00:28:34
I8	Enfermero	25.02.21	00:25:39
I9	Enfermero	10.03.31	00:15:06
I10	Enfermera	12.03.21	00:18:07
I11	Enfermera	14.03.21	00:20:50
I12	Psicóloga	09.03.21	00:27:19
I13	Psicóloga	16.02.21	00:27:32
I14	Trabajadora social	18.03.21	00:13:25
I15	Musicoterapeuta	16.03.21	00:27:51

Cuadro 33. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 1

¹¹¹ Aunque aquí hemos descrito con detalle las características de este grupo, también utilizaremos una forma más abreviada en el capítulo del análisis para referirnos al mismo como es ‘dolientes facilitadores de grupos de ayuda mutua’.

Grupo 2: profesionales sanitarios de paliativos en hospital			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I16	Musicoterapeuta	26.03.21	00:25:50
I17	Musicoterapeuta	01.04.21	00:23:38
I18	Médico	18.02.21	00:56:48
I19	Médica	11.03.21	00:18:36
I20	Médico	16.03.21	00:36:20
I21	Enfermera	12.02.21	00:29:51
I22	Psicóloga	16.03.21	00:20:06
I23	Trabajadora social	15.03.21	00:19:43

Cuadro 34. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 2

Grupo 3: profesionales sanitarios de distintas especialidades en hospital			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I24	Enfermera generalista	19.02.21	00:10:59
I25	Enfermera generalista	25.02.21	00:16:13
I26	Enfermera gestora de casos de oncología	23.02.21	00:10:25
I27	Enfermero en traumatología y en el equipo de trasplantes	24.03.21	00:22:48
I28	Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos	15.03.21	00:19:25
I29	Médico Unidad de Cuidados Intensivos	24.03.21	00:15:50
I30	Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos y miembro del proyecto HU-CI	05.03.21	00:31:22
I31	Médica Atención Primaria (centro de salud)	13.03.21	00:16:10
I32	Médica Atención Primaria (centro de salud).	23.02.21	00:13:29
I33	Médica oncología	26.02.21	00:17:30
I34	Médica oncología	04.03.21	00:16:27
I35	Psicóloga sanitaria	09.03.21	00:23:30

Cuadro 35. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 3

Grupo 4: profesionales sanitarios en fundación o asociación			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I36	Psicólogo y terapeuta especializado en duelo	15.02.21	00:23:08
I37	Psicóloga	15.02.21	00:19:15
I38	Psicóloga	22.03.21	00:14:53
I39	Médico oncología	03.03.21	00:31:18

Cuadro 36. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 4

Grupo 5: profesionales sanitarios en consulta privada			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I40	Psicooncóloga y terapeuta especializada en duelo en fundación y consulta privada	04.03.21	00:19:32
I41	Psicóloga y terapeuta especializada en duelo	18.02.21	00:19:45
I42	Terapeuta especializado en duelo	15.02.21	00:11:27
I43	Psicóloga y terapeuta especializada en duelo	14.04.21	00:17:19
I44	Trabajadora social y terapeuta especializada en duelo	25.02.21	00:24:07
I45	Trabajadora social y terapeuta especializada en duelo	14.03.21	00:25:34

Cuadro 37. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 5

Grupo 6: profesionales sanitarios que trabajan exclusivamente en asociación de acompañamiento y/o duelo			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I46	Teólogo, terapeuta especialista en duelo y director del centro de humanización de la Salud	08.02.21	00:35:10
I47	Enfermera especializada en duelo. Asociación Bidegin	02.03.21	00:52:35
I48	Psicóloga y terapeuta especializada en duelo. Asociación <i>Servei de Suport al Dol de Ponent</i>	15.02.21	00:40:12
I49	Psicóloga especializada en salud mental. Fundación Vivir un Buen Morir	18.02.21	00:47:12

Cuadro 38. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 6

Grupo 7: profesionales sanitarios que trabajan en hospital y/o domicilio combinado con una asociación de acompañamiento y/o duelo			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I50	Oncólogo en hospital y presidente de la asociación Viktor Frankl	13.02.21	00:40:34
I51	Enfermera unidad de cuidados paliativos pediátricos a domicilio y asociación Duelando	16.02.21	00:29:10
I52	Enfermero UHD, terapeuta especializado en duelo y dirige grupos de duelo en asociación	26.02.21	00:15:29
I53	Enfermera en hospital y asociación de duelo La Descreída	05.03.21	00:17:40
I54	Enfermera en hospital y Asociación CARENA	31.03.21	00:20:29
I55	Enfermera en la unidad de diálisis, miembro del equipo fundador de la ONT, miembro del proyecto HU-CI, terapeuta especializada en duelo y dirige intervenciones individuales en duelo en el Centro de Humanización de la Salud	12.03.21	00:37:10
I56	Psicólogo en puntos de encuentro familiares, terapeuta especializado en duelo y trabaja en el Instituto de Duelo de Alicante	12.02.21	00:26:57
I57	Psicóloga en el servicio de emergencias de Cataluña y terapeuta especializada en duelo en <i>Dol Barberà</i>	23.02.21	00:22:20
I58	Psicóloga y asociación Vinyana	15.02.21	00:11:31
I59	Psicóloga clínica en cuidados paliativos y asociación AVES	22.02.21	00:29:39
I60	Psicóloga especializada en cuidados paliativos en UHD y asociación CARENA	19.04.21	00:21:58
I61	Trabajador social en hospital y asociación ASPANION	15.04.21	00:19:50
I62	GRUPO DE DISCUSIÓN: I62M: Médica de atención primaria. I62P: Psicólogo en hospital. I62T: Trabajadora social en ayuntamiento. Todos forman parte de la asociación Navío.	10.02.21	00:52:68

Cuadro 39. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 7

Grupo 8: otros profesionales (no sanitarios) con formación en duelo que trabajan en asociación de acompañamiento y/o duelo			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I63	Electricista, terapeuta en hospital y asociación Acompañar	10.02.21	00:29:05
I64	Bibliotecaria, terapeuta especialista en duelo y asociación Caminar	11.02.21	00:30:35
I65	Gestora pública, formación en duelo y Fundación <i>Metta Hospice</i>	09.03.21	00:21:41
I66	Psicopedagogo, formación en duelo y Asociación DSAS (<i>Després del suïcidi – Associació de supervivents</i>)	16.02.21	00:27:27

Cuadro 40. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 8

Grupo 9: otros profesionales (no sanitarios) sin formación en duelo pero dolientes y trabajan en asociación o grupo de ayuda mutua en duelo			
Código de Informante	Perfil	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
I67	Periodista y doliente. Proyecto Luto en colores	11.02.21	00:36:02
I68	Esteticista, doliente y grupo de ayuda mutua	01.04.21	00:10:14
I69	Doliente y grupo de ayuda mutua en Asociación <i>Grup de Dol Sabadell</i>	16.04.21	00:31:24
I70	Traductora y doliente	17.02.21	00:15:33
I71	GRUPO DE DISCUSIÓN: I71M: Doliente, formación en duelo y asociación Amanecer (Murcia). I71C: Doliente y asociación Amanecer (Murcia).	16.02.21	00:21:44

Cuadro 41. Código de informante, perfil, fecha y duración del grupo 9

Dada la gran extensión de las transcripciones de los profesionales (366 páginas) y de los residentes extranjeros (56 páginas), que mencionaremos en el siguiente apartado, se consideró necesario el contar con un programa para gestionarlas y poder compilarlas, anotarlas y analizarlas. Tras varias opiniones, nos decidimos por MAXQDA¹¹² por su facilidad de manejo y las múltiples opciones de gestión de proyectos de investigación, ya que permite la importación de datos de entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios, así como archivos de audio o vídeo. Para una muestra del uso que se le ha dado se incluyen tres capturas:

¹¹² Enlace al programa: <https://es.maxqda.com/>

INTERPRETACIÓN EN FINAL DE VIDA Y DUELO

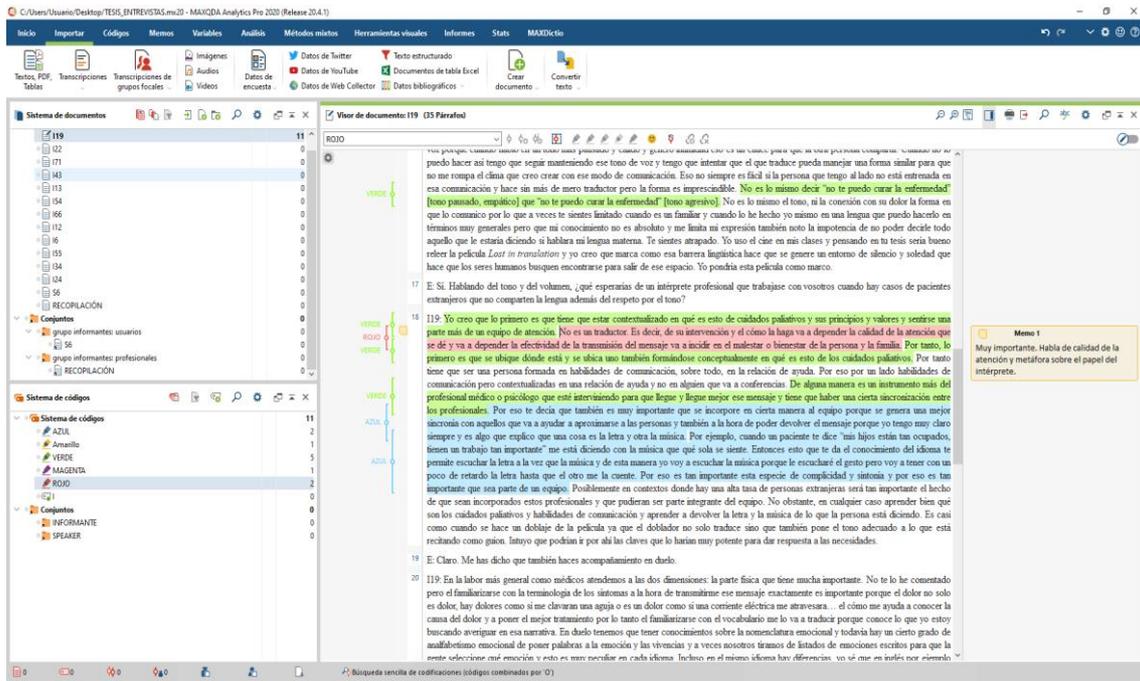


Imagen 6. Captura general del programa de gestión de entrevistas

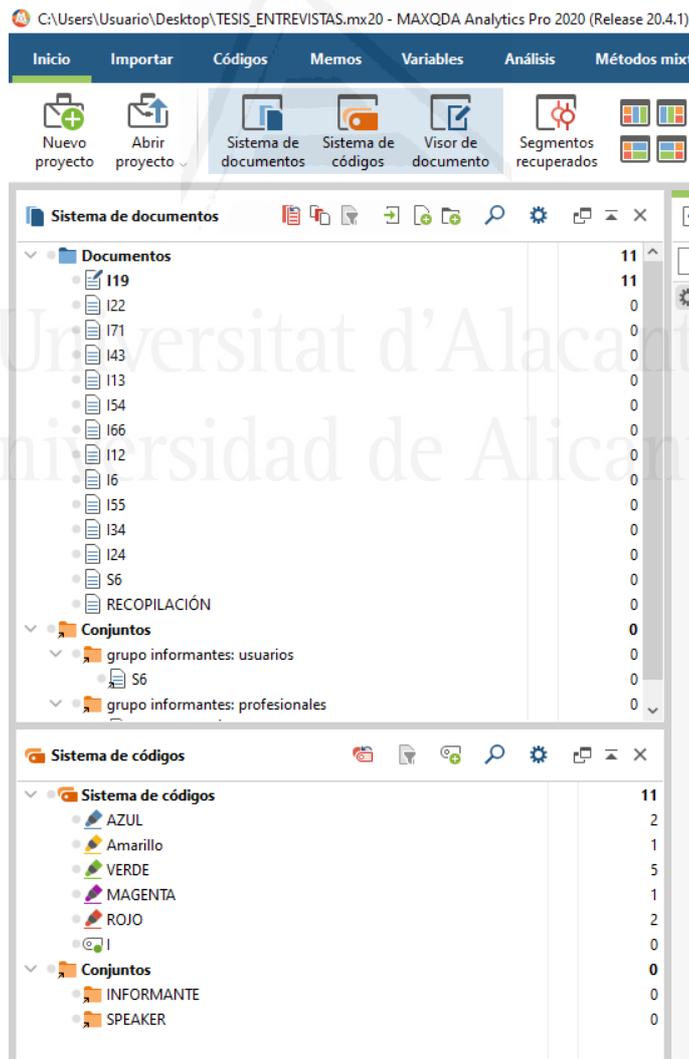


Imagen 7. Captura lateral del programa de gestión de entrevistas

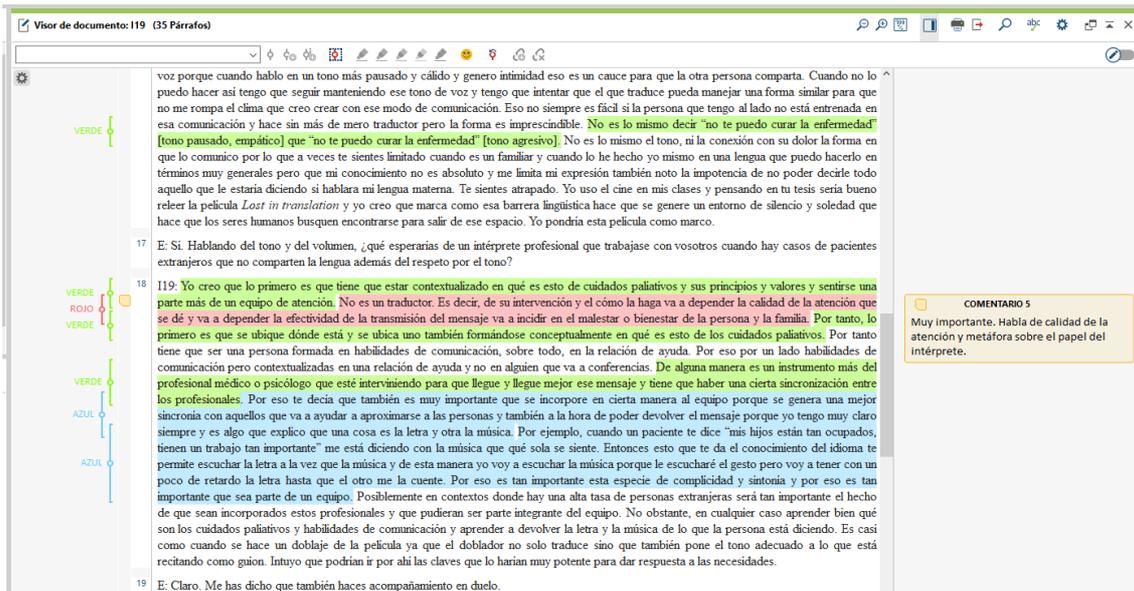


Imagen 8. Captura de ejemplo de gestión de una entrevista

5.3.3 Estudio cualitativo acerca del colectivo de usuarios extranjeros residentes en España

A pesar de obtener 777 respuestas en la encuesta a los usuarios extranjeros residentes en España, consideramos conveniente mantener entrevistas con este colectivo para ahondar en ciertos aspectos.

Para estas entrevistas (*vid.* anexo 16 para el guion) se ha seguido el mismo procedimiento que para el grupo de informantes del apartado anterior: contacto a través de redes sociales o correo electrónico con carta de invitación y consentimiento informado (*vid.* anexo 17), grabación de la entrevista y transcripción. En este grupo, dado que el número de entrevistas es más reducido (35 entrevistas), así como la duración más corta que las anteriores, las transcripciones se han hecho completamente de manera manual, puesto que el programa de reconocimiento de voz no nos ofrecía unos resultados lo suficientemente óptimos en inglés. Los 35 participantes (cuyo código de identificación se ha asignado con S de *speaker* y el número según orden de participación) son de nacionalidad británica y residentes en España con una duración entre 7 meses y 18 años. Sus edades están comprendidas entre los 48 y los 83 años. Las entrevistas se han mantenido por las aplicaciones *meet*, *zoom* y *whatsapp* según las habilidades y preferencias de cada informante.

En la siguiente tabla se recogen los códigos de informantes, el perfil demográfico (edad y tiempo residiendo en España), la fecha de la entrevista y la duración de la misma:

Código de Informante	Perfil (edad)	Perfil (tiempo residiendo en España)	Fecha de entrevista	Duración de entrevista
S1	66	3 años	08.02.21	00:03:49
S2	70	3 años	08.02.21	00:05:34
S3	56	21 años	08.02.21	00:03:29
S4	77	14 años	09.02.21	00:03:49
S5	50	14 años	09.02.21	00:09:12
S6	62	5 años	09.02.21	00:04:11
S7	64	2 años	09.02.21	00:04:15
S8	74	18 años	09.02.21	00:04:45
S9	70	16 años	10.02.21	00:12:40
S10	76	15 años	10.02.21	00:06:14
S11	70	7 años	10.02.21	00:03:27
S12	54	5 años	10.02.21	00:02:47
S13	48	18 meses	10.02.21	00:08:15
S14	57	15 años	11.02.21	00:03:02
S15	74	12 años	12.02.21	00:05:32
S16	74	13 años	12.02.21	00:03:19
S17	67	3 años	12.02.21	00:05:40
S18	73	12 años	12.02.21	00:06:37
S19	66	6 años y medio	12.02.21	00:05:06
S20	75	15 años	13.02.21	00:07:01
S21	63	17 años	15.02.21	00:02:50
S22	69	7 años	15.02.21	00:05:20
S23	70	3 años	15.02.21	00:02:19
S24	69	14 años	15.02.21	00:05:30
S25	80	15 años	15.02.21	00:09:43
S26	73	13 años	15.02.21	00:03:35
S27	63	7 meses	18.02.21	00:02:45
S28	58	7 meses	18.02.21	00:03:35
S29	61	5 años	19.02.21	00:01:45
S30	62	13 años	20.02.21	00:06:59
S31	74	14 años	22.02.21	00:01:52
S32	65	14 años	23.02.21	00:04:20
S33	83	16 años	23.02.21	00:02:29
S34	71	15 años	23.02.21	00:02:54
S35	72	14 años	23.02.21	00:03:22

Cuadro 42. Código de informante de usuario extranjero, perfil, fecha y duración

5.4 Resumen temporal de los estudios

Para cerrar este capítulo, y dar paso al análisis de las distintas fases investigadoras, recopilamos la temporalidad de la investigación marcada por la disponibilidad de las grabaciones y los informantes habida cuenta de la crisis sanitaria.

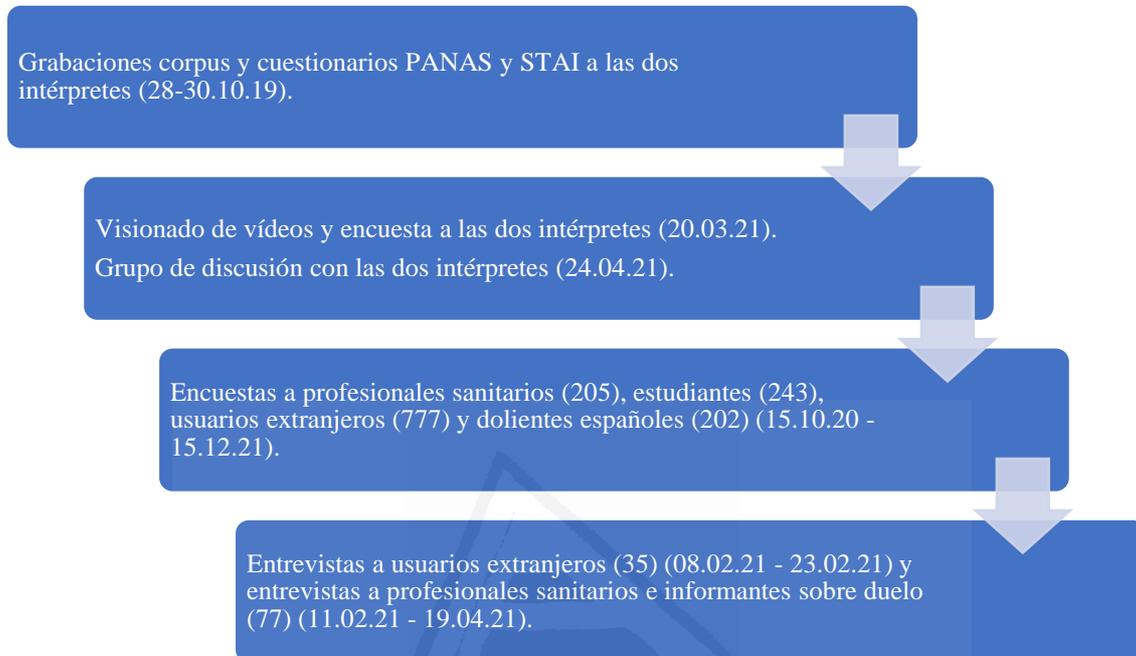


Figura 7. Temporalidad de la investigación



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Después de fuerte sacudida tenemos la oportunidad de renacer.

Y en ese tránsito podemos desgranarnos
y valorar qué nos sirve y qué no.

Desechar lo caduco y dejar brotar lo nuevo.

Y así, poco a poco, reconstruir nuestro presente
con todo el aprendizaje que nos deja el pasado.

Sé que no es nada fácil.

Y también sé que es posible.

(Noelia Sánchez, Cor a Cor)¹¹³

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La organización de este capítulo referente a la presentación del análisis del corpus de datos y las respuestas recibidas a las diferentes etapas de la investigación se estructura en 5 partes para facilitar el seguimiento de las respuestas recibidas según el grupo de informantes. En primer lugar, se presenta el estudio comparativo del corpus de grabaciones mediante el análisis «Modelo de cinco vertientes para el análisis comparativo, sociopsicológico y pragmalingüístico de situaciones de malas noticias, últimos días y duelo con y sin intérprete». La segunda parte recopila las respuestas al cuestionario a intérpretes participantes en las situaciones comunicativas relativo al estado emocional. Tras este apartado, se incluye la encuesta y el grupo de discusión con los intérpretes participantes. La tercera parte corresponde a los profesionales sanitarios y los estudiantes de ciencias de la salud y se divide en la presentación de las encuestas a estos dos grupos ya que las preguntas son similares y las entrevistas a los profesionales involucrados en situaciones de malas noticias, final de vida y duelo para ahondar en distintos puntos. La cuarta parte enlaza con la anterior ya que consta de las respuestas de dolientes que han recibido ayuda individual o grupal en duelo para observar su experiencia y combinarla con las respuestas ofrecidas por los profesionales. La última parte se centra en los usuarios extranjeros residentes en España con el objetivo de explorar su experiencia y conocer su opinión sobre los servicios de interpretación. Para ello se presentan dos estudios: las respuestas obtenidas al cuestionario y el resumen de las entrevistas mantenidas.

¹¹³ Palabras extraídas de las redes sociales de la autora cuyo permiso para su inclusión aquí ha sido concedido.

A pesar de que en la figura 4 del capítulo de metodología se han descrito las tres fases de esta investigación (comparativa, cuantitativa y cualitativa), para la presentación del análisis y los resultados creemos conveniente seguir una estructura basada en la tipología de informantes, ya que el análisis cualitativo nos permite profundizar en respuestas obtenidas en la parte cuantitativa. Por tanto, por coherencia, se ha optado por presentar el análisis por informantes según recopilamos en el siguiente cuadro:

PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS Y LOS RESULTADOS	
PARTE 1: ESTUDIO COMPARATIVO	Análisis del corpus de grabaciones con el modelo de las cinco vertientes.
	Cuestionario ansiedad-emoción a intérpretes participantes en las situaciones comunicativas.
	Encuesta a intérpretes participantes en las situaciones comunicativas.
PARTE 2: INTÉRPRETES	Grupo de discusión con intérpretes participantes en las situaciones comunicativas.
PARTE 3: PROFESIONALES DE FINAL DE VIDA Y DUELO Y ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD	Encuesta a profesionales involucrados en situaciones de final de vida y duelo.
	Encuesta a estudiantes de ciencias de la salud.
	Entrevistas a profesionales sanitarios involucrados en situaciones de final de vida y duelo.
PARTE 4: DOLIENTES ESPAÑOLES	Encuestas a dolientes españoles que han acudido a servicios de ayuda en duelo.
PARTE 5: USUARIOS EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA	Encuesta a usuarios extranjeros residentes en España.
	Entrevistas a usuarios extranjeros residentes en España.

Cuadro 43. Resumen de la presentación del análisis y los resultados

6.1 Parte 1: análisis de las situaciones comunicativas

6.1.1 Descripción de la aplicación del modelo propio de análisis

Antes de presentar el análisis de las situaciones, conviene comentar las herramientas empleadas para el análisis. La siguiente figura describe los colores que se han utilizado para cada vertiente del «Modelo de cinco vertientes para el análisis comparativo, sociopsicológico y pragmalingüístico de situaciones de malas noticias, últimos días y duelo con y sin intérprete»:

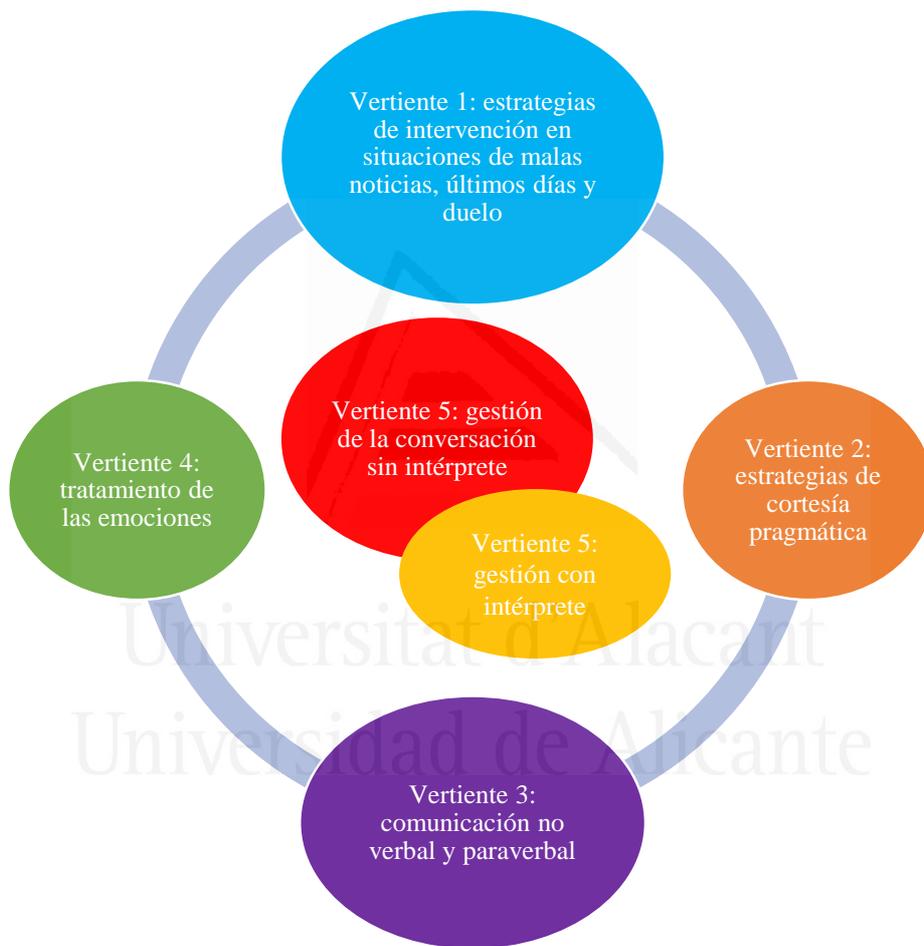


Figura 8. Descripción del modelo propio de análisis por vertientes

Para la leyenda de transcripciones de cada uno de los elementos que intervienen en los intercambios comunicativos analizados se han consultado las fuentes Bravo y Placencia (2009: 232), Vranjes, Brône y Feyaerts (2018: 30) y Vranjes y Bot (2021: 113-114). En el siguiente cuadro se muestran los símbolos utilizados en este estudio:

Leyenda de transcripciones	
Símbolo	Significado
(.)	Micropausa (cada punto indica 0.2 segundos)
:	Prolongación de un sonido
...	Alargamiento vocálico
(())	Intervención de un interlocutor durante la intervención de otro
[]	Comentario aclarativo en la transcripción sobre elementos del vídeo
<u>Solapamiento</u>	Solapamiento en las intervenciones
//	Sonidos inarticulados (ehh, mm)
.hh	Respiración oíble
	Miradas en situaciones sin intérprete
	Miradas para gestión de turnos en situaciones sin intérprete
	Miradas hacia un interlocutor en situación con intérprete
	<i>Dual feedback</i> : cuando un interlocutor va mirando a los otros dos participantes

Cuadro 44. Leyenda de transcripciones

Para la evaluación de las prestaciones de las intérpretes se utilizan las dos clasificaciones explicadas en la metodología y resumidas a continuación:

Wadensjö (1998: 107-118)	Martínez-Gómez Gómez (2011: 260)
Close rendition	Defectuosa
Zero rendition	Básica
Non rendition	Adecuada
Two part/multi-part rendition	Excelente
Summarized rendition	
Substituted rendition	
Reduced rendition	
Expanded rendition	

Cuadro 45. Resumen de la clasificación de prestaciones

La presentación del análisis se estructura de la siguiente forma: el título de la situación, seguido de una ilustración para observar el nivel macroespacial, así como las posiciones de los interlocutores; a continuación, se incluye por bloques informativos numerados el primer análisis (intercambio no mediado) y el segundo (intercambio mediado por intérprete), ambos en formato tabla y comentados en el texto que les sigue y, finalmente, se presentan en formato texto el análisis tercero (análisis de la enfermera en el intercambio no mediado y en el mediado) y el cuarto (paciente, familiar o doliente en el intercambio mediado y no mediado).

El siguiente cuadro resume la estructura del análisis de las situaciones y los interlocutores:

ESTRUCTURA DEL ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES COMUNICATIVAS
Intercambio no mediado situación 1 inglés
E (enfermera Irene), P (paciente Sean)
Intercambio mediado situación 1 inglés
E (enfermera Irene), P (paciente Sean), I (intérprete Sara)
Intercambio no mediado situación 2 inglés
E (enfermera Irene), F (familiar Brian)
Intercambio mediado situación 2 inglés
E (enfermera Irene), F (familiar Brian), I (intérprete Sara)
Intercambio no mediado situación 3 inglés
E (enfermera Irene), D (doliente Hugh)
Intercambio mediado situación 3 inglés
E (enfermera Irene), D (doliente Hugh), I (intérprete Sara)
Intercambio no mediado situación 1 francés
E (enfermera Irene), P (paciente Adrien)
Intercambio mediado situación 1 francés
E (enfermera Irene), P (paciente Adrien), I (intérprete Irene)
Intercambio no mediado situación 2 francés
E (enfermera Irene), F (familiar Arnaud)
Intercambio mediado situación 2 francés
E (enfermera Irene), F (familiar Arnaud), I (intérprete Irene)
Intercambio no mediado situación 3 francés
E (enfermera Irene), D (doliente Jérôme)
Intercambio mediado situación 3 francés
E (enfermera Irene), D (doliente Jérôme), I (intérprete Irene)

Cuadro 46. Estructura del análisis de las situaciones comunicativas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.1.2 Presentación del análisis y resultados

A continuación, se presenta el análisis de cada situación. Primero se incluye el análisis de las situaciones 1, 2 y 3 en inglés y, después, de la 1, 2 y 3 en francés.

6.1.2.1 Situación 1 inglés: malas noticias

En la primera situación en inglés referida a la comunicación de malas noticias sin intérprete, los interlocutores son el paciente Sean quien conoce su diagnóstico de cáncer de pulmón, pero no tiene una idea clara del pronóstico e Irene, la enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos a Domicilio. En esta primera visita, se observa la falta de información y comprensión del pronóstico. La enfermera no habla inglés, pero conoce algunas palabras que utilizará cuando la comprensión es nula. En la situación con intérprete, la comunicación es bastante más fluida y la transmisión de la información es más completa.

A continuación, se incluyen dos imágenes para describir la posición de los interlocutores y sus posturas:



Imagen 9. Descripción de la situación 1 en inglés no mediada

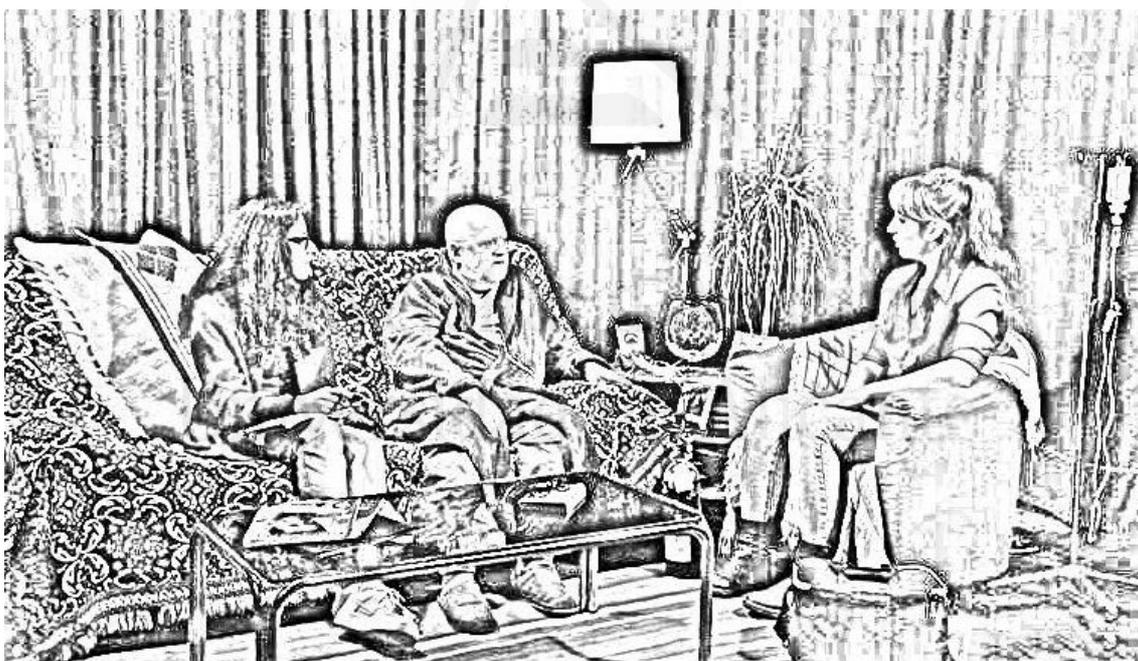


Imagen 10. Descripción de la situación 1 en inglés mediada por intérprete

Como se ha explicado, las siguientes tablas y textos describen los cuatro análisis siguiendo el modelo de las cinco vertientes. En los textos se extraen los ejemplos de las tablas y se presentan entre corchetes para facilitar el seguimiento del análisis. Además, cuando los ejemplos están en inglés o francés se han traducido entre paréntesis.

	ENFERMERA	PACIENTE
1	<p>Enfermera (E): Buenos días, /Sim/ [uso del nombre de pila]. [Ritmo lento] [sonrisa empática] [mirada como modo de gestión de la comunicación]</p> 	<p>Paciente (P): /a,ah/ Buenos dí-días. [titubeo que denota nerviosismo] [asiente con la cabeza como muestra de respeto, atención] [la enfermera responde con movimientos de cabeza]</p>
	<p>E: Soy::: Irene [P: ajá, asiente con la cabeza] la enfermera del equipo de cuidados paliativos. [respiración profunda] (.) [dar tiempo al paciente para que retenga información] Si no me entiendes bien, dímelo. ¿Vale? [trata de asegurar la comunicación] [gesticula con las manos y [Ritmo lento] [intenta vocalizar para hacerse entender]</p> 	<p>P: Okay, vale. [asiente con la cabeza]</p>

Tabla 1. Intercambio no mediado 1 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
1	<p>(1:07') Enfermera (E): Buenos días, /Sin/. [mira al paciente con una sonrisa] Soy Irene la enfermera del equipo de cuidados paliativos. [paciente mira a la intérprete para esperar su intervención]</p>	<p>Intérprete (I): [mira al paciente, mira a la enfermera y se dirige a la enfermera]</p>  <p>Hola, buenos días. Yo soy Sara la intérprete [se señala a ella misma] (E: Hola, Sara) y voy a estar aquí ayudando con el idioma ¿vale? cualquier duda que tenga me puede preguntar (E: Perfecto, gracias). Gracias.</p>	<p>Paciente (P): [el paciente nota que han mantenido una conversación paralela y pregunta] [.hh] what, what did she say? [señalando a la enfermera]</p>	<p>I: yeah, I've just introduced myself. All right?</p>  [mira al paciente] [P: asiente con la cabeza]	<p>Con enfermera: <i>zero rendition</i> básica (en este momento queda sin interpretar porque la intérprete se presenta pero no traslada el contenido).</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>substituted rendition</i> adecuada (la intérprete utiliza la coletilla para buscar la aceptación del paciente tras la respuesta a su pregunta).</p>
			<p>P: and what, what did she say? [señala a la enfermera] P: Ah, okay.</p>	<p>I: She introduced herself as well.</p>	<p>Mantiene una conversación paralela con el paciente.</p>
	<p>E: Irene. [para la enfermera es importante que sepa quién es]</p>	<p>I: Irene, she is the nurse.</p>	<p>P: Irene. (utiliza el nombre de pila).</p>		<p><i>Expanded rendition</i> excelente</p>

Tabla 2. Intercambio mediado 1 situación 1 inglés

En este primer intercambio, se observa que la fluidez en la situación sin intérprete es menor que en la situación mediada y hay más pausas; hecho que provoca la necesidad de tratar de solventar la incomprensión con enunciados interrogativos [E: si no me entiendes bien, dímelo. ¿Vale?]. Además, el ritmo es más lento para tratar de que el paciente comprenda de dónde viene la enfermera y para cuidar el nivel macro-espacial que responde a una estrategia de intervención de la primera vertiente. En el segundo intercambio, la intérprete se presenta porque está contratada por el paciente y es la primera vez que trabaja con esta enfermera. Tras su presentación, la enfermera se lo agradece de forma verbal [E: perfecto, gracias] y tras una pausa pequeña, el paciente cree que han mantenido una conversación paralela y pregunta por lo que la enfermera está diciendo [P: *What did she say?* (¿qué ha dicho?)]. La intérprete trata de asegurar la comunicación mediante la mirada como por ejemplo antes de presentarse cuando ha mirado a ambos interlocutores y también tras la presentación cuando comunica al paciente que se ha presentado y busca su aceptación con un enunciado interrogativo [I: *I've just introduced myself, all right?* (me acabo de presentar, ¿de acuerdo?)]. Al final del segundo intercambio comunicativo se puede observar como la intérprete refuerza la imagen positiva del paciente ya que este desea que se responda su necesidad de saber qué ha dicho la enfermera y la intérprete explica que se ha presentado la enfermera a lo que el paciente responde de manera afirmativa verbalmente [P: *What did she say?* (¿Qué ha dicho) / I: *she introduced herself as well* (se ha presentado también) / P: *Ah, okay* (Ah, vale)]. Respecto a la proxemia, los interlocutores no están casi distanciados uno del otro, la intérprete está sentada al lado del paciente, ambos en el sofá del salón de él.

	ENFERMERA	PACIENTE
2	<p>E: [respiración] Estoy aquí porque nos han hecho una hoja de consulta para conocerte [señala al paciente con las manos] [P: ajá] y para hacerte un seguimiento. [La enfermera mantiene la mirada directa con el paciente y trata de seguir un ritmo lento]</p> 	<p>P: ajá [afirma también con la cabeza]</p>

Tabla 3. Intercambio no mediado 2 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
2	E: Irene (uso del nombre de pila). [asiente con la cabeza] Estoy aquí (intervención no impositiva) porque han hecho una hoja de consulta a nuestro servicio para hacerte un seguimiento y para que venga a conocerte (explicación para atender las necesidades). [con ritmo normal] [mirada empática]	I: okay, she is here because she got a follow up sheet, okay? And she is here just to meet you. 	P: okay, okay. [asiente con la cabeza]		Con enfermera: <i>reduced rendition</i> adecuada. Utiliza la tercera persona. Omisión de «a nuestro servicio». Respeta la cortesía y la intervención no impositiva. <hr/> Con paciente: <i>zero rendition</i> adecuada porque se entienden con lenguaje no verbal.

Tabla 4. Intercambio mediado 2 situación 1 inglés

Según se puede comprobar, la empatía es mayor en las situaciones en las que interviene la intérprete gracias a la mirada empática y la entonación. También se puede observar una mejora en la fluidez de la conversación. La intérprete es la que se encarga de cerciorarse de que el paciente ha entendido lo que se le explica mediante enunciados interrogativos [I: *okay?*] que responden a la función de asegurar la interacción y comprobar la comprensión; técnicas enmarcadas en la vertiente cinco relativa a la gestión de la conversación. El paciente demuestra entendimiento en ambos casos por su lenguaje no verbal, asintiendo con la cabeza y de manera verbal [P: *okay, okay*], pero se le aprecia más tranquilo cuando cuenta con la intérprete por la expresión del rostro y la postura más relajada. En cuanto a la vertiente pragmática, la enfermera explica el motivo de su presencia para atender las necesidades del paciente. En ambas situaciones comunicativas expresa el motivo, pero en la situación con intérprete se permite hacer una intervención con un ritmo más rápido porque sabe que se le va a interpretar, lo que le permite prestar atención a la entonación y la mirada empática, en lugar de ralentizar el tono e intentar que se le comprenda, como ocurre en el intercambio no mediado 2. Además, como se ha señalado en la tabla 4, la intervención de la enfermera es no impositiva con el objetivo de crear una atmósfera de entendimiento mutuo, respeto y acogida del paciente que responde a la estrategia de intervención de la primera vertiente.

	ENFERMERA	PACIENTE
3	<p>E: Pero::: [alargamiento vocálico para darse tiempo para plantear la pregunta] (.) ¿Cómo te sientes hoy? ¿Cómo, cómo has pasado la noche? [no impositivo, no emitir juicios de valor, facilitar la expresión] [mirando al paciente, tono empático]</p>	<p>P: [aparta su mirada de la enfermera para mirar su cuerpo y gesticular] Bad, [muchos movimientos de cabeza, movimientos de dolor] I.. [titubeo, sensación de fatiga, voz insegura] Bad, very bad. Exhausted, I've just... just everything hurts. From head [se señala la cabeza] to toes everything just hurts. I'm just so, so tired (..) [Mira dos segundos a la enfermera para comprobación de la comprensión]. I suppose it was the last chemo. It was that treatment. It's just left me (..) [RESPIRACIÓN] exhausted [con voz cansada, le cuesta habla, sensación de fatiga].</p>
	<p>E: ¿Cansado? [enfatisa entonación para intensificar interés] [responde rápido para mostrar interés] [movimientos de cabeza para demostrar seguimiento] Pregunta sin dar nada por supuesto, atiende a las pistas indirectas y utiliza el lenguaje no verbal para tratar de entender.</p>	<p>P: Sí, cansado, cansado. [gesto con la mano para afirmar que se han entendido] [asiente con la cabeza]</p>
	<p>E: Y::: ¿qué más sientes? ¿sientes dolor? [pregunta abierta, no presuponer + indagación y buscar entendimiento común] [mirada] ritmo muy lento para intentar que se le entienda</p>	<p>P: Yeah. Everywhere. Everywhere. [agacha la mirada para hacer muchos movimientos con las manos para señalar todo su cuerpo. Su rostro denota dolor y sufrimiento] Just in pain. Pain. Legs and everything. It just hurts . I'm so uncomfortable [respira y se mueve para apoyarse por el dolor] [mientras la enfermera asiente con la cabeza + empatía comprensión tacto]</p>
	<p>E: y... [alargamiento vocálico para pensar cómo es mejor hacer la pregunta] ¿dices que (..) es por el tratamiento? [identificar atribuciones + indagación y buscar entendimiento común] [pausa para intentar entender lo que ha dicho el paciente y formular su pregunta]</p> <p> ((mirada entre los dos excepto el paciente que mira hacia otro lado cuando habla del médico como recordando esos momentos))</p>	<p>P: I think it's the chemo is cause cause the doctor said that I, I should go home and rest for a few days cause I really want to do the treatment. I really [énfasis] want to. But the doctor said: no, no, go home, have, have a rest so... [acompaña su intervención con gestos en las manos indicando que se fuese y entonación más fuerte y agitada sobre todo en la última parte de irse a casa]</p>

Tabla 5. Intercambio no mediado 3 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
3	<p>E: pero antes quiero hacerte una pregunta, ¿cómo te encuentras hoy? ¿qué tal has pasado la noche? [no emitir juicios de valor, facilita la expresión, indagación]</p>	<p>I: but she needs to know how are you and how do you feel right now?</p> 	<p>P: I feel really [desea que se le escuche y se le atienda] bad. [se toca la cabeza con la mano izquierda, se percibe por sus movimientos de cabeza que no se encuentra bien] I'm tired. I didn't sleep well. I'm exhausted. I got pain everywhere. I just all my body hurts everywhere. Everywhere, everything [repeticiones para enfatizar]. [tono de voz cansado, rostro desenchajado de dolor]</p> 	<p>I: eh, está muy cansado. Apenas ha dormido esta noche. Se encuentra muy mal y, y... eso.</p>	<p>Con enfermera: <i>reduced rendition</i> defectuosa. Utiliza la tercera persona. Omisión “¿qué tal has pasado la noche? > transmisión incompleta. Int no respeta totalmente la cortesía.</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>reduced rendition</i> defectuosa. Int no transmite la fuerza ilocucionaria del paciente en (<i>everywhere, everything</i>). En este caso la intérprete supone una amenaza porque no respeta el deseo del paciente. Transmisión incompleta. Confusión (apenas ha dormido por <i>I didn't sleep well</i>).</p>
	<p>E: y... cuando dices [busca atender sus necesidades + personificación] que te encuentras muy mal, ¿qué sientes? [identificar atribuciones con pregunta abierta] [entonación más empática, mayor vocalización en muy mal]</p> 	<p>I: And when you say that you feel badly, how do you feel? What do you feel?</p>	<p>P: Pain. Just what I feel, I feel really tired (..) [I: sonido de entendimiento y asiente con la cabeza a modo de aprobación/seguimiento] But I have pain . It hurts all my [enfatisa su deseo de ser atendido] body hurts. [sigue con tono cansado, ritmo rápido]</p>	<p>I: se siente muy cansado, dice que siente mucho dolor y le duele todo el cuerpo. [gesticula señalando el cuerpo para aportar énfasis]</p>	<p>Con enfermera: <i>expanded rendition</i> adecuada. Sí respeta la cortesía e intención aunque no enfatiza el muy mal.</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada. Intérprete reproduce el lenguaje no verbal y la entonación.</p>

<p>E: todo el cuerpo [Enfermera repite para demostrar que ha entendido] ((I: Afirma))</p> <p> y /Sid/ [uso del nombre de pila], estando aquí en casa, ¿cómo te encuentras? [no presupone, pregunta abierta] [tono empático]</p>	<p>I: and being here at home. How do you feel?</p>	<p>P: Well, I suppose I feel better being home. It's better than the hospital, but I really wanna, wanted to get the treatment. You know, [I: asiente con la cabeza escucha activa] I really want to get better. And so I'm I'm just resting. I wanna get back to there. [el paciente ofrece la información que se le pide: cortesía positiva]</p>	<p>I: dice que se encuentra muy bien aquí estando en casa, [E: sonido que denota entendimiento] mejor que en el hospital pero que realmente quiere recibir el tratamiento y si tiene que ir...</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> básica. Intérprete omite el nombre del paciente que es una estrategia de cortesía de la enfermera.</p> <hr/> <p>Con paciente: Intérprete ofrece una <i>substituted rendition</i> básica (el final es diferente) (transmisión no del todo completa). Intérprete respeta la cortesía del paciente hacia el terapeuta pero no enfatiza <i>really</i>.</p>
<p>E: ¿para recuperarte? [pregunta abierta, no presuponer] [movimientos de cabeza de arriba abajo para mostrar comprensión]</p>	<p>I: for you to solve the... the problem</p>	<p>P: yes, yeah, of course. [cortesía positiva, responde a lo que se le pregunta]</p> <p>P: to get better [mira a ambas interlocutoras]</p>	<p>I a E: Asiente para afirmar que sí.</p> <p>I a P: yeah, yeah</p> <p></p>	<p>Con enfermera: <i>substituted rendition</i> adecuada (cambia una pregunta por una afirmación)</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>substituted rendition</i> adecuada (porque no ha ofrecido una respuesta verbal sino no verbal).</p>
<p>E: [.hh] Vale así que a pesar del dolor que sientes y del cansancio quieres recuperarte. [mirada directa, empatía verbal, escucha activa] [Intervención no impositiva + repetición de palabras del paciente]</p>	<p>I: you feel very tired but you want to recover, right?</p>	<p>P: of course,</p> <p>P: yeah, yeah</p>	<p>I: sí. [asiente también con la cabeza]</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> básica (pequeña omisión)</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>

Tabla 6. Intercambio mediado 3 situación 1 inglés

En el intercambio no mediado 3 se observan pausas y un ritmo más lento que se han marcado en la tabla 5 con un paréntesis con intervalos según la duración de las pausas [(..)]. La imagen negativa de la enfermera terapeuta se ve dañada porque no es posible obtener la máxima información del paciente, según se aprecia en la primera fila de la tabla 5. La enfermera pregunta por cómo está y cómo ha pasado la noche, pero solo se le responde a la primera y no a la segunda parte por incompreensión. La imagen negativa del paciente también se ve afectada porque no puede comunicar de manera completa sus sentimientos, puesto que hay barreras comunicativas lo cual hace que repita durante todas sus intervenciones aquello que sabe decir (que está cansado y con mucho dolor). Estas barreras comunicativas también se aprecian en su tono de voz más enfadado, con un volumen fuerte y con un lenguaje no verbal más acelerado, así como con movimientos corporales que denotan dolor porque está sufriendo, pero también incomodidad porque no llegan a un entendimiento mutuo. La gestión de la conversación en el intercambio comunicativo no mediado es con un ritmo más lento de la enfermera tratando de vocalizar más así como el uso de alargamientos vocálicos para darse tiempo para pensar cómo formular la siguiente frase [E: Pero::: / Y::: ¿qué más sientes?] y el uso de la repetición de alguna palabra de modo interrogativo que ha entendido de la intervención del paciente [E: ¿cansado?] para tratar de entender lo esencial que también afecta a la vertiente emocional porque no se puede mostrar un alto grado de empatía ya que están centrados en entenderse mínimamente. La enfermera trata de preguntar sin dar nada por supuesto (estrategia de intervención de la primera vertiente) [E: ¿qué más sientes?, ¿sientes dolor?] y trata de facilitar la expresión del paciente [E: ¿cómo te sientes hoy?] pero se ve imposibilitada en un momento donde tiene que reformular y decirle si es eso lo que quiere decir por la incompreensión de la intervención del paciente [E: ¿dices que es por el tratamiento?].

Cuando está la intérprete en el intercambio mediado se abre la posibilidad de una mayor indagación por lo que supone una acción compensatoria que evita que se dañe la imagen de ambos interlocutores [I: *And when you say that you feel badly, what do you feel?* (¿Cuándo dices que te encuentras mal, ¿qué sientes?)]. Sin intérprete, como hemos comentado, se hace necesario el resumen y las repeticiones, así como varias aclaraciones para comprobar la comprensión. Además, la enfermera no logra entender todo lo que dice el paciente cuando le pregunta por el dolor que siente por lo que no es posible atender todas las necesidades ni validarlas. Con la intervención de la intérprete sí se soluciona este problema y se puede indagar exactamente dónde se presenta el dolor. Por tanto, la enfermera sin intérprete recurre a alargamientos vocálicos para pensar cómo formular las preguntas de manera comprensible, consecuentemente la fluidez se reduce. La presencia de la intérprete posibilita que se obtenga más información y beneficia la indagación sobre el estado del paciente, además de trasladar la fuerza ilocucionaria y la empatía a la lengua término. Sin la intérprete, la enfermera sigue un patrón comunicativo centrado en hacer preguntas relacionadas con lo que ha entendido de la intervención anterior del paciente para ver si lo ha entendido bien. Con la intérprete la fluidez y la información aumentan.

Por otra parte, el paciente, sin intérprete tiene que repetir la información varias veces porque no se le ha entendido. Con intérprete puede responder a más preguntas que le formula la enfermera y, además, añade información sobre su deseo de volver al hospital para recuperarse. Además, la gestión de la conversación es fluida porque el ambiente es de entendimiento mutuo gracias a la intérprete que también utiliza la estrategia del *dual feedback* para asegurar la interacción y demostrar atención, interés y seguimiento. Además, su respeto por la cortesía también facilita la relación terapéutica. En esta relación, la enfermera utiliza preguntas abiertas para identificar atribuciones y no presuponer [E: ¿y cuando dices que te encuentras muy mal, ¿qué sientes? / ¿cómo te encuentras? / ¿para recuperarte?], uso del nombre de pila del paciente para demostrar acogida e interés, así como empatía verbal y no verbal que aparece marcada en color verde en la tabla 6 y escucha activa mientras el paciente habla y la intérprete interviene. La intérprete posibilita el traslado de estas estrategias en el intercambio mediado por lo que cumple con la función interlingüística, intralingüística, paralingüística e interpersonal y permite que el paciente se sienta acogido y validado.

	ENFERMERA	PACIENTE
4	E: ¿Fue el doctor el que dijo que vinieras a casa a descansar? [tono y diálogo empático] [gesto en el rostro de no saber si ha entendido bien] [Preguntar sin dar por supuesto, predisposición para escuchar y respetar las objeciones. A su vez en cortesía es repetición de palabras del paciente para enfatizar entendimiento, aunque en forma de pregunta aquí por no estar segura. Indagación]. 	P: I think it was the doctor (.) Yeah, I get a bit confused, but yeah, it was the doctor. [movimientos de cabeza porque está un poco confundido, pero cree que sí junto a movimientos corporales de agitación y dolor]

Tabla 7. Intercambio no mediado 4 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
4	E: y... ¿Quién te dijo que vinieras a casa? ¿Fue el doctor? ¿Recuerdas si te dijo algo más? [preguntar sin imponer, peticiones indirectas + no imposición]	I: And who was the one who told you to come back home? was the doctor or...?	P: Yeah. Yeah It was. I'm a bit confused, But he was a doctor. I'm sure he was a Doctor [responde a lo que se le pregunta: cortesía positive]. [se toca la cabeza como duda de si ha sido así o no] yeah, yeah 	I: dice que sí que está un poco confundido pero cree que sí que fue el doctor.	Con enfermera: <i>reduced rendition</i> básica (omisión de la última parte) <hr/> Con paciente: <i>substituted rendition</i> adecuada (el estilo es diferente) Cambia «I'm sure» por «cree que sí»

Tabla 8. Intercambio mediado 4 situación 1 inglés

Esta prestación responde a la necesidad de la enfermera de preguntarle al paciente si recuerda quién le dio las instrucciones. En el intercambio no mediado (tabla 7), la enfermera lo pregunta con un tono dudoso porque no sabe si se le va a entender, pero necesita indagar esta cuestión. Con la respuesta del paciente parece que sí se le ha entendido a la parte de si fue el doctor. Con la intérprete, en el intercambio mediado (tabla 8), la enfermera terapeuta hace la misma pregunta, pero añade una más [E: ¿recuerdas si te dijo algo más?] que no es trasladada por la intérprete posiblemente por no recordar esta última parte [E: ¿Quién te dijo que vinieras a casa? ¿fue el doctor? ¿recuerdas si te dijo al más? / I: *And who was the one who told you to come back home? Was the doctor or...?* (¿Quién te dijo que volvieses a casa? ¿Fue el médico o...?). No obstante, la enfermera se cerciora de que sí fue el médico gracias a que la intérprete ha trasladado la primera parte y sabe que el paciente sí ha entendido completamente la pregunta primera. La segunda pregunta se vuelve a formular en la siguiente prestación como veremos a continuación.

	ENFERMERA	PACIENTE
5	<p>E: ¿Y:: (..) recuerdas si te dijo algo más? [articulación, le interesa saber esta información + indagación] Eh... si te dijo:: Si te dijo::: Told told you something else... ¿¿¿algo, algo más?? [intensidad mayor] (gesticulación y movimiento de manos para apoyar su necesidad de hacerse entender)</p> 	<p>P: eh, oh god. I mean... [mirada hacia arriba para tratar de recordar suspiro, se toca la cabeza como gesto de intentar recordar], They tell you so many things, don't they? You know [petición de entendimiento], you don't remember but he said that I got a tumor, that it was really sort of... tough [en este momento mira a la enfermera para demostrar que es muy importante para él lo que quiere expresar]. It was a bad [énfasis] tumor. And that the treatment was, was difficult... it was going to be difficult to get rid of it. [mirada] [Discurso entrecortado (AAI daña su propia imagen positiva)]</p>

Tabla 9. Intercambio no mediado 5 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
5	<p>E: y ¿qué más te dijo el doctor? [pregunta sin imponer, peticiones indirectas + no impositivas, pregunta abierta]</p>  (al paciente)	<p>I: And what else Does he said to you, the doctor?</p>	<p>P: oh, I don't know, they tell you so many things, don't they? [I: asiente con la cabeza] [I: intenta interrumpir para hablar]</p> <p>And I didn't know what He was saying, he said... [voz más atropellada intentando recordar]</p>	<p>Paciente no recuerda bien por lo que no puede responder bien a las necesidades de la enfermera (AAI discurso desestructurado)</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada Error gramatical en inglés (por nerviosismo).</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>zero rendition</i> adecuada (no se interpreta porque a continuación se hace una aclaración)</p>

				I [actúa en voz propia]: I think that she refers to the day that you went to the hospital and you were visited there and discharged.	Aclaración para tratar de mitigar el AAI anterior. <i>Non rendition</i> adecuada
			P: ah, okay. Paciente acepta esta información.	I: [afirma con la cabeza]	
			P: Okay [I: asiente con la cabeza] When the doctor said that, he told me, there is a really bad tumour. It was tough. It's difficult. It's difficult to deal with. [movimientos de manos para enfatizar que es difícil] And I should come home and rest because the chemo was... you know, after the chemo was... [I: asiente con la cabeza durante toda esta intervención y demuestra escucha activa] [discurso incompleto: AAI]	I: El doctor le dijo que [señala al paciente con el bolígrafo] tenía un tumor muy muy malo, que era un tumor muy malo, que era muy difícil de tratar y por eso le dijo que viniera a casa porque la quimio era muy dura.	<i>Substituted rendition</i> adecuada (la intérprete añade que era dura (la quimio) intenta mitigar el AAI.

Tabla 10. Intercambio mediado 5 situación 1 inglés

Al igual que en el intercambio comunicativo 3 (tablas 5 y 6), en la parte no mediada, la enfermera hace más pausas para darse tiempo para pensar cómo formular la pregunta de modo comprensible y alargamientos vocálicos [E: Y::: (..)]. En este caso (tabla 9), la enfermera trata de traducir ella misma la pregunta que ha formulado en español con algunas palabras que conoce en inglés para facilitar la comprensión del paciente y poder obtener la información que necesita de un modo no impositivo y respetando las necesidades del paciente. Acompaña su intervención de un lenguaje no verbal exagerado con mucho movimiento de manos para apoyar su necesidad de hacerse entender y la importancia de que se responda a su pregunta.

En el intercambio mediado, la enfermera formula su pregunta con tranquilidad y seguridad porque confía en que la intérprete lo va a interpretar y se le va a entender. Además, puede indagar más con la intérprete porque al no haber barreras comunicativas el ambiente es de entendimiento mutuo. Por ello, la intérprete respeta ambas imágenes de los interlocutores: la imagen negativa de la enfermera por su deseo de adquirir información [E: ¿qué más te dijo el doctor? / I: *And what else does he said to you?*], la imagen negativa del paciente por poder sentir que está siendo escuchado mientras relata que el médico le dijo que tenía un tumor y la enfermera le valida mediante la escucha activa y asintiendo con la cabeza a modo de seguimiento mientras la intérprete le traslada el contenido y la intención comunicativa. Además, la intérprete actúa en voz propia para aclarar al paciente que la enfermera se refiere al día que le dieron el alta tras no responder concretamente a la pregunta que le había hecho la enfermera como se puede observar en las dos primeras filas de la tabla 10. Este acto permite que se mitigue el acto amenazante a la imagen negativa de la enfermera porque no puede obtener la información necesaria puesto que el paciente no lo recuerda bien y presenta un discurso desestructurado por la situación en la que se encuentra.

A continuación, se incluyen los intercambios no mediados y mediados 6 y 7 conjuntamente debido a que los elementos analizados no se apreciarían por separado.

	ENFERMERA	PACIENTE
6	E: <u>¿Que el tumor era difícil dijo, no?</u> [asegurar la comunicación, reformular y no dar por supuesto] [suspiro, trata de entender] [movimientos de cabeza y manos] 	P: Yes. Tough, hard. (<u>señala con la mano en el puño y con fuerza para hacerse entender</u>)
	E: ah, hard. [<u>parece que ha entendido y baja la mirada para pensar en lo siguiente</u>]	P: Duro. Duro. [<u>asiente con la cabeza como que se han entendido</u>] [<u>paciente reclama su imagen positiva</u>]

Tabla 11. Intercambio no mediado 6 situación 1 inglés

	ENFERMERA	PACIENTE
7	E: ah, vale, duro, muy duro [intensidad, repetición]. Eh, Son, eh, ¿Sabes dónde tienes [no impositiva pero sí implica, petición] los resultados, los análisis que te dio el médico para comentarlos [gesto con las manos para simular que van a comentarlos] juntos? Eh.. 	P: The tests? Tests? [pregunta para ver si ha entendido] <u>[movimientos con las manos como en forma de cuadro]</u>
	E: Tests, tests, the tests. [repetición para demostrar que sí y ritmo más rápido] <u>[señala al paciente para afirmar que es eso a lo que se refiere]</u>	P: Yeah, I got them somewhere [Cortesía positiva del paciente hacia la enfermera porque la ha entendido y le facilita la información que buscaba] I saw them before. Oh there, they're under there... [señala la mesa de delante del paciente y en concreto una carpeta]
	E: Ah, la carp..	P: Can you?
	E: Sí, sí, no te preocupes. Ya voy yo [elipsis] [la enfermera se levanta para coger la carpeta]	P: That's it the black thing.
	E: La carpeta negra.	P: yep [cortesía positiva] [afirma que es esa la carpeta] [fuerte respiración]

Tabla 12. Intercambio no mediado 7 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
6 7	E:  [mirando a la intérprete] Eh, vale. E: [mirando al paciente] /Sin/, si te parece lo que podemos hacer...	Sin (nombre de pila) + (autorización indirecta si te parece...). + Intervención no impositiva	P: shhhh + gesto con manos para que se le haga caso (INTERRUMPE): /Shon, shon/ [AAI paciente a enfermera] 		
	E: /Shon/, /shon/, perdona. [acompaña sus palabras con gesto en las manos de disculpa, empatía verbal] Ehh... /Shon / [pronunciación correcta] si te parece [autorización indirecta] lo que podemos hacer es	I: eh, eh... She is proposing that maybe we could we could see a report together. Okay? From the oncologist team. And let's see what the letter says, okay?	P: Yeah, okay. I got it here, I got it here somewhere. <u>[se mueve para buscar la documentación y señala la mesa]</u> Paciente acepta este ofrecimiento (PA)		Con enfermera: <i>reduced rendition</i> básica. No transmite la cortesía de la enfermera con «she is proposing» en lugar de pedir una autorización indirecta «si te parece». Omisión «que te dieron los oncólogos el último día en el

	mirar juntos [deixis] el informe que te dieron los oncólogos el último día en el hospital y comentamos todo esto que me has dicho que te dijo el doctor.				hospital». Cambia informe por letter. <hr/> Con paciente: <i>zero rendition</i> adecuada (no se interpreta porque se aprecia que el paciente está pensando dónde lo tiene)
				I (al paciente señalando la carpeta de la mesa): this one?	<i>Non rendition</i> excelente
				I (a la enfermera): Aquí está [deixis] [entrega la carpeta].	<i>Non rendition</i> excelente

Tabla 13. Intercambios mediados 6 y 7 situación 1 inglés

En el intercambio sexto no mediado se vuelve a repetir información de cómo era el tumor que con intérprete se había trasladado en el intercambio 5 al preguntarle qué más le dijo el médico (tabla 10). En este caso, al no disponer de esa información, la enfermera entiende la palabra «difícil» (de lo que se había comentado en la tabla 9) y le pregunta si se refiere a que el tumor era difícil. El paciente responde con un adjetivo en inglés que la enfermera entiende [P: *hard* / E: ah, *hard* / P: duro / E: ah, vale, duro]. Acto seguido, la enfermera quiere ver los análisis que el médico le entregó al paciente porque observa que ya no puede obtener más información por las barreras comunicativas. En cambio, en el intercambio mediado 5 (tabla 10) habíamos observado como el paciente relata que el médico le había dicho que se trataba de una situación complicada y que debía ir a casa a descansar y por eso en este intercambio mediado (tabla 13) directamente se pasa a la pregunta sobre los análisis. Sobre esta pregunta, en el intercambio no mediado, se observa a la enfermera tratando de ver cómo pregunta para que se le entienda y es el paciente quien le responde si se refiere a los ‘tests’ [P: *The tests? Test?*] a lo que la enfermera rápidamente le responde con la misma palabra para demostrar que sí es a eso a lo que se refiere [E: *tests, tests, the tests.*] y es el paciente el que le señala hacia la mesa situada en el centro para que los pueda buscar en la carpeta. Esta misma situación se solventa con mucha facilidad gracias a la intervención de la intérprete en el intercambio mediado porque no existen barreras comunicativas. Además, en el plano de las estrategias de intervención (vertiente 1), la enfermera puede aplicar sus fórmulas no impositivas y pidiendo autorización indirecta así como respetando la cortesía mediante el ofrecimiento y el uso de la primera persona del plural para incluir a los interlocutores [E: si te parece, lo que podemos hacer es mirar juntos] y la intérprete lo traslada aunque no de manera tan indirecta aunque sí reproduce el tono y la empatía de la enfermera [I: *She is proposing*

that maybe we could see a report together]. Además, es la intérprete quien coge la carpeta y la entrega a la enfermera tras las indicaciones del paciente sobre dónde estaba la carpeta. Esta fórmula de cortesía positiva no aparece en el encuentro no mediado porque la enfermera pregunta de manera directa ya que está más pendiente de que se le entienda [E: ¿sabes dónde tienes los resultados?] (tabla 12).

En el intercambio mediado también se aprecia una mayor comodidad por parte de todos los interlocutores facilitada por la proxemia (la distribución del espacio es adecuada) y la cronemia (no hay restricción de tiempo) además de la confianza del paciente con la enfermera propiciada por el entendimiento que facilita la intérprete que el paciente llega a indicar a la enfermera la pronunciación correcta de su nombre. Acto seguido, la enfermera pide disculpas, lo que demuestra respeto, menor distanciamiento y menor diferencia en la relación de poder. Además, para reiterar sus disculpas, la siguiente intervención la empieza con el uso del nombre de pila correctamente pronunciado y con énfasis.

	ENFERMERA	PACIENTE
8	<p>E: ((la enfermera ojea los documentos)) Vale, [respira] Vale, /Sin/. [empieza a mirar al paciente] Lo que::: tú llamas un tumor muy duro [paciente asiente con la cabeza] es (..) un carcinomapulmonar no microcítico [terminología específica (AAI sin compensaciones del terapeuta a la imagen positiva del paciente)] [primer plano del paciente, cara de asombro y no comprensión] como te dijo el médico es muy grave. [la enfermera mira al paciente a los ojos mientras pronuncia «como te dijo el médico es muy grave»] [ritmo lento para hacerse entender]</p>	<p>P: [cara de confusion, mirada dudosa, busca intentar comprender] What, what, what does that mean? Well, I don't know what you're saying [incomprensión a modo de queja = AAI a ambos]. I got a tumour? [paciente señala los documentos, cara de confusión, movimientos de inquietud] [entonación agitada que denota nerviosismo e incomprensión]</p>
	<p>E: Un tumor, sí. [imposibilidad de mayor explicación = AAI imagen negativa terapeuta e imagen negativa paciente] [imposibilidad para descubrir qué quiere saber el paciente ni es posible evaluar lo que se ha entendido ni dar cabida a emociones]</p> 	<p>P: and its (...) (enunciado incompleto)</p>

Tabla 14. Intercambio no mediado 8 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
8	<p>E: gracias. Vale, eh, vale [lee el informe], /Shon/, mira...</p>  [enseña la documentación al paciente] (I: she's gonna show you [para poner en situación]). Lo que... lo que llamas un tumor muy fuerte es un carcinoma pulmonar no microcítico, [mirando al paciente, ritmo pausado, voz relajada] en concreto un adenocarcinoma de grado IV con metástasis en hígado. [cierra la carpeta]	(I: she's gonna show you)			Con enfermera: <i>substituted rendition</i> excelente para poner en situación.
	<p>E: /Shon/ (nombre de pila) Mira (involucra al paciente) Llamas (personalización, involucrar al paciente, bajar el registro) adenocarcinoma de grado IV con metástasis en (se cuida el nivel macroespacial, enfermera se acerca más al paciente, muestra los documentos, comunica la verdad. La enfermera intenta mitigar el daño de la noticia (AAI sin compensaciones) mediante la empatía verbal y no verbal).</p>		[paciente mira a la intérprete con incertidumbre esperando su intervención para interpretar las palabras de la enfermera sobre el diagnóstico]	<p>I: What you call the tumor, It's a... non cell, non small cell ehh non small cell lung carinoma in the state fourth okay? And...</p> <p>I: ¿y qué más?</p>	<p>Con enfermera: <i>reduced rendition</i> básica. Omisión de muy fuerte. No transmite toda la cortesía de la enfermera que utiliza su nombre de pila y le intenta poner en situación, pero sí respeta el tono empático.</p> <p>Intérprete necesita aclaración y pregunta a la enfermera pero no informa a la otra parte de que va a hacer una pregunta. <i>Non-rendition</i> (para pedir aclaración)</p>

	<p>E: metástasis en hígado. [comunicar la verdad con honestidad, confianza y sinceridad. Lenguaje directo]</p>	<p>I: ehh and yeah [denota nerviosismo], it's liver metastases okay?</p>	<p>P: and what does that mean?</p>	<p>I: ¿y qué significa eso?</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada</p>
	<p>E: significa que... ese tumor [baja el registro para adaptarse al paciente y atiende sus necesidades] que tú llamas... ha ido evolucionando y que a pesar de los ciclos de quimioterapia y los fármacos y medicamentos que te han administrado el avance de la enfermedad no se ha podido detener [ha llegado a un punto en el que... [entonación empática, ritmo más lento, mayor vocalización, mirada empática]</p>	<p>I [no interrumpe pero empieza su intervención mientras la enfermera estaba pensando sus próximas palabras pero la enfermera asiente como para dejarle que siga]: It means that... That what you said it was a tumor has not been like healed and has ehh evolutionated okay? And it's now the metastases. Okay? [repite okay para buscar el entendimiento del paciente]</p>	<p>P: [pregunta a la intérprete] much worse? [acompaña su pregunta con gesto de asombro en los ojos y con las manos y con entonación de preocupación]</p>	<p>I [responde con voz propia]: yeah, ehh, yeah</p>	<p>Con enfermera: <i>substituted rendition</i> básica (ha ampliado la parte de metástasis pero ha omitido “a pesar de los ciclos de quimioterapia y los fármacos y medicamentos...)</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>zero rendition</i> (no se interpreta porque la intérprete responde ella misma)</p>
			<p>P: [pregunta a la intérprete] what the hell. it's serious?</p>	<p>I: [mirando a la enfermera] ¿entonces es grave? [el paciente al ver que la intérprete mira a la enfermera también mira a la enfermera para esperar con ansia su respuesta]</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada.</p>

Tabla 15. Intercambio mediado 8 situación 1 inglés

El intercambio 7 es la parte que corresponde a la comunicación de la mala noticia tras observar los informes que al paciente se le habían entregado. En el intercambio no mediado (tabla 14) se puede apreciar como la enfermera está más nerviosa y su rostro denota preocupación por cómo trasladar la información de una manera comprensible para el paciente. Para ello, se toma su tiempo con alargamientos vocálicos mientras respira y piensa y también aparecen pausas en su primera intervención [E: Lo que::: tú llamas un tumor muy duro es (..) un carcinoma pulmonar no microcítico]. En cambio, en el intercambio mediado (tabla 15), la enfermera aporta más información [E: en concreto un adenocarcinoma de grado IV con metástasis en hígado] porque al disponer de intérprete está más relajada y tranquila como denotan sus movimientos corporales y sus gestos. Además, la fluidez es mayor, la empatía también porque se ayuda de la mirada, la voz está más relajada y se ayuda señalando en el informe los puntos de los que está hablando para que el paciente se sienta atendido y acogido.

Tras comunicar la noticia, la enfermera no puede mitigar el daño que supone el recibir esta noticia para el paciente por las barreras comunicativas por lo que se considera un acto amenazante de la imagen positiva del paciente sin compensaciones porque la noticia se da directamente, sin posibilidad de argumentar ni añadir más información ni validar las emociones del interlocutor. El paciente, sorprendido, con rostro de confusión y duda trata de comprender la noticia y con una entonación fuerte y un ritmo agitado que denota nerviosismo pregunta qué significa lo que le están diciendo y si tiene un tumor [P: *What, what, what does that mean? Well, I don't know what you are saying. I got a tumour?*]. Esta intervención del paciente supone un acto que amenaza tanto su propia imagen positiva porque no se siente comprendido, así como la positiva de la enfermera terapeuta porque no logra que el paciente entienda. Además, esta amenaza todavía es mayor cuando la enfermera responde en su segunda intervención (tabla 14) con una afirmación rotunda [E: Un tumor, sí.] sin posibilidad de descubrir qué quiere saber el paciente y sin poder evaluar lo que se ha entendido y, por tanto, sin poder dar cabida a las emociones del paciente.

En el intercambio comunicativo mediado 8, es la intérprete quien contribuye a que la comunicación sea más fluida y, a pesar de que se comunique una mala noticia y que el paciente muestre sus sentimientos de incertidumbre y nerviosismo, la vertiente paraverbal indica que están más cómodos puesto que no hay enunciados incompletos ni alargamientos vocálicos que impidan el entendimiento mutuo. Estos factores también propician una mayor empatía de todos los interlocutores a través de la escucha activa, y las miradas y entonaciones empáticas de la enfermera al paciente. La intérprete también favorece el seguimiento del paciente a lo que está diciendo la enfermera puesto que interviene en varios momentos con aportaciones como al principio cuando la enfermera se acerca un poco más al paciente con la documentación [I: *she's gonna show you*].

En cuanto al rol de la intérprete, esta necesita alguna aclaración para trasladar toda la información proporcionada por la enfermera. La intérprete gestiona la comunicación en este momento con un enunciado interrogativo para cerciorarse de que el paciente ha entendido [I: *it's liver metastases, okay?*]. El paciente sí ha entendido en este intercambio y tiene la posibilidad de preguntar sus dudas a través de la intérprete [P: *and what does that mean?* / I: *¿Y qué significa eso?*] y que la enfermera le responda bajando el registro para atender a sus necesidades [E: *significa que ese tumor que tú llamas ha ido evolucionando y que a pesar de los ciclos de quimioterapia y los fármacos y medicamentos que te han administrado el avance de la enfermedad no se ha podido detener*] por lo que la intérprete respeta las estrategias de cortesía y el paciente se siente validado en sus sentimientos de asombro y preocupación. No obstante, en las dos últimas líneas de la tabla 15, la intérprete responde a la pregunta del paciente de si va a peor, hecho que provoca que el paciente le pregunte a la intérprete directamente si es grave pero la intérprete se da cuenta de que todo debe ser interpretado y sí traslada esta pregunta [P: *much worse?* / I: *yeah, eh, yeah* / P: *what the hell, it's serious?* / I (a enfermera): *¿entonces es grave?*].

A continuación, se presentan los intercambios 9 y 10 juntos porque tienen relación y, de lo contrario, no se podrían presentar todos los elementos analizados dentro de su contexto.

	ENFERMERA	PACIENTE
9	E: <i>Muy grave</i> 	P: <i>grave? Serious? Very serious?</i> <i>Solapamiento</i> por nerviosismo del paciente (AAI del paciente a él mismo y al terapeuta)
	E: <i>Sí, muy muy serio</i> [dificultad para responder a preguntas difíciles = AAI]. De hecho... después de toda la quimioterapia (...) ya no hay tratamiento para este tipo de tumor. [«para este tipo de tumor» con ritmo lento y titubeante] [<i>afirma con la cabeza</i>]	P: <i>what... I don't understand what you're saying</i> [Incomprensión = AAI a ambos]. <i>Am I, Am I gonna die?</i> [<i>caras de confusión, movimientos inquietos, gestos señalándose a sí mismo</i>]
10	E: <i>La enfermedad ha ido a peor, is worse</i> [la enfermera trata de hacerse entender y <i>gesticula con las manos</i> y la entonación es mayor para que se entienda] y tú también te encuentras peor, <i>¿verdad?</i> [<i>trata de buscar entendimiento</i>] [ritmo muy lento] [imposibilidad de preguntar antes de dar una mala noticia = AAI] 	P: <i>Really tired and exhausted, yeah, yeah</i> [refuerza la cortesía positiva porque responde a lo que se le ha preguntado]. [<i>afirmación con la cabeza, voz cansada, volumen bajo</i>]
	E: <i>Ya no se puede continuar el tratamiento</i> [lenguaje directo, sinceridad pero da una mala noticia sin poder saber lo que quiere saber el paciente = AAI]. [<i>movimientos de cabeza hacia los lados para enfatizar que no</i>] 	P: <i>so you're saying I'm going to die? (..) And what about the doctor... why didn't the doctor if it's that bad... Why didn't the doctor tell me as his job, isn't it? That's not what doctors are for. He can say anything and he didn't tell me anything about that. He said go home and rest and come back.</i> [<i>gestos de sorpresa y confusión, movimientos de incertidumbre, entonación más fuerte, ritmo más rápido, expresión de enfado</i>]

Tabla 16. Intercambios no mediados 9 y 10 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
9	<p>E: (afirma) [.hh] [//] es muy grave [comunicar la verdad, dar cabida a interrogantes] /Shon/ [uso del nombre de pila]. [asiente con la cabeza y con carraspeo]</p> 	<p>I: it's very serious.</p> 	<p>P: What what what are you saying. Am I going to die?? Am I going to die? [nervioso y pregunta a la intérprete]</p>	<p>I: ¿Le está diciendo que va a morir? [no respeta la repetición del paciente y su entonación no traslada la misma fuerza ilocutiva del paciente]</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. Transmite la fuerza ilocutiva. Transmisión completa del mensaje</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>summarized rendition</i> básica (resume la información)</p>
10	<p>E: [suspiro, mirada hacia abajo y hacia arriba] Como tú [deixis, personificación] has dicho es muy grave y...(silencio empático) de hecho la enfermedad ha ido a peor en estas últimas semanas y tú mismo con lo que me has comentado antes te encuentras más débil y te encuentras peor [comunicar con honestidad, asertividad, responder a preguntas difíciles, dar cabida a todas las emociones, comunica al ritmo del paciente]</p>	<p>I: Yeah. [adición. Sus gestos denotan nerviosismo] She says that is getting worse and as you said that you are ehh more tired eh than you are feeling bad, so... [mira a la enfermera mientras pronuncia las últimas palabras y se muerde el labio, su nerviosismo le impide respetar la pausa empática]</p>	<p>P: what about, what about... there's no treatment ?</p> <p>P: <u>I mean,</u> the doctor, the doc... [sigue nervioso y asombrado]</p> 	<p>I: y del tratamiento? Dice. ¿no hay, no hay?</p> <p>[solapamiento mientras habla el paciente preguntando por el médico]</p> 	<p>Con enfermera: <i>reduced rendition</i> básica (hay omisiones).</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> excelente. Transmite fuerza ilocutiva y contenido</p>

	<p>E: ya no hay tratamiento [comunicar con honestidad, responde a pregunta difícil, da cabida a emociones]. [silencio terapéutico]</p>	<p>I: There is no treatment</p>	<p>P: [movimientos nerviosos, se echa hacia delante, voz agitada, movimientos rápidos de manos con intención de incredulidad] but the doctor, the doctor, the doctor didn't tell me anything, I mean I was at the hospital. [mira a la intérprete]</p>	<p>I [interviene antes de que termine el paciente y mira a la enfermera]: El doctor dice que no le ha dicho nada y dice que estaba en el hospital y.. [expresión desmesurada de emociones que impiden que se pueda continuar con el mismo tono y casi no se escucha a la intérprete]</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. Lo dice muy bajito y el paciente está muy nervioso que casi no le escucha.</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada. La interrupción es una estrategia de la intérprete para no perder información (confirmado en grupo de discusión).</p>
			<p>P: [mira a la intérprete y levanta la voz, enfadado] The doctor told me to go home and rest...</p>	<p>I: El doctor le dijo que viniera a casa y descansara.</p>	<p><i>Close rendition</i> excelente. El paciente se queja muy enfadado y la intérprete trata de solventar este AAI con un tono más relajado.</p>
			<p>P: I mean, is the doctor...why didn't ... Is the doctor's job [movimientos de la mano que denotan incertidumbre y asombro]</p>	<p>I: [mirando al paciente] yeah. I: [mirando a la enfermera] Dice que es el doc... el trabajo del doctor.</p>	<p><i>Summarized rendition</i> adecuada. Estrategia para demostrar al paciente que le ha entendido (confirmado en grupo de discusión).</p>

Tabla 17. Intercambios mediados 9 y 10 situación 1 inglés

En el intercambio mediado 9, la intérprete añade más información relativa a los motivos por los que ha ido empeorando. Sin intérprete se realiza una amenaza a la imagen negativa de ambos interlocutores porque se ven obligados a simplificar e incluso se observa una amenaza clara a la imagen positiva de la enfermera terapeuta porque se le ve frustrada por no poder atender como le gustaría al paciente y por no poder responder a sus inquietudes [P: *I don't understand what you're saying. Am I, am I gonna die?*]. Respecto a la empatía, sin intérprete, la enfermera no puede garantizar un tono empático ni involucrar al paciente. En la misma situación mediada por intérprete se respetan la pausa y el silencio empáticos.

Además, gracias a la intérprete se traslada al paciente la información relativa a la inexistencia de cualquier tratamiento en su caso, lo cual, en ausencia de la intérprete no tiene garantías de comprenderse correctamente como se observa ya que el paciente vuelve a reiterar su preocupación de si va a morir que ya había manifestado dos intervenciones antes y para lo que no se le ha podido validar por las barreras comunicativas [P: *so you're saying I'm going to die?*].

De hecho, en el intercambio no mediado 10 se observa como la enfermera vuelve a recurrir a técnica de traducir algún término para ver si así el paciente puede comprender lo esencial [E: La enfermedad ha ido a peor, *is worse*]. Además, utiliza enunciados interrogativos para ver si el paciente la ha comprendido [E: y tú también te encuentras peor, ¿verdad?].

En el intercambio mediado 10, el paciente pregunta su inquietud de si va a morir y si ya no hay tratamiento y la enfermera puede atender sus necesidades comunicando con honestidad, asertividad, respondiendo a preguntas difíciles y dando cabida a todas las emociones, así como puede ir comunicando al ritmo del paciente. De hecho, el paciente puede manifestar, como se aprecia en las tres últimas filas de la tabla 17, su nerviosismo y enfado mientras que la intérprete trata de gestionar la comunicación con un tono de voz más bajo y con una interrupción al paciente para poder trasladar la información que está diciendo a la enfermera. Además, con la mirada (*dual feedback*) también demuestra al paciente comprensión y seguimiento.

	ENFERMERA	PACIENTE
11	E: /Sin/, no entiendo todo lo que me estás diciendo [AAI por imposibilidad] [movimiento corporal por principios de incomodidad por no entenderse] pero(...) entiendo que estás enfadado y [trata de validar]... [paciente intenta interrumpir articulando el principio de but] es normal en esta situación que sientas esta sensación de enfado. [gesticulación con las manos y entonación de voz de manera empática y mirada empática] 	P: But... he... he just sent me home... I don't understand... why he didn't tell me...(..) he didn't . I::: I thought I was going to go back for more treatment. Treatment... [paciente que sigue con gestos de incertidumbre. «treatment, treatment» con gestos en la mano como buscando la comprensión de la enfermera]
	E: ¿Tratamiento? [repetición para asegurar comprensión] [entonación de comprensión y empatía] [paciente asiente como que es eso lo que quería decir]	P: I.. I don't... sorry [discurso entrecortado] [se toca la cabeza varias veces, cabizbajo, entonación baja, denota tristeza, rostro desencajado, suspiros]
	E: No te preocupes, /Sin/. [entonación empática volumen más bajo]	P: Perdón [solapamiento por nerviosismo]. [fuertes suspiros] [agacha la cabeza]

Tabla 18. Intercambio no mediado 11 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
11	[el paciente mira a la enfermera desconcertado] E: Y... entiendo que [empatía verbal, escucha activa] ahora mismo te sientas enfadado [la enfermera ha dado cabida a todas las emociones e interrogantes, valida y respeta las objeciones] con el doctor por no haberte dado [suspiro breve] esa <u>información</u> .	I <u>[empieza cuando la enfermera está pronunciando las últimas palabras]</u> : we understand you are angry with the doctor because he didn't tell you about that.	[paciente mira a intérprete y hace movimientos rápidos de cabeza que denotan que afirma de lo que están hablando y que confía en las palabras del intérprete] 		Con enfermera: <i>close rendition</i> excelente. La enfermera se incluye (we) para expresar su empatía también. Respeto la entonación y fuerza ilocutiva.
	E: pero por eso estamos aquí, por eso he venido del equipo de cuidados paliativos.	I: because of that she is here, she came from the palliative care unit [intérprete mueve mucho el bolígrafo que tiene entre las manos]			<i>Close rendition</i> adecuada.
	E: para ayudarte en estos momentos.	I: to help you in this moment, okay?	P: [suspiro], oh, God, yeah. [se frota la cabeza y cara] What's now? What's, what's, What's the next step? [se va bajando hacia abajo del sofá y se toca la cara mientras suspira] [paciente sufre una imposición ya que tiene que aceptar información que no desea, AAI]	I: y ahora qué? ¿cuál es el siguiente paso?	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.

Tabla 19. Intercambio mediado 11 situación 1 inglés

En el intercambio no mediado 11, se produce una amenaza a las imágenes negativas de ambos interlocutores porque no pueden entenderse con claridad y la empatía se reduce a solo tratar de modular la entonación. Además, la enfermera no puede explicar los motivos por los que ella está allí y lo que intenta hacer, pero vuelve a utilizar la técnica de preguntar si ha entendido alguna palabra como tratamiento en este caso. La enfermera deja claro que no ha entendido lo que el paciente le quiere decir, aunque no quiere renunciar a expresar que comprende por el lenguaje no verbal y paraverbal que el paciente no está cómodo [E: No te preocupes, Sin.]. El paciente llega a pedir disculpas en un momento dado por la incompreensión en inglés y en español [P: *I don't... sorry* / P: Perdón].

Por el contrario, en el intercambio mediado, la enfermera sí puede hacerse comprender y entender al paciente que, a pesar de estar enfadado, es la enfermera quien da cabida a todas las emociones e interrogantes y le valida sus emociones. La empatía de la enfermera se demuestra a través de la escucha empática y el tono de voz mientras realiza una intervención no impositiva y demostrando interés [E: Entiendo que ahora mismo te sientas enfadado]. Además, puede explicar reforzando la cortesía positiva el porqué de su visita a través del ofrecimiento de motivos [E: por eso estamos aquí, por eso he venido del equipo de cuidados paliativos para ayudarte en estos momentos]. El paciente, todavía nervioso y con incertidumbre como denota con su lenguaje no verbal, sufre una imposición al final, tras aceptar que es el momento de que los cuidados paliativos le ayuden en su fase final de vida, aunque reciba una información que no desea y por eso pregunta qué es lo que hay que hacer a partir de ahora. Durante este intercambio, la intérprete gestiona la comunicación con las miradas e incluso llega a empezar su primera intervención cuando la enfermera está pronunciando las últimas palabras porque observa que el paciente está muy nervioso. El paciente hace un gesto que denota confianza en la intérprete ya que asiente la cabeza mientras la enfermera y la intérprete están en la primera prestación.

	ENFERMERA	PACIENTE
12	<p>E: Es normal. Si [paciente suspira] te parece bien creo que hoy has recibido mucha información y mañana [facilitar la expresión emocional, sugerencia], tomorrow...</p> 	<p>P: mañana, mañana [entonación de que ha entendido que es mañana]</p>
	<p>E: Mañana puedo volver con el médico de nuestro servicio y te explicamos todo [ofrecimiento]. ¿Vale?</p> 	<p>[cara extraña por no comprender] P: who?</p>
	<p>E: El, el [titubeo] médico. The doctor of my service, the doc [se señala a ella misma hasta que ve que el paciente la ha comprendido con su siguiente afirmación «ah, okay»]</p>	<p>P: ah, okay. [mirada para asegurar la comprensión]</p>
	<p>E: Y quiero que sepas que estamos aquí para ayudarte [ofrecimiento y motivos], to help you, y que te vamos a acompañar en todo el proceso y que te iremos informando de cada paso. [gesticulación con las manos, ritmo lento] [entonación empática]</p> <p>[miradas hacia el paciente y hacia abajo para ir pensando lo que va a decir y mirar para que le entienda]</p>	<p>P: Okay. So... paso? The next paso? What's next? What what do I...? [entonación de incertidumbre, movimiento de manos]</p>

Tabla 20. Intercambio no mediado 12 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
12	E: /Shon/, [nombre de pila] creo que hoy has recibido mucha información y...	I: [la intérprete empieza su intervención mientras la enfermera piensa lo siguiente] We think today you have received a lot of information and...			Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. Intérprete se incluye.
	E: y... si te parece bien [autorización indirecta], lo que podemos hacer es que yo mañana vuelvo con el médico [ofrecimiento] de nuestro servicio y entre los dos te explicamos cómo funcionan los cuidados paliativos y qué vamos a hacer a partir de ahora [garantizar apoyo].	I: and if that's good for you, they are going to come back tomorrow with the doctor of their palliative care unit and they're going to explain you how to proceed and what's next	P: tomorrow? [mira a la intérprete y la intérprete le afirma con la cabeza] NON RENDITION P: Yeah, that's better cause I'm tired, I think I need to rest. [voz muy cansada]	I: Vale. sí, dice que mañana mejor porque está cansado y necesita descansar.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada (menciona antes paliativos). <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada. La intérprete responde con voz propia porque es información anterior.

Tabla 21. Intercambio mediado 12 situación 1 inglés

El intercambio 12 es el cierre de la consulta antes de la despedida. La enfermera cree que en el estado en el que está el paciente ya ha recibido suficiente información y será mejor continuar en una próxima consulta. Por ello, ofrece al paciente el volver al día siguiente, pero en el intercambio no mediado parece ser que solo se han entendido palabras clave como mañana, médico y ayuda ya que ambos interlocutores las utilizan en los dos idiomas [E: y mañana, *tomorrow* / P: mañana, mañana] [E: *the doctor of my service* / P: Okay] [E: estamos aquí para ayudarte, *to help you* / P: Okay. So... paso? *The next paso?*].

La misma información se ofrece en el intercambio mediado y en este caso, sí es comprendida en su totalidad por el paciente gracias a la intervención de la intérprete que respeta las estrategias de cortesía e intervención de la enfermera como autorizaciones indirectas [E: y, si te parece bien / I: *and if that's good for you*], ofrecimiento [E: yo mañana vuelvo con el médico de nuestro servicio / I: *they are going to come back tomorrow with the doctor*] y garantía del apoyo [E: y entre los dos te explicamos cómo funcional los cuidados paliativos y qué vamos a hacer a partir de ahora / I: *and they're going to explain you how to proceed and what's next*].

	ENFERMERA	PACIENTE
13	E: si quieres ahora descansa y mañana vuelvo y te explicamos todo con el otro médico [garantizar apoyo] (P: okay) con the::: other doctor . [ritmo mucho más pausado porque es la segunda vez que repite esta información y quiere que se le entienda bien] 	P: right, okay . [E: movimientos de cabeza] Yeah yeah, okay. I'm really tired so you, you, you come back tomorrow? ¿mañana?
	E: mañana, mañana. [asiente con la cabeza]	P: Entiendo . Okay. Right. I'm gonna have a rest . All right? [petición indirecta] [movimientos para expresar dolor]
	E: [Asiente con la cabeza] Sí [validación y respeto] [empatía] yes .	P: thank you, gracias, gracias [con acento británico] [suspiros de dolor mientras se tumba en el sofá]
14	E: I help you [pronuncia mientras acerca la botella de oxígeno al paciente que intenta tumbarse]	P: thank you, thank you very much . [suspiros y respiración fuerte]
	E: [suspiro fuerte mientras mira al paciente que indica frustración y AAI a su imagen positiva]	P: [<u>paciente acostado y emite un gran suspiro</u>]

Tabla 22. Intercambios no mediados 13 y 14 situación 1 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
13	E: Sí, <i>descansa</i> , /Shon/ [uso del nombre de pila] y mañana nos vemos.	I: Okay. Just take a rest and tomorrow we'll see her again.	P: Okay <i>gracias</i> . [mira a la enfermera y a la intérprete] (I: gracias), thank you, I'm gonna lie down I think... <i>is that right</i> [paciente mira a la intérprete quien asienta con la cabeza] [paciente se mueve para tumbarse, intérprete se levanta, enfermera le ayuda con la botella de oxígeno]		Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con paciente : <i>zero rendition</i> adecuada (no interpreta una parte).
14	E: A ver, (P: yes) sí, (P: thank you, thanks) ya te ayudo.				
				I: Do you need any help? [intérprete pregunta al paciente]	<i>Non rendition</i> adecuada (se aprecia con lenguaje no verbal).
			P: no, no, I'm just gonna... thank you, thank you.		

Tabla 23. Intercambios mediados 13 y 14 situación 1 inglés

Los intercambios comunicativos 13 y 14 corresponden a la despedida. En el intercambio no mediado 13, la enfermera reitera que mañana volverá con el médico puesto que considera que es necesario que el paciente lo sepa y lo repite con un ritmo muy pausado. El paciente pregunta si es mañana, a lo que la enfermera asiente, y el paciente pasa a hacer una petición indirecta diciendo que va a descansar [P: *Okay, right. I'm gonna have a rest*]. La enfermera responde con un monosílabo afirmativo en español y su traducción en inglés [E: Sí, *yes*] para demostrar validación, respeto, acogida y empatía e incluso le acerca el oxígeno para que pueda tumbarse. El paciente agradece este gesto de la enfermera. En la parte final, la enfermera suspira fuerte, lo cual parece indicar frustración hacia su imagen positiva por no poder haberse entendido mejor y hacia la positiva del paciente por no poder validarle en más ocasiones.

En el intercambio mediado, es la enfermera quien le indica al paciente que descansa usando su nombre de pila y un discurso directo para demostrar interés y aprobación [E: Sí, descansa, Shon]. Tanto la intérprete como la enfermera ayudan al paciente a tumbarse, y este agradece a ambas su gesto con la mirada y pronunciando «gracias» en español. Con intérprete el cierre de la consulta es más empático y terapéutico.

6.1.2.2 Situación 2 inglés: últimos días

La situación 2 es la de últimos días. Brian, es el hijo de una paciente con cáncer epidermoide y leucemia que presenta dolor refractario y malestar por las lesiones cutáneas que tiene en cuello y cara. Brian tiene dificultades para aceptar la decisión de sedar a su madre a pesar de haberlo hablado con el equipo médico porque considera que las personas tienen que morir de manera natural y no quiere reconocer que su madre se encuentra en final de vida. Finalmente, accederá a la sedación paliativa, pero insistirá en que se le administre una dosis baja para que pueda despertarse. Sin intérprete se llegan a entender de una forma básica porque los matices discursivos complejos que requiere la situación solo se comprenden cuando la comunicación es mediada por intérprete. Esta situación se desarrolla en una consulta en el hospital donde la intérprete es proporcionada por el hospital.

A continuación, se incluyen dos imágenes para facilitar la descripción de las posiciones y el escenario donde ocurre la consulta:



Imagen 11. Descripción de la situación 2 en inglés no mediada



Imagen 12. Descripción de la situación 2 en inglés mediada por intérprete

Tras esta breve descripción a partir de dos imágenes se presenta el análisis en el mismo formato que la situación anterior.

	ENFERMERA	FAMILIAR
1	(1:05') Enfermera (E): Buenos días, Brian . [la enfermera mira de manera empática al familiar y directamente a los ojos] [trata de salvar la distancia social con el nombre de pila (D1) y la deixis (tú)]	F: Hola, hola. [movimientos para sentarse bien que denotan nerviosismo, cabizbajo] [titubeo]
	E: Me gustaría hablar de cómo se encuentra tu madre . [vocaliza mucho y ritmo despacio para hacerse entender]. 	F: mum, mum . [cabizbajo, preocupado, nervioso] [E: asiente con la cabeza y sonrisa apretada de afecto para validar al familiar + diálogo empático]

Tabla 24. Intercambio no mediado 1 situación 2 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
1	(1:07') Enfermera (E): Buenos días, Brian. [saludo cordial, tono empático]		Familiar (F): Hola, hola. [asiente con la cabeza, ya se conocen, pero su rostro denota preocupación]		
	E [señala a la intérprete]: Ella es la intérprete que nos va a acompañar hoy.	Intérprete (I): Hi Brian, I'm Sara and I'm gonna be the interpreter today, okay?	F: Okay. [asiente con la cabeza y solo la mira al final porque está triste y tiene la mirada hacia abajo, cabizbajo]	I: Mira a la enfermera para que pueda continuar y aprieta los labios demostrando saber estar, respeto y preocupación por el familiar.	Non- <i>rendition</i> adecuada para presentarse.
	E: Me gustaría hablar [no impositiva + indagación para involucrar al familiar] contigo de nuevo sobre el estado de tu madre. [voz empática, fluidez] [mira a la intérprete para darle paso]	I [mira al familiar pero el familiar mira hacia abajo y se le ve emocionado]: I would like to talk to you about the condition of your mother.	F: [respiración profunda] + asiente con la cabeza denota que sí. Solo levanta la mirada al final.	I: mira a la enfermera para darle paso. La enfermera atiende a las pistas que le proporciona el lenguaje no verbal.	Con enfermera: <i>close rendition</i> excelente. Primera persona. Traslada todo el mensaje. Respeta el tono empático.

Tabla 25. Intercambio mediado 1 situación 2 inglés

En el intercambio no mediado 1, la enfermera trata de abrir la sesión de la manera más cordial posible y se esfuerza, a través de la empatía no verbal, en atender las necesidades del familiar y reducir la distancia social. Lo hace a través de la cortesía positiva con el uso del nombre de pila y la deixis [E: Buenos días, Brian. Me gustaría hablar de cómo se encuentra tu madre]. En la situación mediada por intérprete, la enfermera presenta a la intérprete para cuidar el nivel macroespacial y asegurar un clima de comodidad. La intérprete demuestra a través de su lenguaje no verbal respeto hacia el familiar y añade su nombre de pila para construir confianza. La gestión de la comunicación en el intercambio comunicativo mediado se lleva a cabo a través de las miradas de la intérprete a los interlocutores para indicar cuando comienza su turno de palabra. En cambio, en el encuentro no mediado, el familiar solamente interviene para saludar en español [F: Hola] y para utilizar la fórmula cariñosa de referirse a su madre en inglés [F: mum]. La petición indirecta que hace la enfermera en ambas ocasiones [E: Me gustaría hablar de cómo se encuentra tu madre (no mediada) / E: Me gustaría hablar contigo de nuevo sobre el estado de tu madre (mediada) / I: *I would like to talk to you about the condition of your mother*] está formulada del mismo modo para indagar e involucrar al familiar con un tono empático.

No obstante, se aprecia que en el intercambio mediado la fluidez es mayor, mientras que en el no mediado aumenta la vocalización y el ritmo es mucho más lento mayor inteligibilidad. El familiar en ambas situaciones está cabizbajo, preocupado y titubea, pero es en la situación mediada cuando asiente con la cabeza para demostrar que ha entendido lo que se le comunica. Además, en el intercambio mediado, al no tener que estar pendiente de cómo se comunica, sino que puede prestar mayor atención a las estrategias de intervención y de cortesía, la enfermera puede atender a las pistas indirectas que proporciona el lenguaje no verbal del paciente quien solo levanta la mirada en la situación mediada al final.

	ENFERMERA	FAMILIAR
2	E: Como comentamos con tus hermanas , el equipo médico y el doctor Pérez (..) [silencio terapéutico para que el familiar vaya asimilando información] mm... [suspiro, necesita pensar cómo dar la mala noticia] Tu madre está sintiendo mucho dolor y... no podemos controlar ese dolor (enfatisa) si ella sigue consciente. (F: Okay.) E: Por eso queremos administrarle unas medicinas [comunicar con honestidad y centrada en las necesidades del familiar. No impositiva] para que deje de sentir ese dolor. ¿Me entiendes? [mirada empática]	F: mee... mee... medicine? What what what medicine? [<u>movimientos de cabeza rápidos hacia los lados para denotar que no sabe de lo que le hablan. Cuando escucha medicinas, el familiar levanta rápido la cabeza y hace una señal con la mano de parar</u>] ¿qué? qué [emoción desmesurada, levanta la voz = AAI a él mismo y a la enfermera por petición indirecta con dudas] medicine? [<u>tono más elevado y nervioso</u>]
	E: ¿Qué medicina? Ehh... [pregunta para tratar de ver si es a eso a lo que se refiere] Esos fármacos son para la sedación [énfasis].	F: sedation? Sedation? [<u>manos en la boca, gesto como si se mordiese las uñas por nerviosismo y asiente con la cabeza como que comprende la palabra sedación por su similitud en inglés</u>] Okay but...[AAI porque acepta información que no desea] I don't get it... I mean... you know you know [busca comprensión con interrogatives] ... sedation is like killing her. I bet there's something else. [<u>no mira a la enfermera, mantiene la cabeza agachada y con movimientos de no</u>] Another, another drug, something, droga, drug, droga , tratamiento. [<u>movimientos de manos rápidos</u>] 
	E: [Escucha activa] [No interrumpe] ¿Otro tratamiento? [pregunta para cerciorarse si ha entendido bien]	F: Yeah, I mean, I mean. You know , the point is, the point is, you know , it's like killing her and it's up to God. It's up to God to decide when we go. And and just there's there's no way I'm going to kill my mum and there's no way my sisters are going to kill my mum . [<u>ritmo acelerado, discurso entrecortado, petición indirecta para buscar sentirse validado pero no puede expresar todo lo que desea = AAI a su imagen negativa, movimientos de todo el cuerpo</u>]. 

Tabla 26. Intercambio no mediado 2 situación 2 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
2	<p>E: Como comentamos [se incluye e involucra al familiar] el otro día con tus hermanas, el equipo médico y el Dr. Pérez, [suspiro grande] ha llegado un momento en el que no podemos controlar toda la sintomatología si está despierta y consciente [personalización, informa debidamente y con veracidad].</p>	<p>I: as we talk here with you last time and with the doctors, with the Dr. Perez, eh hh the symptoms of your mother, we cannot handle it anymore and we will have to proceed. [mientras pronuncia estas últimas palabras intuimos que sabe que no están del todo correctas y agacha la mirada] [después mira a la enfermera que denota que ya ha terminado su intervención y puede continuar]</p>			<p>Con enfermera: reduced rendition (por omisiones) y expanded rendition (al final) defectuosas. Omisión de «tus hermanas» + «si está despierta y consciente». Intenta parafrasear «we will have to proceed» pero no se adapta a lo que ha dicho la enfermera.</p>
	<p>E: [suspiro] [.hh] Por eso tenemos que [AAI al familiar porque impone una orden y da una mala noticia mediante perifrasis modal] administrarle unos fármacos que... [silencio empático] van a hacer (..) que el dolor que tiene que cada vez va a ser mayor, vaya disminuyendo, pero harán que no esté consciente [comunicar la verdad adaptada al nivel del familiar] [mira al familiar directamente].</p>	<p>I: we are going to start to administer her some medicines. Eh hh [//] And so the pain that she feels eh hh [//] is gonna be every time less. Okay? And if she will be unconscious, finally.</p> 	<p>F: sedated? [pregunta a la intérprete, levanta la Mirada, su tono denota incertidumbre] familiar pregunta por motivos sin imponer.</p>	<p>I: eh h ¿se... [falso comienzo, denota nerviosismo] sedación? [mira a la enfermera]</p>	<p>Con enfermera: close rendition adecuada.</p> <hr/> <p>Con familiar: close rendition adecuada.</p>

	<p>E: Sí [dice la verdad, da cabida a las emociones] [asiente también con la cabeza, Mirada directa y empática hacia el familiar]</p>	<p>I: yes, sedation.</p>	<p>F: But... I... I [no está convencido, falso comienzo] don't get it. I don't get it. I bet There's got to be something else [desacuerdo + petición indirecta de información]. [voz entrecortada, incertidumbre, gestos con las dos manos]</p>	<p>I: [no interrumpe pero empieza directamente después de un suspiro del familiar parece ser que todavía no había terminado] no, no, dice que no lo entiende, que tiene que haber algo más.</p>	<p>Con enfermera: <i>expanded rendition</i> adecuada por la información que da. Mira al familiar, respeta el tono y la empatía de la enfermera.</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada. Cambio a tercera persona.</p>
			<p>F: <i>Something else they can do, some other drug or...</i> [petición indirecta] [Sigue desconcertado. Gestos de sus manos que denotan incertidumbre, imposibilidad de lo que está escuchando]</p>	<p>I: ¿podremos hacer otro tratamiento, habrá otras medicinas?</p>	<p>Con familiar: <i>substituted rendition</i> (porque cambia tratamiento por algo más) y <i>expanded</i> (porque añade) defectuosas.</p>
			<p>F: I mean, sedating her is like like <i>ki killing</i> [se pone más nervioso y hay falsos comienzos y repeticiones] <i>killing her.</i> [mientras la enfermera da cabida a las emociones. Se aprecia su rostro de interés, respeto y empatía]</p>	<p>I: la sedación es como matarla. [respeta la intensidad y el énfasis en la entonación]</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada.</p>

Tabla 27. Intercambio mediado 2 situación 2 inglés

En el intercambio no mediado, la gestión de la conversación se hace a través de preguntas [E: ¿me entiendes?] para tratar de asegurar la comunicación, o con gestos como asentir con la cabeza. El familiar trata de hacerse entender e incluso utiliza la técnica de traducir algunas palabras, como «droga», que, a pesar de no estar bien traducida ayuda al diálogo [E: Esos fármacos son para la sedación / F: *Sedation? Sedation? Sedation is like killing her. I be tthere's something else. Another drug, soemthing, droga, drug, droga, tratamiento*]. Además, la enfermera demuestra escucha activa, pero al no poder comprender todo el mensaje, no puede realizar una intervención adecuada y renuncia a ello para simplificar e intentar captar lo esencial. Esta simplificación se aprecia en su respuesta «¿otro tratamiento?» sin poder argumentar sobre los fármacos que quieren administrarle. Por otro lado, el familiar busca sentirse validado a través de interrogaciones [F: *medicine?* / F: *sedation?*], pero tiene un discurso desestructurado y con repeticiones debido a las barreras lingüísticas, que acaban siendo una amenaza hacia su imagen negativa por la imposibilidad de relatar. Además, su lenguaje no verbal (a través de movimientos corporales rápidos que denotan nerviosismo) y su lenguaje paraverbal (con una entonación aguda, un ritmo acelerado, entrecortado y agitado) demuestran su incompreensión y su incomodidad. Además, su lenguaje verbal también expresa su negativa a la sedación de su madre [F: *There's no way I'm going to kill my mum and there's no way my sisters are going to kill my mum*]. Durante esta intervención, la enfermera no puede dar cabida a las emociones del familiar ni validarlas porque no le comprende, pero por su lenguaje no verbal y paraverbal aprecia que está enfadado y decide escucharle activamente sin interrumpir.

En cambio, en el intercambio mediado (tabla 27), el familiar sigue agitado y nervioso, pero sus gestos también denotan indecisión porque está entendiendo lo que la enfermera le está comunicando y no quiere tomar la decisión de aceptar la sedación para su madre. Gracias a la intervención de la intérprete, la enfermera puede dar cabida a las emociones, acogerlas y validarlas, demostrando una mayor empatía y comprensión [F: *sedated?* / E: *Sí.* / I: *Yes, sedation*] a través de la mirada directa y empática. No obstante, el familiar sigue con un discurso con falsos comienzos, titubeos y repeticiones, dado su nerviosismo. También se detecta que la intérprete está nerviosa por algún falso comienzo [I: *ehh, ¿sedación?*] lo que la lleva a parafrasear y omitir algunas partes por la dificultad en la gestión de la comunicación en un momento de tensión [E: *Ha llegado un momento en el que no podemos controlar toda la sintomatología si está despierta y consciente* / I: *the symptoms of your mother we cannot handle it anymore and we will have to proceed*]. Por ello, cuando termina su intervención, mira a la enfermera para que esta pueda continuar con su turno de palabra al tratarse de una intervención más larga de lo habitual. La enfermera utiliza estrategias de cortesía que sí son trasladadas por la intérprete, como el involucrar al familiar y ponerle en situación [E: *como comentamos el otro día* / I: *as we talk here with you last time*] así como estrategias de intervención, como comunicar la verdad adaptada al nivel del familiar [E: *van a hacer que el dolor que tiene cada vez vaya disminuyendo, pero harán que no esté consciente* / I: *and so the pain that she feels is gonna be every time less. Okay? And she will be unconscious finally*].

El familiar, debido a su negativa a la sedación y a lo que está escuchando, realiza una amenaza a la imagen positiva de la enfermera a modo de pregunta indirecta porque cree que no le está ayudando a resolver la situación de la mejor manera posible y le transmite que debe de haber otra solución [F: *I bet there's got to be something else. Something else they can do, some other drug or...* (Imagino que debe haber algo más. Algo más que ellos puedan hacer, otra medicación o...)].

	ENFERMERA	FAMILIAR
3	E: mmm. Brian, tienes que entender [trata de acoger emociones pero el familiar sufre una imposición] que la sedación no causa la muerte. La sedación es para aliviar [informa debidamente, aclara dudas, trata de tranquilizar]... mmm.... [ritmo muy lento, articulación mayor, entonación en aliviar, énfasis en no causa] [mirada empática, tono empático]	F: ali?
	E: aliviar... mmm.... [mira al suelo como buscando una opción para intentar hacerse entender] Para disminuir [gestos de manos para señalar más pequeño] el dolor, hacer que no sienta dolor.	F: Okay. Yeah. [Mano en boca que denota nerviosismo]

Tabla 28. Intercambio no mediado 3 situación 2 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
3	E: [suspiro, ritmo lento, tono empático, mirada directa] Brian, la sedación no causa la muerte, la sedación lo que hace es aliviar el dolor [comunica la verdad] [tono empático]. [mira a la intérprete para cederle el turno]	I: [la intérprete mira al familiar pero el familiar cabizbajo mira hacia la mesa] The sedation is not going to cause her death but is gonna to relieve her pain. 	F: yes, but it's it's like killing her [aumenta su nerviosismo, se quita las gafas] and at at the end of the day it is its up to God, It's up to God [Cierra los ojos, se toca los ojos] to to decide what when, When we go. I'm not, I'm not going to kill her [el familiar recibe esta información como imposición porque no la desea y tiene un discurso entrecortado y con repeticiones] and my sisters aren't going to kill too.	I: dice que la sedación es como matarla [carraspeo del familiar y la intérprete mira al familiar por si se ha perdido algo o quiere intervenir] y que no va a.. no van a hacerlo ni él ni sus hermanas.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>reduced rendition</i> básica (omisión). Durante esta intervención la intérprete le mira y mueve la cabeza como signo de comprensión y también mira de vez en cuando a la enfermera. La intérprete no interpreta esta última parte de creencias (se convierte en un AAI para el familiar y la enfermera).
	E: Brian, la sedación lo único que hace es que tu madre [ofrece motivos y utiliza el nombre de pila] se sienta mejor, que deje de sentir todo el dolor que está sintiendo ahora y que no sufra. [ritmo más lento, empatía y mirada directa]	I: the sedation what is gonna do is to, for your mother to feel better and to not cause her eh, eh, a lot of pain.	F: Okey dokey [sufre una imposición], [tono muy bajito] Just a little a little not not a lot. A little sedation. [gesto con los dedos para enfatizar que poca cantidad] [solo mira a la intérprete cuando pronuncia estas palabras]	I: solo un poco de sedación, no mucha.	Con enfermera: <i>reduced rendition</i> básica. La intérprete en este caso no transmite toda la fuerza ilocutiva por omisión de una parte. (omisión de la parte de «que dejede sentir todo el dolor y que no sufra»).
					Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.

Tabla 29. Intercambio mediado 3 situación 2 inglés

En el intercambio no mediado (tabla 28), la enfermera replica la intervención del familiar en el intercambio no mediado 2 (tabla 26) (donde decía que de ningún modo ni él ni sus hermanas iban a matar a su madre) tratando de tranquilizarlo, ya que, por su lenguaje no verbal y paraverbal lo ve muy nervioso, a pesar de no entender sus palabras. Por ello, su ritmo es muy lento, su articulación más clara y trata de poner énfasis en que la sedación no será la causante de la muerte. Sin embargo, utiliza el término «aliviar» que no es

entendido por el familiar, quien pregunta [F: ali?]. La enfermera capta que el familiar no la ha entendido y renuncia a poder dar una explicación detallada bajando el registro para adaptarse al familiar [E: disminuir el dolor, hacer que no sienta dolor] a lo que el familiar responde muy nervioso, aunque parece que sí ha entendido [F: okay, yeah].

En la situación mediada por intérprete, la cantidad de información relatada es mayor y la enfermera puede aportar explicaciones a las cuestiones del familiar sobre el uso de la sedación [E: Brian, la sedación lo único que hace es que tu madre se sienta mejor, que deje de sentir todo el dolor que está sintiendo y que no sufra], lo que realza su imagen negativa, pudiéndose expresar de manera efectiva.

La empatía también es mayor en el intercambio mediado a través de la mirada y la entonación de la enfermera hacia el familiar. La gestión de la conversación no resulta sencilla en esta parte porque el familiar está cabizbajo y el contacto visual tiene lugar entre enfermera e intérprete a fin de gestionar los turnos.

Por otra parte, en cuanto a la cortesía, el familiar manifiesta una creencia [F: *yes, but it's like killing her and at the end of the day it is it's up to God, ti's up to God to decide what and when, when we go*] que no es trasladada por la intérprete por lo que, la omisión supone una amenaza a la imagen positiva del familiar quien no podrá sentirse validado en sus creencias y a la imagen positiva de la enfermera quien no podrá aplicar sus conocimientos para validar y acoger.

	ENFERMERA	FAMILIAR
4	E: Y:: por eso necesitamos administrarle esos fármacos para ver si el dolor va a menos. [énfasis] [ofrece razones y motivos aunque limitados a los recursos de los que dispone como un registro más bajo] [mirada empática, trata de tranquilizar]	F: okay, so that, less, less, less? <u>[se toca la cabeza con la mano izquierda y con la otra mano hace gestos de poco]</u>
	E: less. [entonación de parece ser que se han entendido pero a través del lenguaje no verbal] 	F: so only Little, Little sedation, little drug, only little sedation [se siente frustrado = AAI a la imagen positiva]. [gesto con la mano para enfatizar que poca cantidad]
	E: Será la cantidad necesaria para que no haya dolor. [La enfermera intenta informar debidamente y facilitar el proceso de aceptación, pero no logra comprender al familiar en su totalidad. Su voz es serena y entonación empática. + AAI a la positiva del familiar porque da una mala noticia al familiar] 	F: okay but but but so so when she wakes up, she'll be normal? [mira a la enfermera esperando su aprobación pero ella muestra en su rostro movimientos de incompreensión por lo que el familiar vuelve a empezar para tratar de que le comprenda] She wakes up... [titubeo y pausa para intentar reformular] [Familiar recibe una AAI porque sufre una imposición al recibir esta información aunque también realiza un AAI porque pide interrogantes]
	E: wakes? 	F: wakes up, wakes up.. <u>[gestos con la mano de dormir y despertarse]</u>
	E: ¿despierta? ¿Cuándo se despierta? [tono de duda, trata de adivinar lo que el familiar dice por los gestos] [AAI a la frustración de la enfermera que no logra ayudar].	F: and she is normal again.

Tabla 30. Intercambio no mediado 4 situación 2 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
4	E: Brian, la cantidad de (.) fármacos que tenemos que [perífrasis, cortesía negativa] administrarle serán los que consideremos suficientes [AAI porque no dan opción a que decida el familiar] para quitar ese dolor y vamos a ir viendo si se lo va aliviando. [la enfermera informa debidamente para facilitar el proceso de aceptación y afrontamiento].	I: the amount of medicine that they are going to administer eh, eh, [//] is the is they think that it's gonna be the amount necessary to relieve the pain and then we will see (F: <u>But..</u>) okay? [Familiar trata de interrumpir pero la intérprete utiliza un interrogativo para ver si lo ha entendido]. 	F: I don't, I don't, yeah, okay but if they just give her a little and she wakes up again she'll be normal [denota incertidumbre]. [entonación de pregunta-afirmación]	I: ¿y si le ponemos solo un poco y después se despierta de nuevo ya va a estar normal? [respeta el tono del familiar]	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.

Tabla 31. Intercambio mediado 4 situación 2 inglés

En cuanto a la vertiente de la cortesía, se aprecia claramente que con la intervención de la intérprete se traslada toda la información y, cuando esta no está, hacen falta varias intervenciones que suponen amenazas a la imagen por frustración de ambos interlocutores. Una de estas amenazas la realiza el familiar hacia su propia imagen positiva porque es consciente de que debe aceptar la propuesta de la sedación, pero no se siente aceptado en su concepción de que sedarla equivale a matarla y, por ello, indica que sea una cantidad muy pequeña [F: *so only Little, little sedation, little drug, only little sedation*]. Tras esta petición, la enfermera también realiza un AAI a la imagen positiva del familiar porque le da una mala noticia abierta y directamente [E: será la cantidad necesaria para que no haya dolor] a lo que el familiar responde con otra amenaza a la imagen positiva de la enfermera porque cuestiona sus técnicas [F: *okay but so when she wakes up, she'll be normal?*]. La enfermera se siente frustrada, como se puede observar en la última línea de la tabla 30, por no poder argumentar el proceso y los efectos de la sedación ya que el familiar sigue creyendo que se despertará y estará normal de nuevo. En el intercambio mediado por intérprete solamente hay una intervención porque al trasladarse toda la información y ser comprendida no surgen tantos interrogantes, a pesar de que el familiar también manifieste su deseo de que la dosis de sedante sea pequeña. En esta ocasión la enfermera también realiza un acto amenazante a la imagen positiva del familiar mediante una perífrasis de cortesía negativa, sin dar opción a que el familiar vea validada su idea [E: Brian, la cantidad de fármacos que tenemos que administrarle serán los que consideremos suficientes].

No obstante, utiliza estrategias de intervención como el informar debidamente para facilitar el proceso de aceptación y afrontamiento, lo cual es trasladado por la intérprete [E: para quitar ese dolor y vamos a viendo si se lo va aliviando / I: *to relieve the pain and they we will see*]. Al final de la intervención de la intérprete, el familiar trata de interrumpir, pero la intérprete introduce una coletilla de verificación [I: *okay?*].

	ENFERMERA	FAMILIAR
5	E: (suspiro) eh, Brian, la situación de tu madre [no utiliza el diminutivo que antes ha usado el familiar = AAI que aumenta la distancia social puesto que no se adapta a su registro] es muy complicada. (..) (..) [silencio empático para que la persona vaya captando e interiorizando la información] Sabes que además de la leucemia. [ritmo lento para que se le entienda]	F: Leukemia (pronunciación > leusimia), yes. [denota que solo ha entendido esta palabra]
	E: Ella tiene un cáncer epidermoide (.) [pausa para tratar de que se le comprenda] en fase muy avanzada [veracidad, trata de trasladar lo esencial].	F: cancer of? [No entiende lo que se le ha comunicado = AAI]
	E: en la piel. [se toca el brazo para señalar la piel] [Refuerza la cortesía positiva porque responde a las necesidades del familiar y se hace entender bajando el registro].	F: oh okay, sí. [también se toca la misma parte del brazo para demostrar que ha entendido]

Tabla 32. Intercambio no mediado 5 situación 2 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
5	E: Brian, [suspiro] la situación de tu madre es muy complicada. Además de la leucemia, tiene un cáncer epidermoide en fase avanzada con lesiones cutáneas. [fluidez, tono contundente] [la enfermera mira a la intérprete para darle paso] 	I: eh, the condition of your mother is very severe. She has a skin cancer eh [//] with eh lesions in the skin as well, and it's in a very advanced stage. [familiar no mira a la intérprete mientras ella hace esta intervención, mira hacia abajo desconcertado, asiente con la cabeza mientras recibe la mala noticia lo que denota que ya conocía esta información]			Con enfermera: <i>substituted rendition</i> excelente. Lo hace conscientemente para que entienda bien lo que comunica y baja el registro (confirmado en grupo de discusión).

Tabla 33. Intercambio mediado 5 situación 2 inglés

Recordemos que el intercambio no mediado 4 (tabla 30) termina con el familiar preguntando si, cuando se despierte, su madre volverá a estar en su estado normal, a pesar de varias intervenciones de la enfermera tratando de explicarle que la sedación es necesaria. A raíz de esa incompreensión, en este intercambio no mediado (tabla 32), la enfermera denota nerviosismo a través de su lenguaje no verbal kinésico (encogimiento de hombros, gestos en la frente y movimientos posturales rápidos). No obstante, su ritmo sigue siendo lento para tratar de hacerse entender, así como acompañado del uso de la mirada para gestionar la conversación. A pesar de ello, la enfermera realiza un acto que amenaza la imagen positiva del familiar porque recibe una información que no desea [E: Brian, la situación de tu madre es complicada] y, además, no utiliza el diminutivo que antes ha utilizado el familiar *-mum* para referirse a su madre- (tabla 26). Por tanto, no se puede atender su deseo de no sedar a su madre. La enfermera intenta mitigar este daño mediante un silencio empático para que el familiar pueda interiorizar esta información que ella ha ofrecido cumpliendo con distintas estrategias de cortesía positiva: estrategia tercera (discurso directo), estrategia cuarta (uso del nombre de pila) y estrategia sexta (decir la verdad). La enfermera, también utiliza estrategias de intervención propias de las situaciones de últimos días, como informar debidamente y facilitar el proceso de aceptación y afrontamiento encaminadas a facilitar la toma de decisiones informadas. Tras la comunicación de esta noticia y habiéndola acompañado de una mayor explicación [E: Sabes que además de la leucemia, ella tiene un cáncer epidermoide], el familiar parece que solo entiende palabras clave por su reacción a cada intervención de la enfermera. En la primera reacción, confirma que entiende «leucemia» [F: *leukemia, yes*] y, en la segunda, solo entiende «cáncer» y pregunta [F: *cancer of?*] realizando una amenaza a la imagen negativa de la enfermera, quien no puede adquirir más información del paciente y también a la positiva porque no puede resolver una situación crítica. Sin embargo, no hay casi daño porque la enfermera utiliza la técnica de bajar el registro para intentar hacerle comprender esta información y también acompaña la información de un gesto (tocarse el brazo) para facilitar el entendimiento. Es cuando la enfermera indica ‘en la piel’ y se toca el brazo cuando el familiar lo comprende y así lo corrobora [F: *oh, okay, sí.*]. Este acto de la enfermera refuerza la imagen positiva del paciente porque responde a sus necesidades.

En el intercambio mediado, la intérprete facilita que se traslade toda la información en una intervención que antes se había tenido que partir en tres partes. La intérprete baja el registro [E: Brian, la situación de tu madre es muy complicada. Además de la leucemia, tiene un **cáncer epidermoide** en fase avanzada con **lesiones cutáneas** / I: *The condition of your mother is very severe. She has **skin cancer with lesions in the skin** as well, and it's in a very advanced stage*] para adecuarlo al nivel de comprensión del paciente y permite que toda la información sea comprendida. Al familiar se le aprecia cabizbajo y sin levantar la mirada, pero asintiendo con la cabeza; gesto que denota que ya conocía que su madre padecía cáncer. No obstante, demuestra rabia y enfado frunciendo el ceño.

La gestión de la comunicación en este intercambio es asumida por la enfermera, quien al terminar su intervención, mira a la intérprete para que empiece. Tanto la intérprete como la enfermera utilizan tono contundente, pero, a la vez, empático diciendo la verdad y tratando de acoger al familiar y dando cabida a sus emociones además de que la enfermera utiliza las mismas estrategias de intervención y cortesía descritas en el intercambio anterior.

	ENFERMERA	FAMILIAR
6	E: y que ella tiene lesiones cutáneas . Mm (suspiro) [se lee en sus labios que se pregunta ¿cómo era?]	F: ah, ¿heridas?
	E: heridas, heridas [repite con énfasis para demostrar que es a eso a lo que se refería] en la piel y como comentamos con tus hermanas Amm... [suspiro mientras piensa cómo dar la siguiente información] Si queremos aliviar ese dolor, tiene que ser con la sedación porque tiene síntomas [énfasis en la palabra síntomas porque intuye que el familiar lo entiende] que indican que no queda mucho tiempo para que fallezca [comunica la verdad pero no puede explicar en qué consiste la sedación]. 	F: falle? [mirada perdida, rostro de incertidumbre]
	E: Fallezca [no baja el registro pero intenta traducirlo]. Eh, mm.. eh, /pas ewey/ [pronuncia como cree que se dice en inglés pero con entonación de pregunta y duda por saber si es así o no]	F: ah die, okay, [se reclina hacia atrás, llora, se quita las gafas] how long? How much time? ¿tiempo? [movimientos de manos acelerados] [discurso entrecortado y sufre una AAI porque no es posible seguir su ritmo de validación ni atención a sus necesidades por no poder preguntar]
	E: No podemos decirlo exactamente pero no es mucho [acogida, responde con honestidad + atiende las necesidades del familiar pero no puede hacer una intervención mayor o más adecuada].	F: (suspiro). [se quita las gafas, llora, mano izquierda en la cabeza para taparse la zona de los ojos y secarse las lágrimas] Okay, okay, I unders..[voz entrecortada] I think I understand. So it's necessary? There is no other option? ¿Opción? ¿no? [movimientos de manos acelerados] [Familiar AAI a la terapeuta porque cuestiona si hay otra posibilidad]
	E: no. [AAI porque no puede explicar los motivos por tanto AAI a su imagen negativa y positiva y a las del familiar]	F: no, no, okay, so... if it's necessary, I agree, vale, vale.

Tabla 34. Intercambio no mediado 6 situación 2 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
6	E: como comentamos con tus hermanas [involucra a la familia, pone en antecedentes], ya no podemos controlar esta sintomatología y están apareciendo nuevos síntomas que nos indican que no queda mucho tiempo para que fallezca. [comunica la verdad, puede preguntar antes de dar una mala noticia]	I: and... as they talk with your sisters, new symptoms are appearing and there is no [mira su libreta] that so much time eh [//] for her.	F: what do you mean for her?	I: eh eh, que que, ¿no le queda mucho tiempo entonces?	<p>Con enfermera: La intérprete no comunica todo el mensaje como la enfermera lo menciona. Se puede considerar un AAI pero leve porque el familiar pregunta por esta última parte. <i>Substituted rendition</i> básica (cambia el registro al final + omisión de “no podemos controlar esta sintomatología”).</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>substituted rendition</i> básica. Familiar pregunta a la intérprete por sus palabras. La intérprete lo transforma siguiendo el hilo del discurso de la enfermera.</p>
	E: no [claridad, veracidad] [a la vez que pronuncia asiente con la cabeza] [responde a las necesidades del familiar]	I: no, not so much time.	F: to die? Before she dies? [Familiar pregunta con interrogantes. Necesita que se le responda]. [aumenta el timbre de voz. Demuestra incertidumbre] [mira a la intérprete]	I: ¿Antes de morir? ¿para morir? 	<p>Con enfermera: <i>expanded rendition</i> excelente. Confirma en grupo de discusión que es por empatía y miedo a que no se quede claro.</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>

	<p>E: Silencio. Solo asiente con la cabeza mirando al familiar para responderle con lenguaje no verbal.</p>	<p>La intérprete mira a ambos y respeta el silencio.</p>	<p>F: [suspiro mientras trata de asimilar información] M... Tell how long, how... [le ordena a la intérprete que pregunte how long] [voz entrecortada, respira fuerte, se mueve hacia debajo de la silla, denota incertidumbre]</p>	<p>I: ¿y cuánto tiempo tenemos?</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
	<p>E: no mucho. [.hh] [Veracidad. Se atiende a las necesidades del familiar. Terapeuta e intérprete contribuyen a su imagen negativa (recibir apoyo) y a su positiva (responder a sus necesidades de información)].</p>	<p>I: not, not so long.</p>	<p>F: yeah, okay so.. this...this is necessary? [necesita otra validación] [mira hacia abajo, incertidumbre, tono triste]</p>	<p>I: ¿o sea que es necesario?</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
	<p>E: Es necesario para que no sienta ese dolor.]La enfermera repite las palabras del familiar para su validación (refuerzo de imagen positiva). Se da la información para facilitar el proceso de aceptación y afrontamiento]</p>	<p>I: It's necessary for her to don't suffer.</p>	<p>F: There's no other possibility. No, no not other option? [vuelve a necesitar validación] [voz entrecortada y cansada pero denota un intento de buscar una alternativa, aunque imagina que la respuesta va a ser negativa]</p>	<p>I: ¿no hay otra opción? ¿otra posibilidad?</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>

	<p>E: No, Brian. [La enfermera es directa para informar con honestidad, validar su necesidad. Además, usa nombre de pila del familiar].</p>	<p>I: No [voz muy bajita, acompañada de gesto con la cabeza para decir que no].</p>	<p>F: okay, Okay [acepta información que no desea] [mira hacia la mesa, toca los papeles que tiene delante]. If you tell me that's the only thing, then. Yeah, of course, I agree [mira a la intérprete, está resignado].</p>	<p>I: vale, sino hay otra opción pues accedemos. [La intérprete se incluye]</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada (respeto por la situación, saber estar). Se incluye por empatía y dudas en cercanía (grupo de discusión).</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>close rendition</i> básica (aunque no ha enfatizado <i>of course</i>).</p>
--	---	---	---	---	--

Tabla 35. Intercambio mediado 6 situación 2 inglés

En el intercambio no mediado, la enfermera quiere añadir información sobre la patología de la madre del familiar para poder informar debidamente, de acuerdo con las estrategias de la primera vertiente [E: Y que ella tiene lesiones cutáneas], pero por los gestos de la cara del familiar cree que no la ha entendido. Se aprecia un chasquido con la mano mientras pronuncia «¿cómo era?» para tratar de encontrar un término que el familiar entienda. Sin embargo, el familiar se adelanta y pronuncia ‘heridas’ a modo interrogativo y es cuando la enfermera repite con énfasis este término y además añade ‘en la piel’. Con su objetivo de ampliar la información y que sea entendible, la enfermera sigue informando con ritmo lento, mayor vocalización y poniendo énfasis en las palabras clave mientras mantiene una mirada directa hacia el familiar [E: Si queremos aliviar ese dolor, tiene que ser con la **sedación** porque tiene **síntomas** que indican que **no** queda mucho **tiempo** para que **fallezca**]. El familiar, con rostro de incertidumbre, cuestiona el último termino [F: falle?] y la enfermera traduce este término [E: *pass away /pas ewey*] con entonación de duda por no estar segura de si lo ha pronunciado correctamente y si se le va a entender. El familiar sí entiende y utiliza otro término seguido de interrogantes que le surgen y que en la intervención anterior había mencionado la enfermera, pero que, por su estado de nerviosismo, incertidumbre e impotencia, y por las barreras comunicativas no ha entendido [F: *ah, die, okay. How long? How much time? ¿tiempo?*]. Pronuncia este último interrogante en español porque está desesperado por ser entendido. Además, su lenguaje kinésico con movimientos de manos rápidos y agitados indica que está alterado. Su discurso está entrecortado porque incluso se reclina hacia atrás, se quita las gafas y llora. Al tener un discurso entrecortado, la enfermera no puede validarle estas emociones, ni acogerle; hecho que significa un acto amenazante a ambas imágenes del familiar: la negativa al no poder recibir apoyo ni verbal ni emocional, así como la positiva, porque no se le puede validar. No obstante, al pronunciar «tiempo» y por sus indicios paraverbales y no verbales, la enfermera entiende que se refiere a «cuánto tiempo» y le responde con honestidad, pero no puede hacer una intervención mayor ni validar sus emociones [E: No podemos decirlo exactamente pero no es mucho].

La enfermera pronuncia estas palabras con un tono empático a lo que el familiar responde con suspiros, llorando, tapándose los ojos con el brazo y secándose las lágrimas. Además, verbaliza que ha entendido, aunque con la voz entrecortada y vuelve a manifestar nerviosismo que se observa a través de sus movimientos de manos acelerados y sus interrogantes sobre la necesidad de la sedación [F: (suspiro) *Okay, Okay, I think I unders...So it's necessary? There is no other option? ¿opción? ¿no?*] Con esta intervención realiza un acto amenazante a la imagen positiva de la enfermera porque vuelve a cuestionar si hay otra posibilidad. La enfermera responde con otro acto amenazante a su imagen negativa [E: No] porque no puede expresarse de manera efectiva por la imposibilidad de argumentar su respuesta y a su imagen positiva porque tampoco puede aplicar otras estrategias de intervención para una acogida ni puede ser empática.

La intervención de la intérprete en el intercambio mediado facilita la comunicación y compensa las amenazas del intercambio no mediado provocadas por la falta de entendimiento y recursos para comunicarse. Además, la cantidad de información es mayor y se observa una actitud distinta en el familiar ya que, a pesar de la dureza de la consulta, su estado no denota tanto nerviosismo sino que está más sereno porque puede comprender toda la información y se permite que se validen sus emociones y termina aceptando ya que comprende que no hay otra posibilidad. Al principio de este intercambio mediado, la enfermera involucra a la familia y pone en antecedentes al familiar [E: **como comentamos con tus hermanas** (estrategias de cortesía)] y, además, utiliza las estrategias de intervención, ya que comunica la verdad y puede preguntar antes de dar una mala noticia, así como facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento del familiar [E: Ya no podemos controlar esta sintomatología y están apareciendo nuevos síntomas que nos indican que no queda mucho tiempo para que fallezca]. Sin embargo, la intérprete cambia el registro al final de su intervención con el objetivo de que el familiar entienda el término fallecer, pero provoca en el familiar una reacción de pregunta por asombro, ya que no se esperaba la noticia de que no le queda mucho tiempo a su madre [I: *there is no that so much time for her* / F: *what do you mean for her?*]. La intérprete no traslada esta información porque el familiar le ha preguntado a ella al hilo de su anterior traducción así que la adapta al hilo del discurso de la enfermera [I: ¿No le queda mucho tiempo entonces?]. La respuesta de la enfermera se puede considerar igual que en el intercambio no mediado si atendemos a la parte verbal [E: No]. Sin embargo, a esta respuesta verbal, siguiendo las estrategias de intervención de comunicar con veracidad y claridad, le sigue un silencio empático con una carga emocional considerable ya que permite que el familiar procese la información y le dé cabida a sus sentimientos. La intérprete respeta el silencio y gestiona la conversación con miradas (*dual feedback*). El familiar suspira mientras asimila la información que ha recibido y se dirige a la intérprete con una voz entrecortada, una respiración profunda y movimientos corporales, que denotan impotencia e incertidumbre para que pregunte a la enfermera cuánto tiempo le puede quedar a su madre [F: *mm.. tell how long, how...*].

La enfermera, siguiendo la estrategia de intervención de la veracidad y la estrategia de cortesía positiva relacionada con el dar apoyo y responder a las necesidades del familiar, le contesta que no queda much, lo cual es traducido por la intérprete de manera adecuada [E: No mucho / I: *not so long*] y se realiza la imagen negativa del familiar porque prestan apoyo verbal y emocional y la positiva porque responden a sus interrogantes. Si comparamos este acto con el mismo momento en el intercambio no mediado, esta vez la intérprete facilita la comunicación y evita una amenaza a la imagen del familiar (tabla 34). Del mismo modo, al haber un clima de entendimiento mutuo, los interlocutores muestran una actitud más serena y calmada a pesar de la información que están transmitiendo y recibiendo. La empatía también se ve favorecida a través de los silencios y la entonación que permiten que el familiar procese la información y le sean validadas su emociones y pensamientos.

	ENFERMERA	FAMILIAR
7	E: Bien, Brian. Entonces [pausa de dos segundos] estaría bien que [sugerencia] en estos momentos estuvieras con tu madre y con tus hermanas y si quieres, si queréis, podéis despediros [énfasis en despediros] de vuestra madre.	F: ¿despedir?
	E: eh, eh, say goodbye [baja el registro y traduce] a vuestra madre. 	F: I don't want, I don't want to say goodbye [hace movimientos hacia atrás, cabeza hacia abajo] but okay, [suspiro] okay.
	E: Y cuando le digáis adiós, goodbye, empezaremos con la sedación y... [pausa empática] verás [personalización] que... el sufrimiento y el dolor cada vez va a ser menor, cada vez menos, less. [dice less buscando la comprensión del familiar porque antes ya se ha mencionado esta palabra] 	F: (suspiro) less pain? Okay. [dificultades para salirle la voz, titubeo, mano izquierda en la cabeza, no mira a la enfermera] I... I understand, you're right. Okay. Thank you thank you very much for your... for the information. Very kind. Muy amable. [expresa agradecimiento a pesar de sufrir una imposición] Gracias. Thank you. [muy emocionado]
	I: [largo suspiro y cara que muestra empatía a través de la mirada y comprensión pero también denota frustración (AAI a la positiva de la enfermera)]	

Tabla 36. Intercambio no mediado 7 situación 2 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
7	E: Brian [nombre de pila], sé que es un momento difícil [expresa entendimiento y apoyo] y (...) por eso estaría bien que estuvieras con tu madre y tus hermanas en estos momentos [sugerencia y petición indirecta] y [cambia la voz a más empática, ritmo más lento] si queréis y os apetece, estaría bien que os despidierais de vuestra madre antes de que llevemos a cabo la sedación.	I [interviene con voz propia]: eh ¿estaría bien, sería conveniente que avisara a más familiares?			<i>Non rendition</i> excelente
	E: eh, sí pueden. Pregúntaselo. [parece que no se esperaba esta pregunta]			I: And now it's better for you to stay with your sisters and your family. And if you want, it should be also advisable to contact more relatives...	<i>Substituted rendition</i> básica (ofrece dos intervenciones en una pero no informa al familiar de que ha hecho la pregunta y después omite partes que la enfermera transmite para validar al familiar por lo que la intérprete no transmite todo).
			F: [llora, se toca los ojos y la nariz, baja los brazos y sujeta con las manos sus gafas] ye, no, okay, no there is, there is, just, just my sisters [discurso entrecortado, desbordado por emociones]. F: [gran suspiro tras la interpretación]	I: vale no, solo sus hermanas.	Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada (3ª persona).

	<p>E: Entonces... [silencio empático] Brian, cuando os hayáis despedido de vuestra madre empezaremos el proceso de sedación y verás como los síntomas de sufrimiento y dolor de tu madre van a ir desapareciendo [mirada empática] [da cabida a los sentimientos y emociones].</p> 	<p>I: Okay [para demostrar que ha entendido a la enfermera], when you say goodbye to your <u>mum</u> (F: I don't want to say goodbye [se pone las gafas de nuevo]) [El familiar interrumpe, pero no se interpreta esta parte] with your sisters, you will see how with the administration of this sedation she will be without pain and relief from many suffer.</p>	<p>F: yeah, yeah, okay if that's what the doctor says, yeah then, ye [se rasca la cabeza, está muy emocionado, ha sido una consulta complicada].</p>	<p>I: [familiar mientras suspira, mirada desconcertada, triste, le salta alguna lágrima] si es lo que el doctor dice, sí.</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada.</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
			<p>F: okay [mira a la enfermera] okay [mira a la intérprete] and and thank you thank you for the information, thank you for telling me [refuerza la imagen positiva de la terapeuta] [coge la punta de los papeles que tiene delante y la va doblando poco a poco].</p>	<p>I: gracias por la información y por decírmelo</p>	<p>Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
			<p>F: [mira a la intérprete y le da las gracias] and thank you, thank you very much. Your job must be very hard, very tough.</p>	<p>I: thank you we always try to help.</p>	<p><i>Zero rendition</i> básica (la intérprete le contesta pero no se interpreta ni se informa a la otra parte).</p>
			<p>F: thank you very much [llora desconsolado, se tapa los ojos con la mano izquierda].</p>		

				I [interviene con voz propia y mira al familiar de vez en cuando]: I'm sorry.	Zero rendition excelente [expresa condolencias]
			F: [se dirige a la intérprete, pero se tapa los ojos, llora] that's okay. [Tanto la enfermera como la intérprete acogen las emociones del familiar. Saben estar y demuestran respeto. Silencio empático]		

Tabla 37. Intercambio mediado 7 situación 2 inglés

Tras el intercambio no mediado 6 que terminaba con la enfermera indicando que no quedaba mucho tiempo para que falleciese la madre, en este último intercambio la enfermera trata de hacer una sugerencia al familiar para que aproveche y pueda despedirse de su madre antes de la sedación [E: Bien, Brian. Entonces estaría bien que en estos momentos estuvieras con tu madre y con tus hermanas y si quiere, si queréis, podéis despediros de vuestra madre]. En esta intervención a modo de sugerencia para buscar una cooperación (estrategia 13 de cortesía positiva), la enfermera enfatiza el término «despediros» que no es entendido por el familiar y así lo demuestra porque repite el mismo término como un enunciado interrogativo [F: ¿despedir?]. La enfermera baja el registro para buscar un término que quizá sea más comprensible, pero se le ve frustración por sus movimientos de brazos, manos y rostro, aunque finalmente opta por traducirlo [E: eh, eh, *say goodbye*]. Al traducirlo, el familiar sí lo comprende y tiene una reacción de rechazo puesto que no quiere aceptar el tener que despedirse que manifiesta verbalmente y no verbal con sus movimientos corporales hacia atrás y estando cabizbajo [F: *I don't want, I don't want to say goodbye*] pero mira a la enfermera que mantiene la mirada directa y, tras suspirar, cambia de actitud y termina aceptando la información con una entonación más grave y con la voz entrecortada [F: (suspiro) *But okay, okay*]. Dada su aceptación, la enfermera argumenta a modo de validación de las emociones del familiar con una pausa empática, el uso de la personalización y traduciendo dos palabras clave que ya sabe que el familiar conoce porque les han servido para entenderse anteriormente [E: Y cuando le digáis **adiós, goodbye**, empezaremos con la sedación y... (pausa empática) **verás** (personalización) que el sufrimiento y el dolor cada vez va a ser menor, cada vez **menos, less**]. El familiar, tras esta intervención, responde reiterando su aceptación [F: *Less pain? Okay*] y con una entonación más tranquila a pesar de titubear y tener la mano izquierda sobre su cabeza y sin mirar a la enfermera.

Tras esta actitud, levanta la mirada y visiblemente emocionado agradece a la enfermera su amabilidad a pesar de haber sufrido una imposición, ya que no quería recibir este tipo de información e, incluso, se esfuerza por agradecerse en español al final [F: *I understand, you're right. Okay. Thank you, thank you very much for your... for the information. Very kind. Muy amable*]. La enfermera, para cerrar la consulta emite un largo suspiro seguido de movimientos de boca y frente que denotan empatía y comprensión, aunque también su lenguaje no verbal da a entender un estado de frustración por no poder ampliar la información ni acoger ni validar todo lo que el familiar está sintiendo.

En el intercambio mediado por la intérprete, esta consigue que se traslade toda la información. Tras la primera intervención de la enfermera a modo de petición indirecta y sugerencia con el objetivo de expresar entendimiento, apoyo y validación, así como empatía [E: Biran, sé que es un momento difícil y por eso estaría bien que estuvieras con tu madre y tus hermanas en estos momentos y si queréis y os apetece, estaría bien que os despidierais de vuestra madre antes de que llevemos a cabo la sedación], la intérprete actúa en voz propia para preguntar a la enfermera si debería el familiar avisar a más familiares. La enfermera, aunque sorprendida, le contesta de manera afirmativa por lo que se considera un hecho en beneficio del familiar y de este modo la intérprete junta las dos intervenciones de la enfermera en una para trasladarle esta información a pesar de no haber informado al familiar que iba a hacer una pregunta a la enfermera [I: *And now it's better for you to stay with your sisters and your family. And if you want, it should be also advisable to contact more relatives*]. El familiar agradece este gesto, pero está visiblemente desbordado emocionalmente y con la voz entrecortada indica que solo están él y sus hermanas seguido de un gran suspiro [F: *okay, no, there is, there is, just, just my sisters*]. Acto seguido, la enfermera abre un silencio empático y valida estas emociones del paciente explicando lo que ocurrirá con el proceso de sedación con una mirada empática. La enfermera gestiona los turnos de palabra mirando a la intérprete para que pueda empezar y nada más pronunciar que se puede despedir, el familiar interrumpe que no quiere despedirse [I: *When you say goodbye to your mum / F: I don't want to say goodbye*] aunque la intérprete continúa con su intervención para trasladar toda la información. El familiar, tras escuchar toda la información acepta diciendo que, si es lo que la enfermera considera como mejor posibilidad, pues habrá que aceptarla, aunque se aprecia su mirada desconcertada, triste e impotente y su llanto. Tras la interpretación de esta aceptación, el familiar mira a la enfermera y después a la intérprete y les agradece el que le hayan transmitido la información, aunque se aprecia su gesto de nerviosismo e impotencia ya que coge unos papeles que tiene delante y los va doblando poco a poco mientras agradece a ambas interlocutoras. La intérprete asiente con la cabeza para agradecer sus palabras y traslada a la enfermera las palabras de agradecimiento del familiar quien también vuelve a dar las gracias a la intérprete, alegando que su trabajo debe ser difícil [F: *And thank you, thank you very much. Your job must be very hard, very tough*] a lo que la intérprete responde que se lo agradece y que solo intentan ayudar incluyendo a la enfermera [I: *Thank you, we always try to help*].

Tras el agradecimiento, el paciente se emociona y llora mientras se tapa los ojos con la mano izquierda. Ante esta situación, la intérprete le dice que lo siente [I: *I'm sorry*] y el familiar le mira y, a pesar de estar emocionado, con un gesto con los ojos le vuelve a agradecer. Tanto la intérprete como la enfermera mantienen unos segundos un silencio empático para cerrar la consulta demostrando respeto y acogiendo las emociones del familiar con el objetivo de facilitar el proceso de afrontamiento.

6.1.2.3 Situación 3 inglés: duelo

La situación 3 trata una consulta de seguimiento del duelo unas semanas después del fallecimiento de la pareja del paciente. En este caso, el doliente es Hugh quien recibe la visita de la enfermera terapeuta, Irene, de la Unidad de Hospitalización a Domicilio por la pérdida de Margaret por un cáncer de útero. Esta enfermera es la que ha llevado el seguimiento de Margaret y por ello acude para valorar el estado de Hugh, ya que para él la pérdida de su mujer ha sido muy dolorosa, sobre todo por no poder despedirse. El hijo de Margaret, Andrew, tomó la decisión de sedarla sin consultar con Hugh, quien había sido su cuidador principal durante todo el proceso de la enfermedad. Hugh es maestro de yoga, tiene creencias cercanas al budismo y confía en el poder curativo del reiki. La intérprete en esta situación está contratada por el doliente y ya se conocen con anterioridad.

A continuación, se incluyen dos imágenes que describen la situación de los interlocutores y la distribución del espacio:

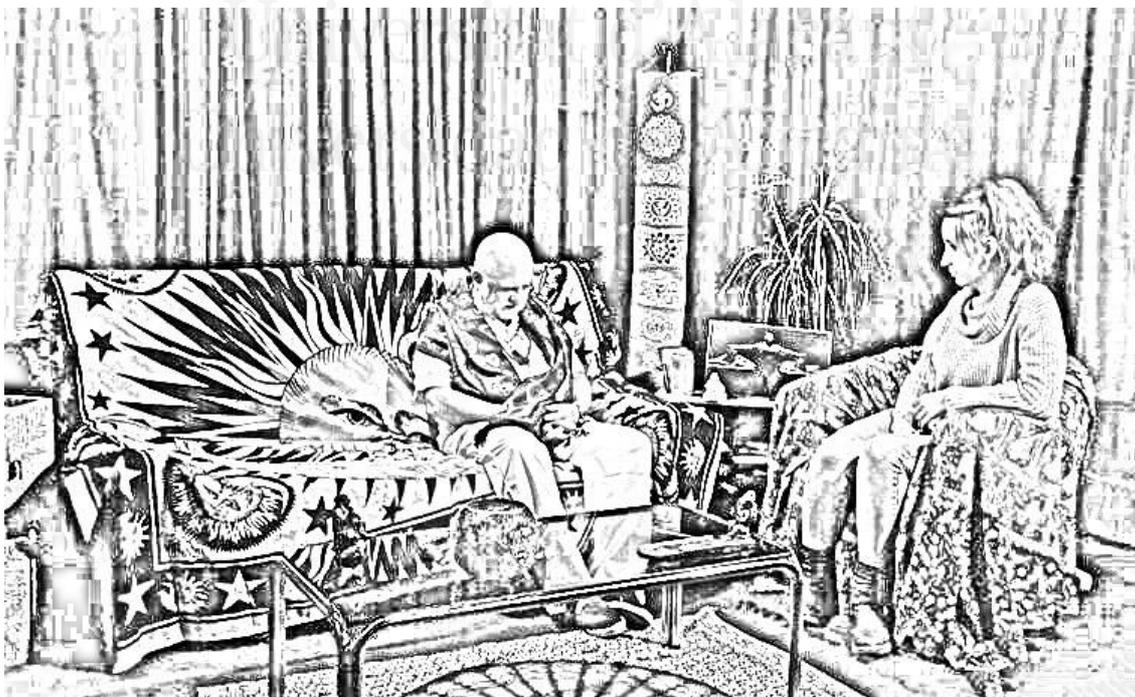


Imagen 13. Descripción de la situación 3 en inglés no mediada

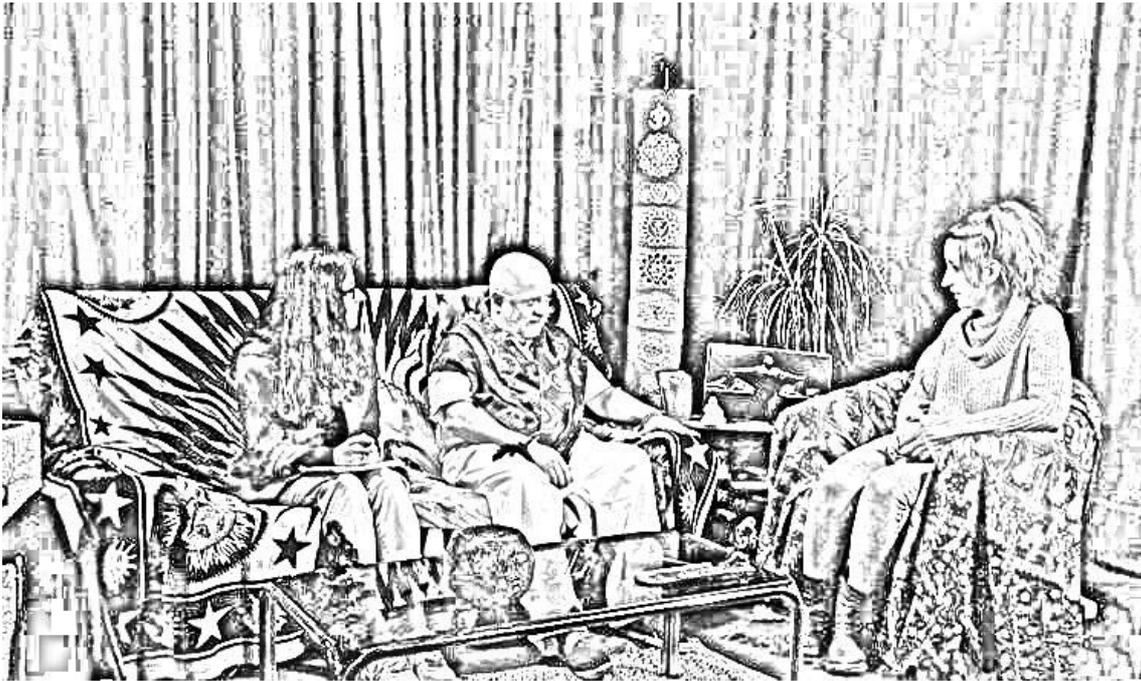


Imagen 14. Descripción de la situación 3 en inglés mediada por intérprete

Tras estas imágenes se presenta el análisis siguiendo las mismas convenciones utilizadas en las situaciones anteriores.

	ENFERMERA	DOLIENTE
1	<p>Enfermera (E): Hola, /Giu/. Me alegro mucho de verte y [suspiro y movimiento corporal] siento mucho la pérdida de Margaret [refuerza imagen positiva y negativa del doliente].</p> <p>[mirada directa] [tono empático] </p>	<p>Doliente (D): Hola, hola. Gracias [ha entendido, refuerza la imagen negativa de la terapeuta con este agradecimiento]. I'm just... I'm just, I'm just. I don't know what to say I don't know. I have no words. It's just... I don't know what to say, what I'm going to do. She she was my life. She was everything. She she did everything for me. I don't...I'm never going to get over this. Never. [doliente con un poco de titubeo, todavía no se cree lo que le toca vivir y con tono cansado, triste y desolado acompañado de muchos suspiros].</p> <p>[mirada al suelo, algunas veces a la enfermera]</p>

Tabla 38. Intercambio no mediado 1 situación 3 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
1	<p>E: Hola, Hiu [nombre de pila], me alegro mucho de verte [invita a narrar, garantiza apoyo]. [mira directamente al doliente a los ojos] [tono empático]</p> 		<p>P: Hola [sonríe a la enfermera] El doliente responde con «hola» en español (refuerza imagen negativa del terapeuta)</p>		
				<p>I: Hi, hello. She is glad to see you.</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada aunque no enfatiza el «mucho» de la enfermera.</p>
	<p>E: ¿y tú eras la intérprete, no? [mira a la intérprete y se dirige directamente a ella]</p>	<p>I: Yo soy la intérprete, sí. [sonrisa y movimientos de cabeza]</p>			<p>Con enfermera: <i>non rendition</i> adecuada (no se indica al doliente qué han dicho). Mantienen esta pequeña conversación porque la intérprete está traída por el doliente.</p>
	<p>E: Ehh [//] (..) [suspiro], siento mucho la pérdida de Margaret [expresa entendimiento, validación, invitación a narrar, reciprocidad y apoyo].</p>	<p>I: I'm very sorry about Margaret's death.</p>	<p>P: [rectifica a la intérprete. Denota que tiene confianza] Maggie. [incluso le hace un gesto con la mano como una rectificación, pero con respeto]</p> 	<p>I: Ah, Maggie, sorry.</p> 	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> excelente (primera persona). Intérprete reproduce la fuerza ilocucionaria. La intervención de la intérprete contribuye a reforzar la imagen positiva del doliente de sentirse aceptado y la negativa por recibir apoyo verbal y emocional.</p>

					Con doliente: <i>zero rendition</i> básica. Mantienen esta conversación paralela que no explican a la enfermera.
			D: Thank you thank you [asiente con la cabeza]	I: Gracias	<i>Close rendition</i> adecuada.
	[Doliente puede expresar sus sentimientos y emociones. Refuerzan su imagen positiva y negativa. La enfermera escucha de manera activa]		D: because i'm just I'm just [suspiro] overwhelmed. I don't know what to do [voz y rostro que denotan cansancio y tristeza] [ritmo lento] [cabizbajo]	I: porque no sé qué hacer, estoy muy sobrecogido.	<i>Close rendition</i> adecuada (primera persona) Aunque ha cambiado el orden.
			D: It's just that she was everything. Everything to me. She was my life [voz cansada, desolado] [cabizbajo, mira hacia abajo]	I: Ella lo era todo para mí. Ella era mi vida. [movimientos de cabeza como de seguimiento de la conversación]	<i>Close rendition</i> adecuada (primera persona, no ha repetido dos vez «everything to me»)
			D: Without her I've just... there's nothing left	I: y sin ella no queda nada, no hay nada más.	

Tabla 39. Intercambio mediado 1 situación 3 inglés

Este primer intercambio comunicativo se basa en el saludo y expresar condolencias. En el intercambio no mediado (tabla 38), la enfermera gestiona la comunicación con el uso de la mirada directa. La intervención de la enfermera empieza con el uso del nombre de pila y la expresión de las condolencias [E: Hola, Hugh /Giu/. Me alegro mucho de verte y siento mucho la pérdida de Margaret]; acto que refuerza ambas imágenes del paciente: por un lado, la positiva porque valida al doliente, ya que por su lenguaje no verbal y paraverbal se le aprecia triste y cabizbajo y, por otro, la imagen negativa porque apoya de forma verbal y emocional al doliente con sus palabras y entonación empática. El doliente, agradece estas palabras, aunque parece que no las ha comprendido en su totalidad, pero, gracias al tono empático y la actitud de la enfermera, empieza a narrar cómo se encuentra con repeticiones, titubeos, tono cansado, triste y desolado, acompañando su relato con suspiros y bajando la mirada al suelo durante su intervención.

Al principio del intercambio mediado, la intérprete traslada el saludo del doliente a la enfermera y esta se asegura de que es la intérprete. Durante el intercambio comunicativo mediado, la intérprete favorece que se traslade toda la información. Además, con intérprete, la enfermera puede validar y reforzar ambas imágenes del doliente, así como profundizar en la escucha activa. Como ejemplos de refuerzo de la imagen negativa podemos resaltar el momento en el que la enfermera invita a narrar y garantiza su apoyo [E: Siento mucho la pérdida de Margaret] y la imagen positiva cuando la enfermera escucha activamente al doliente y le traslada una mirada empática de comprensión y validación de las emociones que está sintiendo por la pérdida de su mujer. El paciente, dentro del discurso emocional, puede relatar con mayor facilidad y tranquilidad sus sentimientos en el intercambio mediado gracias a la intervención de la intérprete, quien va gestionando la comunicación con la mirada (*dual feedback*). Además, se aprecia la confianza del doliente con la intérprete cuando se permite llamarla de la forma cariñosa «Maggie» en lugar de Margaret.

	ENFERMERA	DOLIENTE
2	E: Entiendo que [expresa entendimiento y validación] te sientas así si ella [da cabida a todas las emociones] era tu todo. [mira directamente al doliente] [ritmo lento] [tono empático]	D: yeah, todo, todo [doliente refuerza imagen negativa de la terapeuta porque le confirma que sí era eso a lo que se refería], everything, everything. [mirada perdida, no mira casi a la enfermera]
	E: eh... porque es una pérdida muy importante. Very important [refuerza la imagen positiva y negativa del doliente puesto que expresa escucha activa, entendimiento y validación]. [ritmo muy lento] [movimientos de la cara (aprieta los labios, cejas hacia abajo) denotan respeto y que acoge esa tristeza]	D: Very very very important. She she she just meant everything to me. I... Life means nothing without her. Nothing. I have nothing to look forward to this. It's just this great hole in my life. [movimientos de brazos hacia arriba y hacia las piernas en señal de no sé qué hacer] [mira a la enfermera] [fluidez, ritmo rápido]
	E: a great?	D: hole, [movimientos circulares de mano] va, va... vacío.
	E: vacío [D: yeah, yeah + suspiros [.hh] Vacío en tu vida. [enfermera trata de validar pero no consigue entender = AAI imagen positiva del doliente]	D: They pulled my... pulled my heart out out, corazón out. [se da golpes al pecho para señalar el corazón y movimientos hacia fuera]
	E: Sí, tu corazón fuera. [suspiro y ritmo lento] Es muy duro pero... también sabiendo todas [énfasis] las terapias que me contaste que hacías y... [el tono disminuye porque está pensando cómo hacerse entender] [mirada hacia abajo mientras piensa]	D: [doliente interrumpe] yeah, yeah, no no, I understand, it's true [se tapa los ojos un momento] Yeah. Although. it's it's true. All the the the Reiki and the the chakras. [señala a la enfermera] Yeah. No, you're right. I wasn't thinking we. We were prepared. We prepared. And and yeah you're right. And my beliefs help that the things that you know. Yeah. It is true. But it was just that experience in the hospital. [ritmo más rápido y afirmativo hasta que menciona hospital con voz más baja y triste]

Tabla 40. Intercambio no mediado 2 situación 3 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
2	E: entiendo que [entendimiento, cooperación, validación, acogida incondicional] [empatía verbal] te sientas (..) sobrecogido y que sientas que no hay nada más ahora porque la pérdida de Margaret debe haber sido muy importante para ti. [suspiro, ritmo lento, entonación empática, mira tanto al doliente como hacia arriba]	I: I understand that you are overwhelmed now. And that you think that there is nothing left because of the death of Maggie.	D: [empieza nada más termina la intérprete] But I, I, I [discurso entrecortado] have my beliefs [se toca la cabeza, timbre más fuerte]. we, we were prepared for this. You know, [busca validación y entendimiento] the Reiki and the chakras [gesticula con una mano].	I: ya lo sabíamos, estábamos preparando esto con los chackras...	Con enfermera: <i>Reduced rendition</i> defectuosa (omisión «la pérdida debe haber sido muy importante para ti») <hr/> Con doliente: <i>reduced rendition</i> defectuosa (omisión de «reiki» y «I have my beliefs»). Primera persona.
	Doliente puede expresar sus sentimientos y emociones. Refuerzan su imagen positiva y negativa. La enfermera escucha de manera activa.		D: but, it's just, it's just hit me so hard. I never expected this [mirada hacia el suelo, voz desconsolada].	I: pero ha sido muy duro para mí. Nunca esperé esto.	<i>Close rendition</i> adecuada (primera persona).
			D: and the hospital (...) the experience in hospital. The moment the moment it happened... [señala con la mano como si estuviese viendo en ese momento lo que ocurrió]	I: y la experiencia del hospital... el momento que ocurrió.	<i>Close rendition</i> adecuada.

Tabla 41. Intercambio mediado 2 situación 3 inglés

Tras el intercambio no mediado 1 (tabla 38) que terminaba con el doliente expresando cómo se sentía, el intercambio no mediado 2 (tabla 40) la enfermera valida verbalmente (refuerzo de la imagen positiva) y da apoyo emocional al doliente (refuerzo de la imagen negativa) [E: Entiendo que te sientas así si ella era tu todo]. El doliente ha entendido y reitera que sí, que era «su todo», utilizando este término en español, seguido de la repetición del término en inglés [D: *Yeah*, todo, todo, *everything, everything*] con tono triste y con la mirada perdida.

La enfermera quiere seguir con la validación y, tras el uso de un alteranante arbitrario paraverbal, [E: ehh] mientras se da tiempo para pensar cómo expresarse, finalmente opta por traducir el final de su segunda intervención, utiliza un ritmo muy lento y sus gestos (aprieta los labios y frunce el ceño) denotan acogimiento y empatía [E: Porque es una pérdida muy importante, *very important*]. Seguidamente, el doliente hace una intervención más larga y rápida con movimientos corporales que indican incertidumbre y que está perdido sin saber qué hacer sin su mujer, pero mientras lo verbaliza, mantiene la mirada directa hacia la enfermera. El rostro de la enfermera denota incompreensión (dada la rapidez de la intervención) y pregunta por una palabra sin poder validar al doliente, por lo que comete un acto amenazante a su imagen positiva [D: *Very very very important. She she she just meant everything to me. I... Life means nothing without her. Nothing. I have nothing to look forward to this. It's just this great hole in my life / E: a great?*]. Seguidamente, el doliente traduce esta palabra al español y ella consigue hacerse una idea de lo que quería explicarle, aunque no consigue validarle porque solamente entienden algunos términos, como «vacío» y «corazón», con los que tratan de construir el relato, por lo que la enfermera amenaza la imagen positiva del doliente al no poder validarle y la negativa por no poderle ofrecer apoyo [E: vacío, vació en tu vida / D: *they pulled my...pulled my heart out, out, corazón out / E: Sí, tu corazón fuera*]. Sin embargo, el lenguaje no verbal y paraverbal de ambos ayuda a que se entiendan un poco, ya que, por ejemplo, el doliente se toca el pecho cuando quiere referirse al corazón. En la última intervención de la enfermera, esta se queda pensando cómo explicarse y mira hacia abajo, pero el doliente le interrumpe para explicarle sus creencias con un ritmo rápido y acelerado hasta llegar a la parte del relato que narra la experiencia en el hospital y lo que más le dolió con voz baja y triste. En este intercambio se aprecia que están más centrados en entenderse.

En cambio, en el intercambio mediado, la intérprete aporta más tranquilidad y comodidad a los interlocutores porque la información sí se traslada con mayor fluidez. Además, la enfermera puede permitirse una intervención más larga, sin interrupciones, como es la primera donde expresa entendimiento, cooperación, validación y acogida incondicional con sus palabras y con un tono empático [E: Entiendo que te sientas sobrecogido y que sientas que no hay nada más ahora porque la pérdida de Margaret debe haber sido muy importante para ti]. Tras esta intervención, directamente el doliente confiesa sus creencias con un discurso entrecortado y un volumen más fuerte. También menciona al final su experiencia en el hospital y gesticula con la mano como si estuviese reviviendo en ese momento lo que ocurrió. La intérprete traslada de manera adecuada toda la intervención del doliente, mientras la enfermera escucha de manera activa y valida con la mirada reforzando ambas imágenes, demostrando comprensión y validación y dando cabida a todos sus sentimientos y emociones.

	ENFERMERA	DOLIENTE
3	E: <u>[no interrumpe pero habla nada más escucha hospital]</u> ¿el hospital? ¿qué pasa con el hospital? [no puede validar porque no ha entendido todo pero ha escuchado hospital y quiere indagar en esta parte]	D: It was just <u>that that that that</u> [repeticiones] moment in the hospital, that the sedation. [cabizbajo, solo mira a la enfermera cuando pronuncia «sedation»]
	E: sedación, la sedación. [demuestra que lo ha entendido]	D: sedation... that's what that just I and I'll never get over that. I was... you know [suspiro], I was with her and then her son Andrew, Andrew. [doliente con voz muy cansada, triste] [énfasis en «her son Andrew», más cabreado] [pausas] [discurso entrecortado]
	E: su hijo, Andrew. [uso del nombre de pila y repetición para tratar de validar]	D: He was there [tono más enfadado] and he wanted to be with her [se cubre la cabeza con la mano izquierda]. So I... So I left them. I left them together. Mother and son [movimientos en los brazos y manos para dar a entender que no quedava otra]. Madreee hij...[solo mira a la enfermera en esta última frase para enfatizar que es importante que le entienda]
	E: Margaret and Andrew? [pregunta mediante repetición para ver si ha entendido]	D: Maggi [corrige a la enfermera] and her son. I left them together. And ehh... And. And then when I came back. Everything changed. They sedated her and. And. And [suspiro] it was all different. [voz muy cansada]
	E: ¿todo era diferente? [la enfermera no consigue captar todo el discurso anterior del doliente y pregunta con repetición de palabras]	D: yeah, yeah. And And then I didn't get the chance to say goodbye to her. [ritmo acelerado] I never said when I came back, she was sedated. I never said goodbye. Her son Andrew [sube el tono, entonación de enfado y ritmo más acelerado] [mira a la enfermera menos cuando se refiere a Andrew y hace gestos con la mano como si lo estuviese señalando y recreando en su mente la situación] stopped me from saying goodbye to her because he... he... they should have asked me. They should have explained. [tono más calmado de resiliencia] (E: más... [movimientos de las manos para pedir que hable más despacio y movimientos de cambios de postura por nerviosismo] perdón) [doliente vuelve a explicar con ritmo más lento]
	E: ¿no sabías...? [la enfermera no interrumpe pero indica al doliente que vaya más despacio porque no consigue seguirle = AAI a la positiva del doliente por no poder atenderlo bien y a la negativa por no poder darle apoyo]	D: No sabía. I left. They sedated. Sedación her (E: llevaron a cabo la sedación) with Andrew, her son (E: Sí) and when I came back, when I returned... (E: cuando volviste, sí) she was sedated and I never had the opportunity (E: la oportunidad) to say to say goodbye to her. [la enfermera va entendiendo palabras y el tono y ritmo del doliente son más lentos].
	E: de despedirte. 	D: yeah, yeah. And they didn't ask me. Andrew didn't tell me. The doctors didn't ask me. [entonación de enfado, ritmo más rápido acompañado de movimientos de manos rápidos]. [mira a la enfermera]
	E: Nadie te dijo nada. 	D: No, I didn't know. if if I had stayed, I should have stayed. I didn't stay. I went away. That was a mistake. That was bad. I should stay and be with her. [entonación de enfado, ritmo rápido, movimientos de manos] But I never said goodbye [suspiro] [esta última frase el tono es más relajado, de resiliencia incluso con un poco de titubeo].

Tabla 42. Intercambio no mediado 3 situación 3 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
3	E: ¿qué pasó en el hospital? [invita a narrar, da cabida a las emociones + indagación] [entonación empática, invita a narrar] [mirada directa al doliente]	I: What happened in hospital?	D: Well, I was with Maggie and [levanta las manos a la altura del pecho y mira hacia delante como recordando la situación exactamente] and then her son was there. Andrew [lo nombra con un tono de voz más enfadado], her son was there. And I left them alone. I thought that was the right thing to do. So I left Andrew with... [acaba su intervención y vuelve a mirar hacia abajo] [el doliente relata lo ocurrido y refuerza la imagen negativa de la enfermera y la suya negativa]	I: Pues después dejé a Andrew, su hijo con Maggie porque creía que era lo correcto. Les dejé solos.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con doliente: <i>summarized rendition</i> básica (resume lo que el doliente quería decir pero no traslada «I was with Maggie») Primera persona.
			D: I went away from it. That was intensive care. I went away from intensive care and left him there [mira a la intérprete, siente rabia]	I: se fue de los cuidados intensivos, los dejó allí. [intérprete mira a la enfermera quien asiente con la cabeza: gestión de la conversación]	<i>Close rendition</i> adecuada (tercera persona).
			D: And then when I came back , everything had changed. [sigue con gestos con la mano como recordando esa escena] [tono enfadado]	I: y cuando volvió todo había cambiado [la intérprete es la que gestiona la comunicación en esta parte]	<i>Close rendition</i> adecuada (tercera persona).
	[Enfermera escucha activamente]		D: they sedated her [tono muy enfadado, volumen más alto, nerviosismo, movimientos corporales más agitados]	I: la habían sedado	<i>Close rendition</i> adecuada.

	[Enfermera escucha activamente]		D: And so was her son, Andrew [aumenta su nerviosismo]. I mean, I didn't know. No, Nobody [discurso entrecortado] told me they were going to sedate her [nerviosismo, titubeo]	I: Y Andrew, bueno, su hijo, bueno nadie me había avisado de lo que, de que la iban a sedar. [intérprete asiente mientras el doliente relata]	<i>Close rendition</i> adecuada (primera persona).
	[Enfermera escucha activamente y da cabida a las emociones]		D: and and... [alargamiento silábico] so so so [titubeo, falso comienzo] I didn't have the chance to say goodbye. I never said goodbye to her [voz entrecortada y temblorosa] [expresa tristeza e imposibilidad de despedirse]	I: no tuve la oportunidad de despedirme de ella. Yo nunca le dije adiós. [demuestra empatía no verbal mientras el doliente relata]	<i>Close rendition</i> excelente (primera persona, transmisión de la fuerza ilocucionaria)
	[Enfermera escucha activamente]		D: It's not right, is it? [mira a la intérprete y le pregunta]	I: no es justo ¿verdad? [el doliente pregunta a la intérprete quien traslada la pregunta a la enfermera para que esta pueda contestar y validar = la intérprete mitiga el daño y refuerza la imagen positiva del doliente]	<i>Close rendition</i> adecuada.
	[Enfermera escucha activamente y permite el relato así como da cabida a todas las emociones]		D: somebody should have asked me. [expresa sus sentimientos de rabia] Somebody should have told me. I should have been I should have been consulted. [entonación más elevada, denota rabia y	I: Alguien debería de habérmelo contado. Alguien debería de haberme consultado antes.	<i>Close rendition</i> adecuada (primera persona).

			malestar, movimientos corporales más agitados. Mira a la intérprete durante toda su intervención]		
			D: no? [se dirige a la enfermera]	I: ¿no?	Close rendition adecuada.

Tabla 43. Intercambio mediado 3 situación 3 inglés

El intercambio no mediado empieza con una indagación de la enfermera como estrategia de cortesía positiva para ver si puede obtener más información y puede conocer mejor el estado del doliente. Además, con estas preguntas, utiliza las siguientes estrategias de intervención: la de invitar a narrar, facilitar la expresión de la vulnerabilidad y ayudar en la recolocación emocional del fallecido [E: ¿El hospital? ¿Qué pasa con el hospital?]. El doliente indica con un discurso con repeticiones y cabizbajo que fue el momento de la sedación [D: *it was just that that that that momento in the hospital, that he sedation*]. La enfermera no interrumpe, pero empieza nada más pronuncia el doliente «sedation» y ella repite esta palabra en español para demostrar comprensión y dar pie a que siga narrando [E: sedación, la sedación]. El doliente le responde siguiendo el mismo tono de voz cansado y triste que fue decisión del hijo de Margaret, Andrew, a lo que la enfermera repite el nombre para demostrar que ha entendido esto. Acto seguido, el doliente va elevando el tono y con movimientos corporales más agitados, que denotan enfado, va relatando el momento en el que dejó a Margaret a solas con su hijo. Lo intenta decir en español porque deduce del rostro de la enfermera que esta no entiende todo el mensaje [D: *He was there and he wanted to be with her. So I... I... left them. I left them together. Mother and son. Madreee hij...*]. La comunicación entre los dos se basa en la repetición de algún término que entienden por ser similar en ambos idiomas como *different(es)-different(en)* [D: *It was all different* / E: ¿Todo era diferente?]. El doliente llega al punto en el que cuenta que no le dejaron despedirse con un tono de nerviosismo.

En el intercambio mediado, el doliente también expresa la misma información, pero sin un discurso tan entrecortado. La empatía que transmite la enfermera a través de su tono de voz y los silencios son respetados por la intérprete por lo que, a pesar del estado del doliente de tristeza, enfado y rabia, puede comunicarse con mayor facilidad y tranquilidad. El lenguaje no verbal y paraverbal del doliente acompaña su discurso en ocasiones nervioso y alterado porque no le habían comunicado que iban a sedarla [D: *And so was her son, Andrew. I mean, I didn't know. No, nobody told me they were going to sedate her*], con tristeza e impotencia por no haberse podido despedir [D: *I didn't have the chance to say goodbye. I never said goodbye to her*] y con rabia porque nadie le preguntó si estaba de acuerdo con la decisión de sedar a su mujer [D: *Somebody should have asked me*]. En las intervenciones del doliente es la intérprete la que gestiona los turnos de palabra a través de la mirada empática. Al final del intercambio, el doliente pide a la enfermera confirmación de que sus pensamientos y emociones no son extraños tras

lo sucedido, aunque lo pronuncia mirando a la intérprete y es esta quien lo traslada a la enfermera [D: *It's not right, is it?* / I: No es justo, ¿verdad?] para que pueda validarle y asegurarle su imagen positiva y garantizarle apoyo reforzando la imagen negativa. La enfermera, además, con su escucha activa y mirada empática facilita una relación de apoyo y la expresión del amor y la vulnerabilidad (estrategias de intervención en duelo descritas en la vertiente 1).

	ENFERMERA	DOLIENTE
4	E: Mm. Vale, /Giu/ [nombre de pila]. Entiendo que te sientas molesto por no haber podido despedirte, eh to say goodbye , a Margaret. [ritmo muy lento] (D: Maggi, Maggi). Maggi, [corrige] pero quiero que entiendas que... [tono empático]	D: [doliente interrumpe] it was like we we we killed her. It was like we killed her. They sedated her and she died. We killed her. [ritmo rápido, entonación fuerte de culpa].
	E: La culpa no es vuestra ni de la sedación. No your fault. (D: no? [intenta convencerse]) No [tono más rotundo]. Ni de la sedación. Gracias a la sedación, Margaret, eh, Maggie pudo hacer el tránsito en paz, in peace , sin dolor.	D: yeah, yeah, I know that. I do know that. [movimientos de cabeza afirmativos y tono relajado] You're right. It's good to talk, I know you're right [la enfermera suspira] but I... they didn't ask me. I didn't get to say goodbye. And now I just miss her so much. I just loved her so much [énfasis]. I don't know if she knew that I loved her. [las tres últimas frases están pronunciadas con un tono más decaído denotando incertidumbre, soledad, no saber qué hacer, y miradas hacia abajo].
	E: ella lo sabía. She know. [entonación afirmativa]	D: do you think? [voz baja buscando una afirmación] ↔
	E: Igual que yo sé que la querías muchísimo. You love ella. Y lo puedo sentir [mano en el corazón y tono empático] y todo lo que has vivido con ella (suspiro) es muy bonito y siempre tienes que recordarlo. [ritmo muy lento]	D: yeah, yeah you're right. I know, I know she's happy now, it was just that moment. [mira hacia abajo y hacia delante, asiente con la cabeza] Thank you, thank you... talking to it's really... thank you, thank you I need to talk. [tono de agradecimiento dentro de su sentimiento de tristeza, mira a la enfermera a los ojos]

Tabla 44. Intercambio no mediado 4 situación 3 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
4	E: <i>comprendo que te sientas así y que sientas que nadie te preguntó y que estés enfadado por no haberte [suspiro]podido despedir de Margaret en los últimos momentos [acoge emociones, valida, facilita apoyo dese la reciprocidad]. [tono empático]</i>		D: <i>[rectifica a la enfermera] Maggie, Maggie.</i>	I: Maggie.	<i>Close rendition</i> adecuada.
	E: <i>Maggie, vale. [acepta y rectifica]</i>	I: I understand that you feel like this, nobody asked you ehhh and that you couldn't then say goodbye. <i>[Pausa de dos segundos, silencio]</i> and it's normal that you feel angry.	D: <i>very angry. [asiente con la cabeza que es así como se siente] They shouldn't have done that. [voz muy baja, cabizbajo]</i>	I: no deberían de haberlo hecho.	Con enfermera: <i>Close rendition</i> básica (omisión «en los últimos días»). Al no haber sido inmediata la interpretación y no haber tomado notas, la interpretación se ofrece de manera correcta, pero parece ser que tras la pausa se acuerda de una parte que no había dicho. Primera persona. Con doliente: <i>Reduced rendition</i> básica (omisión de «very angry»)
	E: <i>pero... (..) [alargamiento vocálico + pausa] /Hugh/ [uso nombre de pila] la sedación es un tratamiento que se lleva a cabo cuando ya no se puede controlar la sintomatología de otra manera [informa debidamente].</i>	I: The sedation is a procedure that is made when we cannot handle anymore the symptomatology.			Con enfermera: <i>close rendition</i> básica (se incluye cuando la enfermera ha utilizado un <i>impersonal</i>).

	<p>E: y sabes que... [personificación] [alargamiento vocálico] Maggie [mira directamente al doliente] [pausa breve] estaba sufriendo mucho dolor [enfatisa mucho dolor con su entonación] y de hecho había veces que ni siquiera estaba consciente.</p>	<p>I: and you knew that Maggie was ehh in pain ehh very in pain and she was unconscious sometimes. [traslada la fuerza ilocucionaria y la empatía]</p>	<p>D: it's true, yeah, yeah [asiente con la cabeza]</p>		<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con doliente: <i>zero rendition</i> adecuada (la enfermera no da tiempo a que la intérprete intervenga pero porque ha entendido que le daba la razón).</p>
	<p>E: y por eso se llevó a cabo la sedación para que Margaret, Magge, Maggi pudiera hacer ese tránsito en paz, sin sufrimiento.</p>	<p>I: And because of that, they performed this sedation. So Maggie didn't suffer anymore and she could ehh live in peace.</p>			<p>Con enfermera: <i>reduced rendition</i> defectuosa. No se da la misma información por nerviosismo (confirmado en grupo de discusión).</p>
	<p>E: La sedación no causó... [alargamiento vocálico]</p>		<p>F: [interrumpe enfadado, con rabia y sentimiento de culpa]: , I, I.. I just feel, you know [busca entendimiento y validación], we killed her, you know [expresa sentimiento de culpa]</p>	<p>I: dice que, que la hemos matado</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada (tercera persona).</p>
	<p>Enfermera demuestra escucha activa.</p>		<p>D: I shouldn't have left her alone</p>	<p>I: no debería haberla dejado sola</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada.</p>
	<p>Enfermera demuestra escucha activa.</p>		<p>D: because when I left her, they sedated her and and... [voz más tranquila, más pausado. Gestos de cansancio]</p>	<p>I: porque cuando se fue, la dejó sola, la sedaron y...</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada (tercera persona).</p>

<p>E: Hugh, como te decía ni tú ni la sedación sois los causantes del fallecimiento [informa debidamente, validación] de Maggie [uso del diminutivo preferido por el doliente = atiende sus necesidades].</p>	<p>I [no interrumpe pero la enfermera todavía no había terminado su intervención]: Not you nor the sedation were the causes of Maggie's death.</p>	<p>D: [mira a la intérprete y pregunta]: no? </p>	<p>I [responde con voz propia]: No </p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/>Con doliente: <i>Non rendition</i> defectuosa (debería haber preguntado a la enfermera)</p>
<p>E: fue la enfermedad [informa debidamente]</p>	<p>I: It was the illness.</p>	<p>D: yes, Yeah, yeah, yeah. Okay. Yeah, you're right. I understand that [doliente da la razón = refuerzo de la imagen positiva de la enfermera] [mira a ambas]</p>	<p>I: tienes razón dice que lo entiende</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/>Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada (tercera persona).</p>
		<p>D: I'm sure now where she is she's she's now she's happy and [más tranquilo y Sosegado. Se toca la cara con las manos]</p>	<p>I: estoy seguro de que ahora está feliz y...</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada (primera persona).</p>
		<p>D: but it was just... that moment in hospital... it was so hard so...</p>	<p>I: pero el momento en el hospital fue muy duro.</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada.</p>
		<p>D: they should have talked to me.</p>	<p>I: deberían de haberle avisado antes.</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada (tercera persona).</p>
		<p>D: Anyway, I know, I know, talking to you [señala a la enfermera] it helps [mira a la intérprete]</p>	<p>I: pero hablando con usted sabe que tiene razón.</p>	<p><i>Close rendition</i> adecuada (tercera persona).</p>
		<p>D: It does, it helps a lot, I'm very grateful... talking is good.</p>	<p>I: y que hablar le ayuda mucho y que sí tiene razón.</p>	<p><i>Substituted rendition</i> adecuada («que sí tiene razón» por «it does»).</p>

<p>E: Son momentos muy duros [suspiro] y siempre hablar y dar lugar a expresar todo lo que sentías por Maggie y a recordar la relación que tenáis y todos los momentos buenos vividos con ella y todo lo que sentías por ella es muy bueno también para ti. [acoge emociones y sentimientos y valida, uso del diminutivo]</p>	<p>I: But talking about what happened and about your relationship with Maggie and everything that was ehh fine ehh is gonna help you.</p>	<p>D: yeah, I know. I've just loved her, loved her so much. Yeah [se toca la frente y suspira]</p>	<p>I: La quería, la quería muchísimo.</p>	<p>Con enfermera: <i>reduced rendition</i> defectuosa (omisión de «todos los momentos vividos y todo lo que sentías por ella»). Esta omisión contribuye a un AAI de la intérprete hacia los interlocutores porque no transmite todo lo que dice la enfermera y por tanto la validación no puede ser la misma. Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
---	---	--	---	--

Tabla 45. Intercambio mediado 4 situación 3 inglés

En el intercambio no mediado (tabla 44), la enfermera trata de reducir la distancia social utilizando el nombre de pila del doliente y validando los sentimientos que demuestra el doliente de rabia y tristeza [E: Vale, /Giu/, entiendo que te sientas molesto por no haber podido despedirte]. En esta primera intervención de la enfermera, el doliente la corrige por no haber utilizado el diminutivo que él ha utilizado para referirse a su mujer [E: Margaret / D: Maggie, Maggie]. Además de este ejemplo, al estar tan centrados en tratar de entenderse, la cortesía queda en un segundo plano con intervenciones más impositivas [E: pero quiero que entiendas que la culpa no es vuestra] y más directas [E: Gracias a la sedación, Margaret, eh, Maggi pudo hacer el tránsito en paz]. A pesar de ello, la enfermera trata de mantener un tono empático [E: todo lo que has vivido con ella es muy bonito y siempre tienes que recordarlo]. En este intercambio se aprecia que el doliente sigue haciendo intervenciones más largas y que la gestión de la comunicación se lleva a cabo mediante la mirada de ambos interlocutores a pesar de que el doliente se encuentra más decaído en el momento en el que indica que la echa de menos y baja la mirada [D: *I didn't get to say goodbye. I don't know if she knew that I loved her* (No puede despedirme. No sé si ella sabía lo que la quería)]. Tras esta petición de validación de sus sentimientos, tras narrar su estado de incertidumbre y soledad, la enfermera consigue validarle de una manera básica [E: Ella lo sabía. She know], sin cometer un acto amenazante a la imagen negativa del doliente, ya que no puede argumentar, pero sí verbaliza que cree que su mujer sí lo sabía. Con su objetivo de validar, la enfermera incluso traduce esta parte al inglés, aunque utiliza un tiempo verbal erróneo.

El doliente lo agradece, pero quiere reafirmarse y vuelve a preguntar [D: *Do you think?* (¿Así lo crees?)] a lo que la enfermera responde con la mano en el corazón y una entonación empática para demostrar con su lenguaje no verbal y paraverbal que así es [E: Igual que yo sé que la querías muchísimo. *You love ella*. Y lo puedo sentir]. El doliente parece que se ha quedado más tranquilo y agradece estas palabras por lo que asegura la imagen positiva de la enfermera ya que puede ayudar en la resolución de la situación [D: *I know she's happy now, it was just that moment. Thank you, thank you... talking to it's really... thank you, thank you, I need to talk* (Sé que ahora está contenta, fue ese momento. Gracias, gracias... hablar de esto es... gracias, gracias, necesito hablar)].

En el intercambio mediado, la enfermera añade más información y puede dar cabida a todas las emociones y sentimientos y validar [E: Comprendo que te sientas así y que sientas que nadie te preguntó y que estés enfadado por no haberte podido despedir de Margaret en los últimos momentos]. Sin intérprete, por ejemplo, solo puede decir que la sedación no fue culpa de él y con intérprete añade información sobre cuándo se lleva a cabo la sedación y resume el relato para entender, aceptar y validar al doliente [E: la sedación es un tratamiento que se lleva a cabo cuando ya no se puede controlar la sintomatología de otra manera]. En este ejemplo también se aprecian las estrategias de intervención en duelo relativas a informar debidamente y ayudar en la reorganización del mundo interno del doliente. Gracias a la intervención de la intérprete, al doliente se le observa más relajado y con mayor confianza y tranquilidad para narrar [D: *I shouldn't have left her alone because when I left her, they sedated her* (no debería haberla dejado sola porque cuando la dejé fue cuando la sedaron)]. Además, el doliente puede aportar más información en la parte de cómo se siente y de cómo le afectó lo ocurrido en el hospital. También necesita mostrar sus sentimientos de enfado, rabia y culpabilidad, interrumpiendo a la enfermera para expresar cómo se siente [D: *I just feel, you know, we killed her, you know* (siento, ya sabes, que la hemos matado, ya sabes) / D: *But it was just... that moment in hospital... it was so hard so... they should have talked to me* (fue solo... ese momento en el hospital... fue tan tan duro... deberían haber hablado conmigo)]. La intervención de la intérprete también permite que la enfermera pueda demostrar escucha activa a través de la mirada y el asentimiento con la cabeza para demostrar seguimiento y aceptación. En cuanto a la cortesía, la enfermera utiliza distintas estrategias como demostrar interés por el interlocutor [E: son momentos muy duros y siempre hablar y dar lugar a expresar todo lo que sentías por Maggie a recordar la relación que tenáis y todos los momentos buenos vividos con ella] , ofrecer razones o motivos para buscar la cooperación [E: y sabes que Maggie estaba sufriendo mucho dolor y de hecho había veces que ni siquiera estaba consciente] y reconocer y atender las necesidades del paciente [E: Hugh, como te decía ni tú ni la sedación sois los causantes del fallecimiento de Maggie]. Estas estrategias están relacionadas con las estrategias de intervención en duelo como acoger las emociones, validarlas y facilitar apoyo desde la reciprocidad [E: Recordar la relación que tenáis y todos los momentos buenos vividos con ella y todo lo que sentías por ella es muy bueno también para ti], informar debidamente y ayudar a recolocar emocionalmente al fallecido [E: Ni tú ni la sedación sois los causantes del fallecimiento de Maggie, fue la enfermedad] y escuchar y dar cabida

a toda la historia de la pérdida. La intérprete utiliza tanto la primera persona [I: Estoy seguro de que ahora está feliz...] como la tercera durante el relato del doliente [I: Deberían de haberle avisado] lo que denota que cuando la situación es más tensa por la dureza del contenido, la intérprete cambia a tercera persona para distanciarse y, por el contrario, cuando el doliente expresa que sabe que su mujer ahora estará bien, la intérprete cambia a primera persona. A través de la intervención de la intérprete también se aprecian momentos de refuerzo de la cortesía: el primer momento es cuando el doliente da la razón a la enfermera y refuerza su imagen positiva [D: *Yes, yeah, yeah, yeah, Okay. Yeah, you're right. I understand that* (Sí, sí, sí, de acuerdo, sí, tienes razón. Lo entiendo)]; y, el segundo momento es cuando el doliente agradece a la enfermera su tiempo para haber hablado con él y sus ánimos para que pudiese narrar su historia [D: *it does, it helps a lot, I'm very grateful... talking is good* (Sí ayuda, sí, ayuda mucho, estoy muy agradecido... hablar es bueno)]. Tras esta intervención, la enfermera le reitera que son momentos duros y que es muy bueno hablar de ello a través de la acogida de emociones, sentimientos y validación, a lo que el doliente responde expresando el amor que siente por su mujer. Sin embargo, la intérprete no traslada el contenido total de la intervención final de la enfermera, y a causa de esta omisión, la validación no es completa suponiendo así un acto amenazante hacia la imagen positiva de la enfermera (porque todo lo que quería expresar no se ha comunicado) y a la imagen negativa del doliente porque no puede recibir todo el apoyo que ha mostrado la enfermera [E: son momentos muy duros y siempre hablar y dar lugar a expresar todo lo que sentías por Maggie y a recordar la relación que tenáis y **todos los momentos buenos vividos con ella y todo lo que sentías por ella** es muy bueno también para ti / I: *But talking about what happened and about your relationship with Maggie and everything that was fine is gonna help you* / D: *Yeah, I know. I've just loved her, loved her so much. Yeah*].

	ENFERMERA	DOLIENTE
5	E: Y /Giu/, como te dije, tengo que irme a ver a otros dolientes y... si quieres otro [busca un acuerdo a través de una petición indirecta] día, eh... another day, puedo.. [ritmo lento] [movimientos de manos para ver si le entiende]	D: [doliente interrumpe] tomorrow, ¿mañana? [el doliente no entiende todo y pregunta si es mañana]
	E: mañana puedo llamarte [intenta garantizar apoyo] a ver cómo estás y si necesitas hablar. ¿Hacemos eso? [busca acuerdo] [mayor vocalización]	D: mm speak?
	E: tomorrow.	D: okay, yes please, yes, please, you're very kind. Thank you, thank you. [movimientos de cabeza afirmativos]
	E: Hablamos [tono empático]	D: Okay, thank you.

Tabla 46. Intercambio no mediado 5 situación 3 inglés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
5	E: Y, Hugh, me encantaría quedarme pero como te dije por teléfono solo podía estar 20 minutos [suspiro] porque tengo más trabajo y otros dolientes a los que visitar, entonces si te parece lo que hacemos es que yo te llamo y quedamos otro día para hablar y ver cómo te encuentras si lo necesitas [atiende las necesidades del doliente, garantiza apoyo, busca aceptación mediante ofrecimiento] [entonación empática].	I: She would like to stay here a little bit more, but she has now some more patients to visit. So if that's good for you, she will call you and talk a little bit with you and to see when she can come back.	D: okay, okay, I know [acepta y refuerza la imagen negativa de la enfermera] [asiente con la cabeza]. I could talk about Maggie forever, there are so many things to say. I know she has to go. So, when will she call me? [le pregunta a la intérprete]	I: eh, dice que, bueno, que podría estar hablando de Maggie muchísimo más tiempo y que cuándo va, vas a volver?	Con enfermera: <i>summarized rendition</i> básica (se resume el contenido, no se informa de los 20 minutos) (tercera persona). Con doliente: <i>Summarized rendition</i> básico (tercera persona) Paciente pregunta a la intérprete pero esta traslada la pregunta a la enfermera en segunda persona (trato de tú) pero de manera inconsciente (grupo de discusión).
	E: puedo llamarte mañana y ver cómo estás. [garantiza apoyo] [entonación empática]	I: she will call tomorrow okay? (D: okay) And see how are you	D: okay, say thank you to her.	I: gracias.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada.
			D: gracias [mira a la enfermera].		

Tabla 47. Intercambio mediado 5 situación 3 inglés

El intercambio comunicativo 5 significa el cierre de la visita de seguimiento del duelo. En el intercambio no mediado, la enfermera trata de buscar un acuerdo a través de una petición indirecta (estrategia de cortesía 14 referida a la búsqueda de reciprocidad) [E: Y /Giu/, como te dije, tengo que irme a ver otros dolientes y... si quieres otro día, eh... another day, puedo...]. Al ver cómo ha ido toda la situación no mediada, y al observar el rostro del paciente demostrando duda, traduce la parte esencial «another day» acompañado de movimientos de manos para indicar que será otro día. El doliente pregunta si se refiere al día siguiente en inglés y español [D: *tomorrow*, ¿mañana?] a lo que la enfermera responde que mañana puede llamarle y busca un acuerdo acompañado de una mayor vocalización, pero no es comprendida por el doliente [E: mañana puedo llamarte a ver cómo estás y si necesitas hablar. ¿Hacemos eso? / D: *mm speak?*]. Por tanto, la enfermera se ciñe a decir «*tomorrow*» que es la palabra empleada por el doliente anteriormente y sabe que va a entenderla. El doliente confirma y la enfermera termina con entonación empática diciendo «hablamos».

A pesar de ser un cierre muy breve, el doliente se encuentra más tranquilo tras haber podido expresar cómo se sentía, gracias a la invitación de la enfermera a narrar; y ella consigue facilitar una relación de apoyo, incluso habiendo habido barreras comunicativas.

Por otro lado, en el intercambio mediado se amplía la información que ofrecen todos los interlocutores por saber que disponen de intérprete: la enfermera, cuando explica el motivo por el que debe marcharse y el doliente, cuando expresa comprensión y agradecimiento. La enfermera empieza este intercambio con una búsqueda de reciprocidad, pero involucrando al paciente (estrategia de cortesía 7) y con una entonación empática [E: Y, Hugh, **me encantaría quedarme, pero como te dije por teléfono** solo podía estar 20 minutos porque tengo más trabajo y otros dolientes a los que visitar, entonces **si te parece lo que hacemos es** que yo te llamo y quedamos otro día para hablar y ver cómo te encuentras si lo necesitas]. Esta intervención también responde a la estrategia de intervención en duelo referida a facilitar una relación de apoyo. El doliente responde con aceptación por lo que refuerza la imagen negativa de la enfermera [D: *Okay, okay, I know* (Sí, sí, lo sé)]. La situación se cierra con un agradecimiento del doliente a la enfermera y con una mirada empática que denota este agradecimiento entre ambos.

6.1.2.4 Situación 1 francés: malas noticias

En la primera situación sobre la comunicación de malas noticias, Adrien es el paciente quien recibe en su domicilio la visita de Irene, la enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos a Domicilio. Adrien conoce su diagnóstico de cáncer de pulmón, pero parece no tener muy claro el pronóstico. En esta primera visita se detecta la falta de información y comprensión cuando se le intenta comunicar la situación de su enfermedad. La enfermera no habla francés y la comunicación sin intérprete es dificultosa. En cambio, en la situación mediada por intérprete, la comunicación es bastante fluida y la intérprete demuestra un grado alto de empatía.

A continuación, se incluyen dos imágenes que describen la situación de los interlocutores y la distribución del espacio:

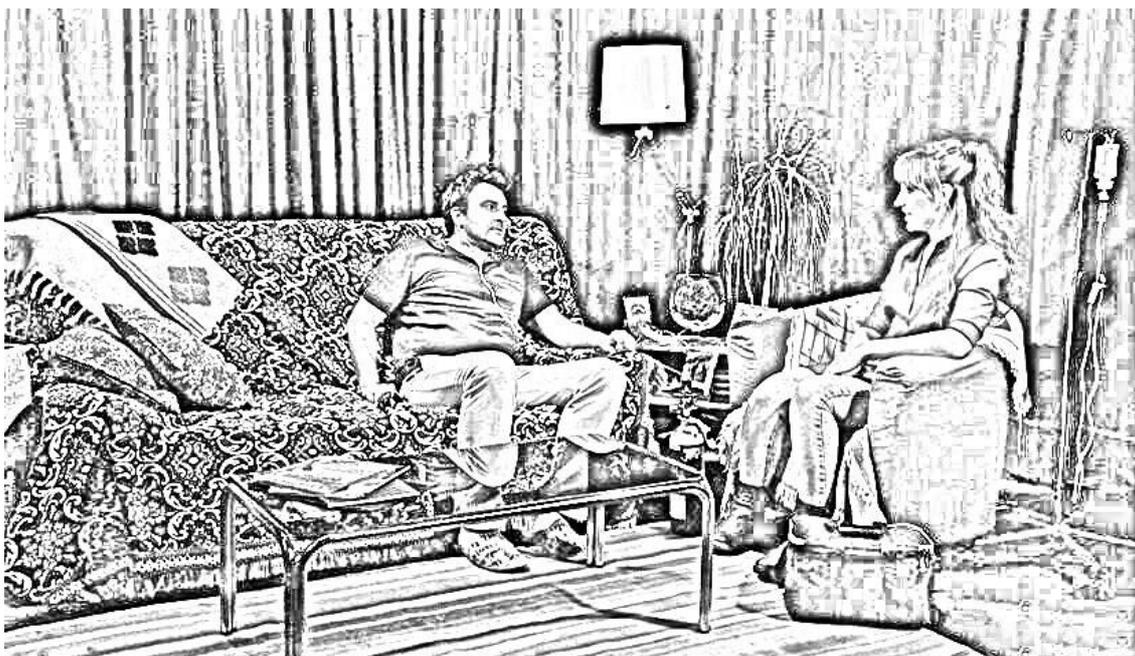


Imagen 15. Descripción de la situación 1 en francés no mediada



Imagen 16. Descripción de la situación 1 en francés mediada por intérprete

Al igual que en el análisis de las situaciones en inglés, el formato del análisis en francés sigue la misma estructura en formato tabla y texto explicativo explicando la aplicación del modelo de las 5 vertientes.

	ENFERMERA	PACIENTE
1	<p>Infirmière (E): Bu, Buenos días, Adrien [uso del nombre de pila], Soy Irene [presentación para reducir la relación de poder y asimetría, atender al paciente]. [Ritmo lento, rostro con dudas de si le entiende, voz dudosa] [mira directamente al paciente]</p> 	<p>Patient (P): Buenos::: [titubeo, alargamiento, falso comienzo] [voz muy cansada, postura de dolor y cansancio] [mira directamente a la enfermera]</p>
	<p>E: ¿Me entiendes bien si hablo despacio? [ritmo lento, vocaliza mucho]</p>	<p>P: Buen... [titubeo, alargamiento] [voz muy cansada, postura de dolor y cansancio]</p>
	<p>E: ¿Un poquito? [uso del diminutivo para cerciorarse si al menos puede entender una pequeña parte]</p> 	<p>P: Je vous comprend, oui. [movimientos que denotan dolor postural] [asiente con la cabeza]</p>

Tabla 48. Intercambio no mediado 1 situación 1 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
1	<p>Infirmière (E): Buenos días, Adrien. [mira al paciente con una sonrisa]</p>		<p>Patient (P): Hola</p>		<p>Zero rendition (todavía no ha intervenido)</p>
		<p>Intérprete (Int): Hola, yo voy a ser la intérprete. [toma la iniciativa para presentarse] [se dirige a la enfermera]</p> 			<p>Non-rendition excelente.</p>
	<p>E: Perfecto. [mira a la intérprete]</p> 				

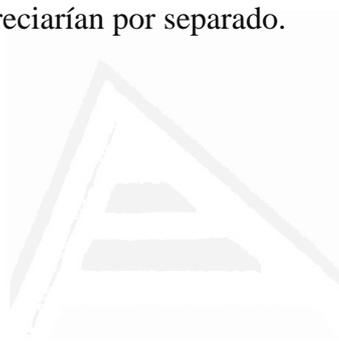
Tabla 49. Intercambio mediado 1 situación 1 francés

Tanto en el intercambio no mediado como en el mediado el saludo es cordial y la enfermera utiliza el nombre de pila como marcador de identidad para demostrar interés por el paciente (estrategia de cortesía positiva 4) y para reducir la relación de poder y asimetría. No obstante, en el intercambio no mediado, se aprecia un titubeo de la enfermera que interviene con voz dudosa, ritmo lento y con expresión del rostro con incertidumbre de si va a ser entendida [E: Bu, buenos días, Adrien]. Este mismo titubeo es seguido por el paciente en su saludo, junto con un alargamiento que, además, emite con una voz muy cansada, una postura que denota dolor y cansancio [P: Buenos:::]. La enfermera sigue con dudas y, con un ritmo muy lento y una gran vocalización, pregunta al paciente si la entiende [E: ¿Me entiendes bien si hablo despacio?].

A esta pregunta, el paciente sigue en su estado de cansancio y dolor y responde con una palabra [P: Buen...] y con gestos en el rostro que denotan que no mucho. La enfermera vuelve a cuestionar el entendimiento con un diminutivo para cerciorarse si al menos lo esencial se entenderá [E: ¿Un poquito?] y el paciente dice que sí en francés [P: *Je vous comprend, oui*].

En cambio, en el intercambio mediado, el saludo de la enfermera es más fluido y rápido e incluye una sonrisa empática mirando directamente al paciente [E: Buenos días, Adrien]. A este saludo, el paciente también responde sin dudas [P: Hola] y es la intérprete quien toma la iniciativa para presentarse de modo breve a la enfermera porque está contratada por el paciente [E: Hola, yo voy a ser la intérprete]. La enfermera no pregunta nada más sobre la presentación de la intérprete y le responde con una mirada directa [E: Perfecto].

A continuación, se presentan los intercambios 2 y 3 conjuntamente, debido a que los elementos analizados no se apreciarían por separado.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	ENFERMERA	PACIENTE
2 3	<p>E: Vale. Como te he dicho, soy Irene [se presenta con su nombre de pila para reducir la relación de poder] [se señala ella misma para asegurar la cortesía] y soy enfermera del servicio de cuidados paliativos y estoy aquí para explicarte cómo funciona nuestro servicio y para ayudarte pero...(..) [alargamiento vocálico + pausa para darse tiempo a formular las siguientes preguntas abiertas] antes dime ¿cómo te encuentras hoy? ¿Cómo has pasado la noche? [preguntas abiertas para indagar] [ritmo lento, vocalización mayor] [entonación y mirada empáticas]</p> <p>↔</p>	<p>P: ¿La noche? [AAI a la imagen negativa de la terapeuta porque no responde a la información que se le pide por no comprender y tiene que volver a preguntar]</p>
	<p>E: la nuit. [voz dubitativa, rostro de duda]</p>	<p>P: Am, (...) [pausas para pensar cómo explicarse] Comme si comme ça [acompaña sus palabras con movimientos de cabeza de un lado a otro], un peu... comment dire? Je :: l'espère bien, je veux bien que cet état de fatigue et de... [mira hacia muchos sitios pero no mira directamente a la enfermera hasta que no menciona la siguiente frase] je vais le dépasser bientôt, donc que ça passe pour pouvoir ensuite reprendre le traitement [mira a la enfermera]. Pour... per a... Comment dire? (..) Je reprendre el tratamiento. [intenta traducir para que se le entienda]</p>
	<p>E: ¿retomar el tratamiento? [tiene dificultades para atender al paciente por la incomprensión mutua y opta por preguntar sobre lo que cree haber entendido como idea principal] [entonación abierta y más aguda para comprobar si es así lo que quería decir] [mira directamente al paciente]</p> <p>↔</p>	<p>P: la chimiothérapie. ¿La quimioterapia, no? [busca entendimiento con interrogativo] [rostro de dolor] [voz dubitativa] [mira a la enfermera]</p>
	<p>E: La quimioterapia. [entonación más grave que demuestra entendimiento y que acompaña con gestos de las manos dando la razón al paciente y con asentimiento con la cabeza]</p>	<p>P: la quimioterapia, sí. [paciente vuelve a repetir para asegurar que sí se refería a ese tratamiento] [asiente con la cabeza]</p>
	<p>E: Vale, (..) Adrien, me dices [involucra al paciente y personaliza] que :: estás cansado. [movimientos de manos] [recoge lo que ha dicho anteriormente > empatía verbal]</p>	<p>P: [empieza nada más escucha a la enfermera decir cansado] muy muy cansado [énfasis] (I : muy cansado) y tengo dolor douleur [solo aquí mira a la enfermera] (I : dolor [repite la enfermera para denotar que ha captado esta palabra] de tuto el corpo... de partout, vraiment, partout</p>
	<p>E: En todo el cuerpo [movimientos de cabeza que asiente para dar a entender que sigue el hilo de la conversación]</p>	<p>P: Sí, todo.</p>

Tabla 50. Intercambios no mediados 2 y 3 situación 1 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
2	E [se dirige al paciente]: Soy Irene, enfermera del equipo de cuidados paliativos.	Int: Elle s'appelle Irene. elle fait partie de l'équipe de soins palliatifs.			Close rendition adecuada (3ª persona).
	E: y vengo para conocerte porque nos han hecho una consulta para hacerte un seguimiento y para explicarte en qué consiste el trabajo de nuestro servicio. [Explica el motivo por el que está allí, intenta crear un clima de confianza, mira al paciente a los ojos y mantiene un tono empático]	Int: Elle est venue pour vos connaître parce qu'elle a reçu une demande de suivi de votre camp et pour vous expliquer en quoi consiste le service donc elle fait partie.	P : [asiente con la cabeza] Très bien. [tono bajo, cansado]	Int : Muy bien. [reproduce exactamente el tono del paciente]	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> excelente porque mantiene el tono y <i>substituted rendition</i> excelente porque la enfermera utiliza tú pero la intérprete se adapta a la cortesía en francés tratando al paciente de usted y así se ha explicado en el grupo de discusión).</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
3	E: Antes de nada cuéntame, ¿cómo te encuentras hoy? ¿qué tal has pasado la noche? [no impositiva, no emite juicios de valor, facilita la expresión emocional + indagación]	Int: Mais avant tout, comment vous vous êtes aujourd'hui ? Comment vous avez passer la nuit? 	P: [movimientos de dolor, trata de cambiar la postura] Bon, comme si comme ça. C'est pas terrible. Ah.	Int : Está pues... [señala al paciente] no se encuentra muy bien. [sonríe al final pero denota nerviosismo] [permite que se refuerce la imagen negativa de la enfermera porque ha podido adquirir la información que quería y la negativa del paciente porque ha podido relatar la información]	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada.</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>substituted rendition</i> adecuada (da la información de otro modo y en 3ª persona).</p>

			P : Ça veut dire que je suis si très affaibli. J'ai pas de puissance, pas. Je suis vraiment très fatigué. [amplia la información sobre su estado]	Int: se encuentra débil, no tiene mucha energía. Está muy cansado. [traslada el tono del paciente]	Con paciente: <i>close rendition</i> excelente.
	[escucha activa]		P: et en plus, j'ai des douleurs un peu partout dans le corps [responde a lo que se le ha pedido, atiende necesidades de la enfermera] [suspiro].	Int: y además le duele todo el cuerpo.	<i>Close rendition</i> básica porque no traslada el énfasis que ha marcado el paciente.
	[escucha activa]		P: Ça ::, c'est à cause de la dernière séance de chimiothérapie [voz cansada].	Int: pero es todavía por la última sesión de quimioterapia.	<i>Close rendition</i> adecuada.
	[escucha activa]		P: eh, je... Maintenant j'attends que ça passe.	Int: Está esperando pues a que se le pase un poco.	<i>Close rendition</i> adecuada.
	[escucha activa]		P: pour justement pouvoir reprendre le traitement.	Int: precisamente para poder retomar el tratamiento.	<i>Close rendition</i> adecuada.
	E: Vale, así que a pesar de :: sentirte débil y ::: cansado [expresa entendimiento y cooperación. Validación de emociones y refuerzo de la imagen positiva del paciente] por los efectos de la quimioterapia ¿tienes ganas de recurrarte? [no presupone, pregunta] [ejemplo de reformulación verbal empática]	Int: Donc malgré que vous vous sentez faible et fatigué à cause des effets de la chimiothérapie, vous avez envie de vous récupérer?	P: C'est exactement ce qu'ils m'ont dit. Quand ils m'ont renvoyé chez moi, à la maison, ils m'ont dit tu vas, tu rentres, tu te reposes un peu, tu essaies de récupérer. Ensuite, reviens et on reprend le traitement avec la chimio. [mientras interviene, la intérprete asiente con la cabeza]	Int: sí eso es lo que le dijeron. Ahora que estás cansado pues vete a casa unos días y te recuperas un poco y luego vuelves al hospital y retomamos la quimioterapia. [refuerza la imagen negativa de la enfermera y del paciente porque traslada toda la información]	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada (el paciente utiliza el acortamiento en «chimio» y la intérprete utiliza quimioterapia).

Tabla 51. Intercambios mediados 2 y 3 situación 1 francés

El intercambio comunicativo no mediado 2 (tabla 50) empieza con la enfermera presentándose y diciendo los motivos de su presencia. Para ello, utiliza gestos señalándose a sí misma para reforzar la cortesía y la imagen positiva del paciente con el objetivo de ser entendida y poder atender las necesidades del otro interlocutor, así como reforzar su propia imagen negativa ya que, si es comprendida, podrá adquirir la información necesaria del paciente. También se presenta con su nombre de pila para reducir la relación de poder. [E: Como te he dicho soy Irene [se señala a ella misma] y soy enfermera del servicio de cuidados paliativos y estoy aquí para explicarte cómo funciona nuestro servicio y para ayudarte]. Sin embargo, también se aprecian pausas por el ritmo lento que utiliza [E: Pero::: (..) antes dime]. Las preguntas con las que termina la enfermera su primera intervención responden a la estrategia de intervención en malas noticias a través del uso de preguntas abiertas para favorecer la indagación y que el paciente narre cómo se encuentra [E: ¿cómo te encuentras hoy? ¿cómo has pasado la noche?]. El paciente comete un acto que amenaza la imagen negativa de la enfermera ya que no responde a sus preguntas porque no las ha comprendido, pero repite sus últimas palabras en español con gestos en el rostro de duda [P: ¿La noche?]. A continuación, la enfermera con voz dubitativa opta por trasladar esta parte al francés, aunque no sabe si es correcto [E: La nuit]. Esta estrategia permite que el paciente entienda esta parte, pero empieza con un alternante arbitrario (lenguaje paraverbal) seguido de pausas para pensar cómo explicarse y acompaña sus palabras de gestos y movimientos corporales para tratar de aumentar la comprensión de la enfermera sobre lo que él está relatando [P: *Am (...) Comme si comme ça, un peu, comment dire? Je l'espère bien, je veux bien que cet état de fatigue et de....* (Am (...) así así, ¿como explicarte? Más o menos pero me encuentro fatigado y....)]. Se observa como el paciente tiene dificultades para expresarse ya que se pregunta cómo decirlo y al final quiere traducir una palabra clave, aunque no la expresa correctamente en español [P: *Je vais le dépasser bientôt, donc que ça passe pour pouvoir ensuite reprendre le traitement pour... per a... Comment dire? Je reprendre el tratamiento* (me recuperaré pronto y cuando esto paso espero poder retomar el tratamiento para... para... ¿cómo decirte? Retomar el tratamiento)]. Ambos interlocutores siguen con problemas de incomprensión mutua y siguen utilizando la estrategia de la traducción de alguna palabra. La enfermera, al tener dificultades de comprensión, opta por preguntarle, creando así un acto amenazante a la imagen negativa del paciente, puesto que este no puede comprenderla y, por tanto, ella no puede darle apoyo verbal ni emocional. También amenaza la imagen positiva del paciente ya que tampoco puede validarle su relato [E: ¿retomar el tratamiento?]. El paciente le responde que se trata de la quimioterapia y buscando el entendimiento lo dice en francés y con un enunciado interrogativo en español con voz dubitativa y rostro de dolor [P: *La chimiothérapie. ¿La quimioterapia, no?*]. La enfermera vuelve a responder de manera afirmativa y con una entonación más grave y con gestos de las manos dando la razón al paciente para que vea que le ha comprendido y acto seguido el paciente vuelve a repetirlo para asegurar la comprensión [E: La quimioterapia / P: La quimioterapia, sí.].

Al no poder validar el estado que el paciente ha descrito anteriormente, la enfermera, a través del lenguaje no verbal y paraverbal del paciente, intuye que el paciente está muy cansado y trata de involucrarle para ver si consigue más información con una entonación empática [E: Vale, Adrien, me dices que::: estás cansado] y sin terminar esta intervención, el paciente reitera que está muy cansado con enfatizadores y expresa que siente mucho dolor que es corroborado por la enfermera [P: Muy muy cansado y dolor *douleur* (E: dolor) *de tuto el corpo... de partout, vraiment, partout* / E: En todo el cuerpo].

En el intercambio comunicativo mediado, la información se amplía y el traslado de la misma se facilita gracias a la intérprete, quien actúa como acción compensatoria para evitar la incompreensión entre enfermera y paciente y permitir que ambos interlocutores puedan preservar sus imágenes como se puede observar al principio [E: Soy Irene, enfermera del equipo de cuidados paliativos / I: *Elle s'appelle Irene. Elle fait parti de l'équipe de soins palliatifs* / E: Y vengo para conocerte porque nos han hecho una consulta para hacerte un seguimiento y para explicarte en qué consiste el trabajo de nuestro servicio / I: *Elle est venue pour vos connaître parce qu'elle a reçu une demande de suivi de vore camp et pur vos expliquer en quoi consiste le service donc elle fait partie* / P: *Très bien* / I: Muy bien]. En este intercambio mediado 2 ya se observa que la información se ha ampliado [E: Y vengo para conocerte porque nos han hecho una consulta para hacerte un seguimiento y para explicarte en qué consiste el trabajo de nuestro servicio] frente al intercambio no mediado 2 (tabla 50) [E: Estoy aquí para explicarte cómo funciona nuestro servicio y para ayudarte]. A continuación, la enfermera sigue las estrategias de intervención en comunicación de malas noticias: intervenciones no impositivas, sin emitir juicios de valor y facilitando la expresión emocional y la estrategia de cortesía de demostrar interés por el interlocutor e indagar de manera respetuosa [E: Antes de nada cuéntame, ¿cómo te encuentras hoy? ¿qué tal has pasado la noche?]. Estas mismas preguntas se habían formulado en el intercambio no mediado (tabla 50) pero no habían sido comprendidas y habían necesitado dos intervenciones más para tratar de comprenderse. Por el contrario, la intérprete facilita el entendimiento en este intercambio y ambas facilitan la narración del paciente a quien, a pesar del dolor y cansancio, se le aprecia más tranquilo, con confianza y mayor fluidez [I: *Mais avant tout, comment vous vous êtes aujourd'hui? Comment vous avez passer la nuit?* / P: *Bon, comme si comme ça. C'est pas terrible. Ah.* / I: Está pues... no se encuentra muy bien / P: *Ça veut dire que je suis si très affaibli. J'ai pas de pissance, pas. Je suis vraiment très fatigué* / I: Se encuentra débil, no tiene mucha energía. Está muy cansado]. En esta última parte la información también se ha ampliado frente a la aportada en el intercambio no mediado [P: *Am (...) Comme si comme ça, un peu, comment dire?*]. En las siguientes cuatro intervenciones, el paciente sigue ampliando la información sobre cómo se encuentra y su deseo de retomar el tratamiento mientras la enfermera demuestra una escucha activa con la mirada y va asintiendo con la cabeza cada vez que la intérprete traslada la información de manera adecuada respetando la entonación del paciente y dándole su tiempo para hablar.

Esta narración del paciente favorece la imagen negativa de la enfermera que obtiene la información requerida, y la positiva porque le permite aplicar sus técnicas y tratar de resolver una situación crítica. Estas técnicas se aprecian en la siguiente intervención de la enfermera, quien expresa entendimiento y cooperación, así como validación de las emociones del paciente para reforzar su imagen positiva [E: Vale, así que a pesar de sentirte débil y cansado por los efectos de la quimioterapia, ¿tienes ganas de recuperarte?]. Esta última pregunta también es un ejemplo de estrategia de intervención ya que no presupone sino que pregunta sin imposiciones y también es un ejemplo de reformulación verbal empática. La intérprete facilita que el paciente entienda estas técnicas puesto que traslada la información de manera adecuada y contribuye a facilitar la relación de entendimiento entre los interlocutores por lo que el paciente responde a la pregunta formulada y refuerza así la imagen negativa de la enfermera [I: *Donc malgré que vos vous sentez faible et fatigué à cause des effets de la chimiothérapie, vous avez envie de vous récupérer?* / P: *C'est exactement ce qu'ils m'on dit. Quand ils m'ont renvoyé chez moi, à la maison, ils m'ont dit tu vas, tu rentres, tu te reposes un peu, tu essaies de récupérer. Ensuite, reviens et on repdren le traitement avec la chimio* / I: Sí, eso es lo que le dijeron. Ahora que estás cansado pues vete a casa unos días y te recuperas un poco y luego vuelves al hospital y retomamos la quimioterapia]. La intérprete también respeta la empatía que demuestra la enfermera y gestiona la comunicación con *dual feedback*.

	ENFERMERA	PACIENTE
4	<p>E: En todo el cuerpo [repite las palabras del paciente para validar] y... ¿fue el médico el que te dijo de retomar el tratamiento? [no presupone, pregunta y evalúa lo que conoce el paciente] [enfatisa la palabra retomar porque ha aparecido anteriormente] [vocalización mayor, ritmo más lento] [mira directamente al paciente]</p> 	<p>P: Sí, le :::, [suspiro] el médico, ah ah m'a dit, m'a expliqué, on a discuté, on a parlé, il m'a dit que... espera... [necesita una pausa] (I: Sí, sí) escusa... (I: no te preocupes) [la enfermera demuestra empatía y respeto por el paciente] [el paciente realiza movimientos por el dolor que sufre] Il m'a dit ahhh que c'est une :: tumeur. C'est un peu, c'est un peu grave, c'est sérieux, [rostro de la enfermera que denota dificultad para entender] c'est ce n'est pas rien. Mais il faut que mon système immunitaire , mon sistema inmunitario (I: immune) ¿immune? (I: sonido afirmativo) est molto affaiblie, molto affaibli, (I: muy...¿ ?) [//] molto sensible [enfatisa con gesto en la mano] en questa periode debo reposar qualche dia (I: descansar) descansar, eh ce ça, e dopo reprendre el tratamiento. [Desde aquí hasta el final de esta intervención habla con fluidez, ritmo rápido] On va, on va reprendre le traitement pour la chimiothérapie. Je pense que dans quelques 2 3 jours, je vais me sentir encore un peu mieux qu'hier pour être prêt à reprendre le traitement (I: mm, vale [rostro denota que no ha comprendido todo]) ce ça.</p>

Tabla 52. Intercambio no mediado 4 situación 1 francés

La enfermera utiliza la estrategia de intervención no impositiva preguntando sin presuponer y con el objetivo de evaluar lo que conoce el paciente. [E: ¿Fue el médico el que te dijo de retomar el tratamiento?]. Se observa una vocalización mayor, un ritmo más lento y una mirada directa al paciente. En la respuesta del paciente, se detecta que la comunicación no es fluida por su lenguaje no verbal (movimientos corporales que denotan mucho dolor) y paraverbal (suspiros) y por los alargamientos vocálicos [P: Sí, le::::] así como las pausas. El paciente expresa que necesita un momento para cambiarse de postura y la enfermera demuestra empatía y respeto [E: No te preocupes]. Además, durante la intervención del paciente, la enfermera demuestra interés por intentar seguir el discurso y entenderle [P: *Mais il faut que mon système immunitaire, mon sistema immunitario* / E: inmune / P: ¿inmune? / E: (sonido afirmativo) / P: *est molt affaiblie, molt affibli* / E: ¿Muy? / P: *molto sensible en questa periode debo reposar qualche dia* / E: descansar] aunque al final se aprecia en su rostro cómo frunce el ceño y duda de si ha entendido todo y con su respuesta [E: mm, vale] demuestra que no puede validar al paciente por la incompreensión.

En el intercambio no mediado no se puede añadir una pregunta que sí aparece en el intercambio mediado [E: ¿recuerdas si te dijo al más?] por lo que se ha indicado como intercambio 5 en la siguiente tabla que recoge los intercambios 4 y 5 conjuntamente.

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
4	E: Vale [aceptación, refuerzo de la imagen positiva], Adrien, ¿fue el equipo médico el que te dijo que vinieras a casa? [pregunta para conocer qué es lo que sabe el paciente]	Int: Adrien, c'est l'équipe médicale qui vous a dit de venir chez vous? 	P: Oui, oui,	I : Sí.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada (3ª persona). <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.
			P: C'est même le docteur. 	Int: sí, el doctor se lo dijo.	<i>Close rendition</i> adecuada.
5	E: vale y recuerdas si el doctor te dijo algo más, ¿qué más te dijo? [lenguaje directo pero libre de imposiciones, petición indirecta] [entonación calmada, fluidez]	Int: Et vous vous rappelez, si le docteur vous a dit... encore autre chose ? que-est ce que vous avez dire ?	P: [suspiro y movimientos corporales que denotan dolor]. On a ::, on a [discurso entrecortado] pas mal discuter mais... je ne me rappelle pas. [soplido] [hh]	Int : Dice que hablaron mucho.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada (3ª persona). <hr/> Con paciente: <i>reduced rendition</i> defectuosa porque falta información.

				<p>Int [interviene con voz propia]: Mais je crois que c'est la dernière fois que vous êtes, que vous étiez à l'hôpital lorsque vous êtes sorti.</p>	<p><i>Non-rendition</i> excelente para el paciente pero no indica a la otra parte su intervención (en el grupo de discusión considera que no era relevante comunicarlo en ese preciso momento a la otra parte porque lo hace en la siguiente intervención).</p>
			<p>P: Ah, ahh... [suspiros de dolor] [.hh] Il m'a dit en fait que :: c'est un truc sérieux, quoique... Bon, ça va prendre un peu de temps et qu'il faut vraiment que bon... Il fallait qu'on arrête déjà le traitement parce que c'était trop. Il fallait faire une pause et ensuite, voilà, revenir à l'hôpital. [lo está relatando y mira hacia el frente como si estuviese reviviendo ese momento] [fluidez] [mira a la intérprete en todo momento]</p>	<p>Int: Sí, le he dicho que tenía que ser eso, la última vez que salió del hospital, ¿no? cuando le dieron el alta. (I : Sí) Él dice que sí que el médico le dijo le dijo que era serio, que era un asunto muy serio y que tenía que recuperarse un poco para luego volver al hospital y continuar.</p>	<p><i>Summarized rendition</i> básica (se ha perdido un poco de información por querer juntar las dos intervenciones).</p>

Tabla 53. Intercambios mediados 4 y 5 situación 1 francés

El intercambio mediado empieza con la misma pregunta que el no mediado, pero en esta parte se añade una aceptación de la enfermera, quien refuerza la imagen positiva del paciente al poder atender sus necesidades y aceptar su relato (de que se quiere recuperar). Además, utiliza el nombre de pila del paciente y la estrategia de intervención que consta en preguntar para conocer qué es lo que sabe el paciente [E: Vale, Adrien, ¿fue el equipo médico el que te dijo que vinieras a casa?].

El paciente responde de manera contundente que sí [P: *Oui, oui. C'est même le docteur / I: Sí, sí, el doctor se lo dijo*] y realza la imagen positiva de la enfermera, ya que le ha permitido adquirir la información que buscaba y que la intérprete ha trasladado de manera adecuada.

El intercambio mediado 5 permite que la enfermera siga con su indagación con un lenguaje directo pero libre de imposiciones y con una petición indirecta (estrategias de cortesía positiva 7 y 14) [E: Vale y recuerdas si el doctor te dijo al más, ¿qué más te dijo? / I: *Et vous vous rappelez si le docteur vous a dit encore autre chose? Que-est ce que vous avez dire?*]. Al trasladarle la intérprete la pregunta, el paciente suspira y hace movimientos corporales que denotan dolor, lo que provoca un discurso más entrecortado [P: *On a::, on a pas mal discuter mais... je ne me rappelle pas / I: Dice que hablaron mucho*]. Además, la intérprete aprecia que está más nervioso e interviene con voz propia para indicarle que cree que se refiere al día que le dieron el alta [I: *mais je crois que c'est la dernière fois que vous êtes, que vous étiez à l'hôpital lorsque vous êtes sorti*] y es cuando el paciente recuerda lo que le dijo el médico y lo relata reforzando la imagen negativa de la enfermera y dejando ver lo que él conoce de su enfermedad. La intérprete contribuye a este refuerzo porque indica a la enfermera esa puntualización propia [P: *Ah, ah. Il m'a dit en fait que::: c'est un truc sérieux, quoique... Bon, ça va prendre un peu de temps et qu'il faut vraiment que bon... Il fallait qu'on arrête déjà le traitement parce que c'était trop. Il fallait faire un pause et ensuite, voilà, revenir à l'hôpital / I: Sí, le he dicho que tenía que ser eso, la última vez que salió del hospital, ¿no? cuando le dieron el alta (E: Sí) Él dice que sí que le médico le dijo que era serio, que era un asunto muy serio y que tenía que recuperarse un poco para luego volver al hospital y continuar*].

	ENFERMERA	PACIENTE
6	E: Si te parece, Adrien [uso del nombre de pila busca acuerdo del paciente], eh como me comentas lo del sistema inmune y el cansancio ¿te parece que veamos juntos el informe del médico? [Eeh, mm, los y movimientos de mano] ¿los análisis? Analisis, ¿hoja...? [con los dedos intenta dibujar un cuadrado] 	P: Tu veux dire les analyses ? les analyses de l'hôpital? [necesita preguntar para ver si lo que ha entendido es por lo que se le pregunta] [mira hacia los lados para ver si lo encuentra]
	E: sí [con tono alegre porque el paciente ha entendido lo que trataba de decirle]	P: Regard s'ils sont là... [le indica con las manos que mire hacia ese lugar]
	E: no, ahí no.	P : sur la table, si tu veux... [señala la mesa] s'il vous plaît, merci. (I : Sí, sí), je suis un peu...
	E: ¿esta carpeta?	P: sí sí, la nera, la nera. [se levanta a por la carpeta]

Tabla 54. Intercambio no mediado 6 situación 1 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
6	E: Vale, Adrien, ¿te parece si vemos juntos el informe [expresa cooperación y busca autorización del paciente con una petición indirecta] que te hicieron en oncología para comentar todo esto que te dijo el médico y que me comentas? [movimientos de manos, voz tranquila, fluidez]	Int: Nous pouvons voir ensemble le rapport médical pour voir chaque point, ce que vous a dit le docteur, ce qu'on a...[el paciente interviene sin que ella haya terminado] 	P: Ah, les analyses? [mira a la intérprete]	Int: ¿los análisis quieres decir? [mira a la enfermera]	Con enfermera: <i>substituted rendition</i> adecuada (cambia la pregunta a modo de ofrecimiento de la enfermera por una frase afirmativa). <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada porque demuestra ayuda y más empatía (en grupo de discusión comenta que para ella es muy importante la empatía).
	I : Sí, los análisis.	Int : Oui, les analyses. 	P: Sí, ah, estabo... [mira a la enfermera e intenta hablar español pero no puede y se gira a la intérprete] Je pense que je vais regarder s'il vous plaît [movimientos de dolor] [pide a la intérprete que los busque y se lo señala con la mano]	Int: sur la table? [pregunta al paciente]	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con paciente: mantienen una conversación paralela.
			P : sur la table, oui, le deuxième, oui, ce ça.		
				Int : ¿te lo doy a ti ? [mira a la enfermera] [la enfermera asiente con la cabeza y la intérprete se lo da]	Non-rendition excelente porque mejora la conversación y coopera.
	E: Sí, vale, gracias. [a la intérprete] 				

Tabla 55. Intercambio mediado 6 situación 1 francés

El intercambio 6 se refiere a la parte donde la enfermera, tras evaluar lo que el paciente conoce, quiere que vean juntos el informe del que dispone el paciente. Para ello, en el intercambio no mediado (tabla 54), la enfermera busca el acuerdo del paciente para hacerlo a través de la utilización del mismo vocabulario que ha utilizado el paciente –y que son los términos clave que ella ha entendido (inmune y cansado)- y el uso del nombre de pila [E: Si te parece, Adrien, eh, como me comentas lo del sistema inmune y el cansancio, ¿te parece que veamos juntos el informe del médico? Eh, mm, ¿los análisis?, análisis ¿hoja?]. Además, se ayuda de gestos con las manos para expresar que se está refiriendo a un documento. El paciente le pregunta para reiterar si se refiere a los análisis del hospital y la enfermera responde satisfecha porque ha visto que sí le ha entendido. El paciente le indica con la mano dónde se encuentran los análisis y es la enfermera quien los coge.

En el intercambio mediado, la información es casi la misma, aunque la enfermera puede argumentar mejor a qué documento se refiere y, sin haber terminado la intérprete, el paciente pregunta a la intérprete si son los análisis [E: Vale, Adrien, ¿te parece si vemos juntos el informe que te hicieron en oncología para comentar todo esto que te dijo el médico y que me comentas? / I: *Nous pouvons voir ensemble le rapport médical pour voir chaque point, ce que vous a dit le docteur, ce qu'on a...* / P: Ah, les analyses? / I: ¿los análisis quieres decir?]. La pregunta de la enfermera está formulada para buscar la autorización del paciente con una petición indirecta. Sus movimientos de manos y su entonación indican una mayor tranquilidad y empatía por la confianza que la intérprete desprende a ambos interlocutores. La intérprete va gestionando la comunicación con la mirada. En la segunda intervención del paciente, este quiere esforzarse por hacer una pregunta en español, pero ve que no es posible y mira directamente a la intérprete para que sea ella quien busque los informes [P a E: Sí, ah, estabo... / P a I: *Je pensé que je vais regarder s'il vous plaît*]. Es en este momento cuando la intérprete y el paciente intercambian unas palabras sobre dónde están los informes para que pueda cogerlos y, una vez los tiene, la intérprete se los da a la enfermera tras preguntarle [I a E: ¿Te lo doy a ti? / E: Sí, vale, gracias].

Por tanto, a pesar de que la información que contienen ambas situaciones es similar, la intérprete muestra una actitud de ayuda y empatía que mejora la comunicación. Tanto la enfermera como el paciente están más tranquilos y la conversación es más fluida cuando está la intérprete presente.

	ENFERMERA	PACIENTE
7	<p>E: [se vuelve a sentar y se toca el pelo mientras abre la carpeta] Vale veamos, aquí están. [revisa la documentación] Vale, vale. Mira, Adrien, [encara la carpeta hacia el paciente para que también vea los documentos] me has comentado que el médico te ha dicho que tenías un tumor muy difícil [mira directamente al paciente y hace una pausa de dos segundos para dejar reflexionar al paciente]. (P : sí, sí) Ese tumor es un carcinoma pulmonar no microcítico (..) [paciente mira a la enfermera con gestos de duda] [pausa de unos segundos] es un tumor eh como lo digo [mira hacia abajo mientras piensa] muy grave y ::: ya has tenido varios ciclos de quimioterapia (P : Sí) y... te han dado distintos medicamentos que no han conseguido detener el avance de la enfermedad y... esto quiere decir que ya no hay tratamiento para ese tumor. [informa con veracidad. Intenta adaptar el registro] [ritmo lento con pausas] [acompaña su intervención con gestos en las manos]</p>	<p>P: [voz cansada y titubeante, movimientos de negación con la cabeza] Qu'est-ce que vous êtes en train de dire? Comment? Qu'est-ce que tu veux dire? Est-ce que tu peux répéter ? [no logra entender y pide repetición = AAI a ambas imágenes de la enfermera]</p>
	<p>E: ¿Repetir ? [el paciente afirma con la cabeza] Sí. Que el tumor [énfasis en tumor] está muy avanzado (...) y la enfermedad también (..) por lo que ya no hay tratamiento para curar [énfasis en curar] la enfermedad por eso estoy aquí. (...) Por eso mi equipo de cuidados paliativos hemos venido aquí para ayudarte en este proceso. [ritmo muy lento, entonación empática] [silencio empático]</p>	<p>P: [suspiros][rostro triste, aprieta los labios] Donc, ce que tu me dis en gros, (...) c'est que [gran suspiro] , C'est très, très grave, no? c'est, c'est... muy... [cabizbajo] [cuando pronuncia muy es cuando mira a la enfermera buscando una respuesta]</p>

Tabla 56. Intercambio no mediado 7 situación 1 francés

Universitat d'Alacant

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
7	<p>E: [Mira los documentos] vale, veamos. Vale, Adrien [nombre de pila], lo que antes has llamado un asunto muy serio, muy grave, [mira directamente al paciente] [suspiro] es un carcinoma pulmonar no microcítico, en concreto un adenocarcinoma de grado IV con metástasis en hígado [involucra al paciente, recuerda lo que se ha dicho anteriormente, se adapta al registro, comunica con</p>	<p>Int: Alors, plus precisament vous avez... Int : [pregunta a la enfermera] Perdona, ¿puedes repetir? ¿un carcinoma ?</p>		<p>La intérprete necesita aclaración</p>	<p><i>Zero rendition</i> defectuosa porque la intérprete empieza pero necesita aclaración aunque no dice a la otra parte que va a preguntar. En grupo de discusión alude a nerviosismo y preocupación porque entendiase todo bien.</p>

	veracidad y cuida el nivel macroespacial y se acerca para mostrar los documentos] [fluidez, volumen regular] [silencio terapéutico]				
	E: pulmonar no microcítico.	Int: vous avez un carcinome pulmonaire mai pas en petites cellules.			<i>Expanded rendition</i> adecuada para compensar.
	E: es un adenocarcinoma de grado IV	Int : c'est un adénocarcinome du stage IV			Con enfermera: <i>close rendition</i> excelente.
	E: con metástasis en hígado.	Int : avec métastases hépatiques.	P: [.hh] J'ai l'impression que c'est.. ça est grave, non? [cambia la voz a sorpresa, tono de preocupación, rostro preocupado y pregunta a la intérprete]	Int: Entonces eso es grave, ¿no? El paciente pregunta a la intérprete porque es con la que se entiende. La intérprete reproduce la entonación y traslada la preocupación del paciente y el interrogante que ha hecho el paciente. > La intérprete refuerza la imagen negativa del paciente porque traslada su deseo de ser escuchado.	Con enfermera: <i>close rendition</i> excelente. Con paciente: <i>close rendition</i> excelente.

Tabla 57. Intercambio mediado 7 situación 1 francés

En el intercambio no mediado, la enfermera, que se había levantado a por la carpeta, vuelve a sentarse y revisa la documentación junto con el paciente, al que le muestra los documentos también. Esta estrategia responde a su voluntad de cuidar el nivel macroespacial, estableciendo contacto visual y cercanía con el paciente para prepararse para comunicar la verdad con honestidad. Para ello, pronuncia una primera frase y deja una pausa para que el paciente pueda reflexionar [E: Mira, Adrien, me has comentado que el médico te ha dicho que tenías un tumor muy difícil (..)].

Tras esta introducción comunica la mala noticia que el paciente no entiende porque la mira con gestos de duda [E: Ese tumor es un carcinoma pulmonar no microcítico (...)] y es la enfermera quién verbaliza cómo explicarse de otro modo mientras piensa en otras opciones [E: Eh, como lo digo]. Cuando va a decir otra opción utiliza alargamientos vocálicos y un ritmo lento pero con su objetivo de informar con veracidad e intentar adaptar el registro [E: Muy grave y::: ya has tenido varios ciclos de quimioterapia y... te han dado distintos medicamentos que no han conseguido detener el avance de la enfermedad y... esto quiere decir que ya no hay tratamiento para ese tumor]. El paciente comete una amenaza a ambas imágenes de la enfermera (a la negativa porque no puede adquirir información y a la positiva porque no puede ayudarle) cuando la incomprensión provoca que haga una pregunta y pida una repetición en lugar de responder a lo que se le pregunta [P: *Qu'est-ce que vous êtes en train de dire? Comment? Qu'est-ce que tu veux dire? Est-ce que tu peux répéter?* (¿Qué es lo que trata de decirme? ¿cómo? ¿qué es lo que tratas de decirme? ¿Podrías repetirlo?)]. Tras la pregunta, la enfermera trata de repetir la información con énfasis en las palabras que considera esenciales para trasladar los conceptos de 'tumor' y 'curar'. Además, hace pausas y silencios terapéuticos para que el paciente pueda entender y retener, aunque este se muestra muy emocionado, cabizbajo, con un discurso entrecortado y con una mirada desconcertada [E: Que el tumor (énfasis) está muy avanzado (..) y la enfermedad también (...) por lo que ya no hay tratamiento para curar (énfasis) la enfermedad y por eso estoy aquí / P: (suspiros) *Donc, ce que tu me dis en gros, (...) c'est que* (suspiro), *c'est très, très grave, no?* (Así que lo que tú me tratas de decir es que es muy grave, ¿no?)].

En el intercambio mediado, la enfermera también cuida el nivel macro-espacial con el contacto visual y el involucramiento del paciente mediante el recuerdo de lo que se ha dicho con anterioridad para ponerle en situación y poder comunicar con veracidad y honestidad [E: Vale, Adrien, lo que antes has llamado un asunto muy serio, muy grave, es un carcinoma pulmonar no microcítico, en concreto un adenocarcinoma de grado IV con metástasis en hígado]. Esta última parte (en concreto un adenocarcinoma de grado IV con metástasis en hígado) no se había comunicado en la situación no mediada. Para trasladarla, la intérprete necesita pedir una repetición de la información y la enfermera lo vuelve a repetir para que pueda trasladarlo en su totalidad. Tras la interpretación muy adecuada, el paciente cambia la voz a un tono de sorpresa y un rostro de preocupación y pregunta a la intérprete si es grave, pero la intérprete le traslada la pregunta a la enfermera para gestionar la comunicación del mejor modo y para reforzar la imagen negativa del paciente que busca ser escuchado, aceptado y validado [P a I: *J'ai l'impression que c'est... ça est grave, ¿non?* / I a E: Entonces eso es grave, ¿no?].

	ENFERMERA	PACIENTE
8	<p>E: <i>muy grave</i>. [responde al interrogante del paciente]</p> 	<p>P: [está unos segundos negando con la cabeza, salta alguna lágrima, suspiros] <i>Grave</i>. [vuelve a repetirlo con cierta incredulidad] <i>Pourquoi? Pourquoi personne ne m'a dit rien? Personne, tu comprends ?, personne à l'hôpital ne m'a rien dit, non. (I : ¿persona ?) No. Personne, ça veut dire aucun. Ni le docteur ni...</i> [interrogantes] [tono enfadado, desconcertado, incertidumbre, rabia]</p>
	<p>E: <i>¿Nadie ?</i> [enfermera no puede validar porque no entiende lo que el paciente le pregunta = AAI a la imagen positiva del paciente y a la negativa]</p> 	<p>P: <i>Nadie (...)</i> [pausa en la que el paciente mira directamente a la enfermera esperando una respuesta] <i>¿por qué? ¿por qué nadie aaa...</i> ne m'a rien dit sur le vrai état des (...) [pausa porque necesita respirar, está nervioso] des choses [sigue con tono enfadado, ritmo rápido]. <i>Est-ce que tu as la réponse, s'il te plaît?</i> [hace esta pregunta con un tono más bajo pero con mirada perdida y desconcertante]</p>
	<p>E: [gran suspiro] <i>Adrien</i>, [movimientos de manos, nerviosismo] <i>es :::: es duro que nadie te lo haya dicho y es completamente normal</i> que ahora estés enfadado. (...) <i>Es un sentimiento completamente normal.</i> [asiente con la cabeza] [voz empática y expresa entendimiento de manera verbal]</p>	<p>P: Ok. <i>Ah. Ah.</i> [suspiro] <i>Écouté</i>, Je te remercie vraiment pour... [suspiro] pour ton aide. Je pense que j'ai besoin maintenant de me reposer, de... [voz cansada, aliento, suspiros, desolado] je vais m'allonger un peu [señala el sofá]</p>

Tabla 58. Intercambio no mediado 8 situación 1 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
8	<p>E: Es grave [informa con veracidad y respondiendo a los interrogantes del paciente] [mira a ambos] [entonación de afirmación, conclusión]</p>	<p>Int: eh... [asiente con la cabeza]</p>	<p>[hay un silencio terapéutico que la intérprete también aguanta y ambas miran al paciente] P: [desconcertado, desolado, ojos llorosos] Ça veut dire que je vais:: que je vais mourir ? ce ça ? [interrogante a la enfermera]</p>	<p>Int: ¿quiere decir que va a morir? [traslada el tono del paciente y el sentimiento de desolación y preocupación]</p>	<p>Con enfermera: <i>substituted rendition</i> adecuada por la empatía puesto que no se traslada todo de manera verbal pero sí no verbal porque se ha dado cuenta que el paciente ha entendido.</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
	<p>E: como sabes, Adrien, has recibido varios ciclos de quimioterapia y te han administrado diferentes fármacos y medicamentos cada vez más agresivos que no han conseguido parar el avance de la enfermedad. [enfermera da cabida a las emociones tras el diagnóstico. Comunica la verdad. Responde a interrogantes] [entonación grave, volumen regular, fluidez] [mira al paciente casi que todo el rato menos cuando dice «cada vez más agresivos»]</p>	<p>Int: Vous savez qu'on a fait plusieurs cycles de chimiothérapie. On a prouvé avec des médicaments très puissants et ils n'ont pas pu arrêter la maladie. (P: D'accord [enfadado]) Malheureusement</p>	<p>P: Est-ce que je peux savoir pourquoi ? pourquoi personne ne m'a rien dit jusqu'à présent ? [tono de enfado, sube el volumen] [movimientos corporales] [mira a la intérprete]</p>	<p>Int: y ¿por qué no le han dicho nada hasta ahora? [la intérprete no reproduce el tono, lo suaviza]</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. Añade «malheureusement».</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> básica porque suaviza el tono (en el grupo de discusión indica que creía que se había entendido el lenguaje no verbal del paciente).</p>

			<p>Silencio terapéutico</p> <p>P: Pourquoi le médecin m'a dit :: quand j'étais à l'hôpital [enfadado, volumen alto] [mira a la enfermera]</p>	<p>Int: el medico no le dijo nada cuando estaba en el hospital.</p>	<p><i>Substituted rendition</i> adecuada</p> <hr/>
			<p>P: Est-ce qu'il y a une raison pour tout ça ? [enfadado, volumen alto] [mira a la enfermera]</p>	<p>Int: ¿hay algún motivo? [La intérprete no traslada el tono de enfado]</p>	<p><i>Close rendition</i> básica (suaviza el tono).</p>
<p>E: Entiendo que [empatía verbal terapéutica] sea duro de asimilar que no te hayan dado la información hasta ahora y que el doctor no te haya dicho nada. [expresa entendimiento y cooperación + facilita expresión emocional y válida] [voz un poco más temblorosa] [mira al paciente directamente]</p>	<p>Int: [el paciente escucha a la intérprete pero sigue mirando directamente a la enfermera] elle comprend que c'est dur de savoir que cette information aujourd'hui et que le docteur ne vous avez prévenu.</p>	<p>P: Oui. [asiente con la cabeza] Mais, (..) moi, je ne comprends pas trop. [paciente muestra incertidumbre y sufre una imposición porque acepta información que no desea] [suspiros largos y seguidos]</p>	<p>Int: no lo acaba de entender.</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada.</p> <hr/> <p>Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>	

Tabla 59. Intercambio mediado 8 situación 1 francés

El intercambio no mediado 7 (tabla 56) terminaba con la pregunta del paciente de si era grave. El intercambio no mediado 8 (tabla 58) empieza con la enfermera respondiendo al interrogante del paciente [E: muy grave] sin poder dar una mayor explicación por los problemas comunicativos anteriores, pero con una mirada directa y asintiendo con la cabeza. Esta respuesta provoca en el paciente una reacción de negación, que se observa a través de sus gestos, lágrimas y suspiros mientras que pronuncia el adjetivo grave con cierta incredulidad. Además, con un tono enfadado y con rabia pregunta a la enfermera por qué no se le había comunicado antes, pero la enfermera no le comprende bien y pregunta a qué persona se refiere [P: *Pourquoi? Pourquoi personne ne m'a dit rien? Personne, tu comprends?, personne à l'hôpital ne m'a rien dit, non* (E : ¿persona ?) *No. Personne, ça veut dire aucun. Ni le docteur ni...*].

Al no comprender, la enfermera no puede validar estas emociones de rabia y enfado y comete un acto amenazante a la imagen positiva del paciente y también a la negativa porque no puede darle apoyo verbal ni emocional. El paciente sigue incluso más enfadado e intenta que se resuelvan sus interrogantes de nuevo y pregunta en español [P: ¿Por qué? *Ne m'a rien dit sur le vrai état des... des choses... Est-ce que tu as la éponse, s'il te plaît ?*]. Al ver esta reacción, la enfermera se siente frustrada y con miedo de cometer un acto amenazante a la imagen positiva del paciente (por no lograr la reconstrucción del *self*) e incluso aumentar esas emociones de negación, rabia y enfado, decide intentar validarle con una entonación empática, por lo que ha entendido de su lenguaje no verbal y paraverbal y algún término que ha traducido [E: Adrien, es::: duro que nadie te lo haya dicho y es completamente normal que ahora estés enfadado (...). Es un sentimiento completamente normal]. Estas palabras provocan que el paciente se calme un poco y pueda agradecerle que se lo haya dicho, pero le indica que necesita descansar con una voz que demuestra desolación [P: *Ok, ah, ah. Écouté, je te remercie vraiment pour... pour ton aide. Je pensé que j'ai besoin maintenant de me reposer, de... je vais m'allonger un peu* (Ok, ah, ah. Escúchame, te agradezco mucho tu... tu ayuda. Creo que necesito descansar ahora... voy a tumbarme un poco)].

El intercambio comunicativo mediado 8 también empieza con la respuesta al interrogante del paciente de si era grave. La enfermera confirma mirando a la intérprete y al paciente y respondiendo con veracidad. El paciente ha entendido y, a pesar de que la intérprete quiere intervenir, se da cuenta por la mirada del paciente de que no es necesario volver a pronunciarlo, por lo que solamente asiente con la cabeza. En este momento hay un silencio terapéutico que la intérprete también respeta. El paciente rompe este silencio visiblemente emocionado, con los ojos llorosos y desolado y la intérprete también traslada el mismo tono de desolación y preocupación al trasladar su interrogante a la enfermera [P: *Ça veut dire que je vais::: que je vais mourir? Ce ça?* / I: ¿quiere decir que va a morir?]. En las siguientes intervenciones se puede apreciar que, al contrario que ocurría en el intercambio no mediado, la enfermera sí puede validar las emociones y responder a todos los interrogantes argumentando sus respuestas, comunicando la verdad y con una mirada empática [E: Como sabes, Adrien, has recibido varios ciclos de quimioterapia y te han administrado diferentes fármacos y medicamentos cada vez más agresivos que no han conseguido para el avance de la enfermedad / I: *Vous savez qu'on a fait plusieurs cycles de chimiothérapie. On a prouvé avec des médicaments très puissants et ils n'ont pas pu arrêter la maladie* / P: *D'accord* / I: *Malheureusement*]. El paciente se enfada tras escuchar esta información, pero no llega a ser tan fuerte como en la situación no mediada, que, además de enfadado, se sentía incomprendido. El paciente vuelve a abrir otros interrogantes [P: *Est-ce que je peux savoir pourquoi ? Pourquoi personne ne m'a rien dit jusqu'à présent ?* / I: Y, ¿por qué no le han dicho nada hasta ahora ?]. La enfermera deja un silencio terapéutico que el paciente aprovecha para seguir con sus interrogantes mirando a la enfermera.

Una vez ha terminado el paciente, gracias a la facilitación de la expresión emocional, la enfermera valida estas emociones con empatía verbal, expresando entendimiento y cooperación, que es trasladada de manera adecuada por la intérprete [E: Entiendo que sea duro de asimilar que no te hayan dado la información hasta ahora y que el doctor no te haya dicho nada. / I: *Elle comprend que c'est dur de savoir que cette information aujourd'hui et que le docteur ne vos avez prévenu* / P: *Oui, mais (..), moi, je ne comprend pas trop* / I: no lo acaba de entender]. El paciente, que acaba de recibir una imposición por ser una información que no deseaba escuchar, demuestra incertidumbre y dice que no lo acaba de entender, pero refiriéndose a que no entiende por qué no se le ha comunicado anteriormente.

Por tanto, en este intercambio mediado se observa que la enfermera puede validar y acoger todas las emociones que manifiesta el paciente de negación, enfado, rabia e incertidumbre. Además, puede añadir información explicando que no han conseguido parar el avance de la enfermedad. Se aprecia también una mayor empatía y escucha activa, ya que la intérprete facilita un clima de confianza y respeto. El paciente, en ambas situaciones está enfadado, pero en la primera (tabla 58) no puede preguntar si va a morir; parte que sí añade en la segunda (tabla 59) porque la intérprete facilita una conversación más fluida y el paciente siente que se acogen sus sentimientos.

	ENFERMERA	PACIENTE
9	E: ¿tumbarte? 	P: Sí, per a des... (I : descansar) ce ça, alors, muchas gracias. Et si es disponible on peut parler, on peut discuter, peut être...
	E: sí, mañana. [asiente con la cabeza]	P: exact, mañana.
	E: Sí, creo que también es bueno que te tumbes un rato para descansar y además, mañana puedo volver con el médico de mi servicio y con un intérprete para que te contemos qué vamos a hacer, en qué consisten los cuidados paliativos y qué va a pasar a partir de ahora. [intervención no impositiva, ofrece y garantiza apoyo] ¿vale? [se ayuda de gestos con las manos]	P: Ok. On va faire comme ça. Gracias. [asiente con la cabeza y mira a la enfermera] [suspiros de dolor] [.hh]

Tabla 60. Intercambio no mediado 9 situación 1 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
9	E: Creo, Adrien, que por hoy es mucha la información que has recibido y que es mejor que mañana vuelva con el médico de nuestro servicio de cuidados paliativos [no impositiva, ofrecimiento] para explicarte qué vamos a hacer a partir de ahora. [garantiza apoyo] [utiliza un diálogo empático porque busca la aceptación del paciente]	Int: Peut être aujourd'hui c'est trop d'informations et il vaut mieux venir demain à vous expliquer avec le docteur que ce qu'on va faire avec l'équipe de soins palliatifs désormais. (P : d'accord) D'accord?	P : [asiente]	I : [mira a la enfermera y también asiente] 	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada, aunque no dice el nombre de pila (en grupo de discusión comenta que no lo dijo porque piensa que es algo muy personal y no quería no pronunciarlo bien pero que si hubiese sabido que era necesario lo hubiese hecho). <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> excelente (respeta el lenguaje no verbal).
	E: Pero quiero que sepas que nuestro equipo está aquí para ayudarte y acompañarte en este proceso [garantiza apoyo] y ya mañana te explicamos lo que vamos a hacer paso a paso. [entonación empática y tranquilizante]	Int: Vous devez savoir que son équipe est là pour vous accompagner et pour être avec vous et demain vous vous expliquer pas à pas qu'est-ce qu'on va faire.	P: Entendu. [mira a la intérprete] [volumen muy bajo] [cabizbajo]	Int: De acuerdo.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.
			P: eh, merci. [mira a la intérprete]	Int: Gracias. [mira a la enfermera]	<i>Close rendition</i> adecuada.
			P: Merci. [mira a la enfermera]	Int: Gracias. [mira a la enfermera]	<i>Close rendition</i> adecuada.
			P: [suspiro] [.hh] je m'excuse mais j'envie de ::, j'envie de :: de me reposer un peu. [mientras coge una manta]	Int: Ahora quiere descansar un poco.	<i>Reduced rendition</i> defectuosa porque no transmite las disculpas y no

			del sofá y la intérprete le ayuda]		respetar la cortesía.
	E: Está bien, Adrien, [utiliza el nombre de pila] descansa y mañana hablamos. [responde a las necesidades del paciente. Reitera su apoyo y continuidad]	Int: D'accord, vous vous reposer maintenant et demain on va parler.	P : [muy cansado, suspiros] on va faire comme ça.	Int: Sí, así quedamos. Silencio terapéutico.	Con enfermera: <i>close rendition</i> básica (no utiliza el nombre de pila y afecta a la cortesía). <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada.

Tabla 61. Intercambio mediado 9 situación 1 francés

El intercambio comunicativo 9 marca el cierre de la consulta. El intercambio no mediado 8 (tabla 58) había terminado con la petición del paciente de un tiempo de descanso y, por ello, este intercambio no mediado empieza con la enfermera preguntando si se refiere a tumbarse [E: ¿tumbarte?]. El paciente responde que sí y que si podría ir otro día para seguir hablando [P: *Ce ça, alors, muchas gracias. Et si es disponible on peut parler, on peut discuter, peut être...* (Sí, eso es, muchas gracias. Y si estás disponible podemos hablar, conversar, quizás)]. La enfermera responde que sí es posible y será mañana; término que es comprendido por el paciente porque lo repite [E: sí, mañana. / P: *Exact, mañana*]. La última intervención de la enfermera ofrece y garantiza apoyo diciendo que volverá con una intérprete y se ayuda de gestos con las manos con el objetivo de ser comprendida y validar la necesidad del paciente de descansar [E: Sí, creo que también es bueno que te tumbes un rato para descansar y, además, mañana puedo volver con el médico de mi servicio y con un intérprete para que te contemos qué vamos a hacer, en qué consisten los cuidados paliativos y qué va a pasar a partir de ahora]. El paciente responde con un agradecimiento y con suspiros de dolor.

El intercambio mediado 8 terminaba con el paciente diciendo que no entendía por qué no se le había comunicado antes esta información. En el intercambio mediado 9, la enfermera opta por garantizar apoyo y ofrecerle de modo no impositivo el volver otro día para seguir explicándole pues ya ha recibido mucha información en esta consulta [E: Creo, Adrien, que por hoy es mucha la información que has recibido y que es mejor que vuelva mañana con el médico de nuestro servicio de cuidados paliativos / I: *Peut être aujourd'hui c'est trop d'informations et il vaut mieux venir demain à vous expliquer avec le docteur que ce qu'on va faire avec l'équipe de soins palliatifs désormais, d'accord?* / P: (asiente)]. Tras asentir el paciente, la intérprete gestiona la comunicación asintiendo ella hacia la enfermera. En el intercambio no mediado, este ofrecimiento aparece más tarde, cuando el paciente dice que necesita descansar, pero en esta parte mediada, es la enfermera la que lo ofrece directamente y ampliando la explicación [E: Pero quiero que sepas que nuestro equipo está aquí para ayudarte y acompañarte en este proceso y ya mañana te explicamos lo que vamos a hacer paso a paso / I: *Vous devez savoir que son équipe est là pour vous accompagner et pour être avec vous et demain vous vous expliquer pas à pas qu'est-ce*

qu'on va faire]. El paciente refuerza la imagen positiva de la enfermera puesto que le da la razón [P: *Entendu.* / I: De acuerdo]. El paciente, en un estado más calmado, decide descansar y agradece primero a la intérprete y luego a la enfermera. La intérprete le ayuda mientras coge una manta para tumbarse y la enfermera cierra la consulta con el nombre de pila del paciente y reiterando su apoyo y continuidad [E: Está bien, Adrien, descansa y mañana hablamos / I: *D'accord, vous vous reposer maintenant et demain on va parler* / P: *On va faire comme ça* / I: Sí, así quedamos]. Tras esta despedida se produce un silencio terapéutico que refuerza el clima de respeto y apoyo.

6.1.2.5 Situación 2 francés: últimos días

La situación de últimos días en francés cuenta con la presencia de Arnaud, el hijo de una paciente con cáncer epidermoide y leucemia, que está en fase final de vida. Además, presenta dolor refractario y malestar por las lesiones cutáneas en cuello y cara. El hijo tiene dificultad para aceptar la decisión de sedar a su madre, a pesar de haberlo hablado con el equipo médico. Por sus creencias religiosas, considera que las personas deben morir de forma natural y no quiere reconocer que su madre se encuentra en una situación de últimos días. Sin intérprete, el familiar y la enfermera llegan a entender lo esencial de cada intervención. En cambio, en la situación con intérprete, llegan a entender todos los matices y la enfermera consigue explicarle los motivos de la necesidad de la sedación paliativa.

Las siguientes dos imágenes reflejan la distribución de los interlocutores:



Imagen 17. Descripción de la situación 2 en francés no mediada



Imagen 18. Descripción de la situación 2 en francés mediada por intérprete

A continuación, se presenta la situación 2 en francés siguiendo el mismo formato que con las situaciones anteriores.

	ENFERMERA	FAMILIAR
1	Infirmière (E): Buenos días, / Arnau / [uso del nombre de pila]. [mirada empática] ↔	F: Bonjour.

Tabla 62. Intercambio no mediado 1 situación 2 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
1	Infirmière (E): Buenos días, Arnau . [mira al familiar]		Famille (F): Bonjour .		
	E: [la señanala con el dedo] Ella es la intérprete que nos va a acompañar hoy.	Interprète (Int) : Bonjour, je m'appelle Irene et je suis la traductrice. [la intérprete se presenta]	F: Bonjour. [asiente con la cabeza y mira a la intérprete]		Con enfermera: La intérprete se presenta por eso es <i>substituted rendition</i> adecuada ya que ofrece la información sobre quién es. Con familiar: <i>zero rendition</i> adecuada.

Tabla 63. Intercambio mediado 1 situación 2 francés

En el intercambio no mediado, la enfermera utiliza un saludo cordial donde introduce el nombre de pila del familiar [E: Buenos días, /Arnau/] para reducir la relación de poder entre ambos interlocutores (estrategia de cortesía positiva 4). Además, se aprecia una mirada empática y directa hacia el familiar que contesta también con un saludo cordial [F: *Bonjour*].

En el intercambio no mediado no se aprecian diferencias en el saludo, puesto que utiliza las mismas técnicas, pero conviene resaltar que es la enfermera quien presenta a la intérprete al familiar, pues al ser contratada por el hospital puede levantar suspicacias. Por eso, la enfermera da paso a que ella misma diga su nombre [E: Ella es la intérprete que nos va a acompañar hoy / I: *Bonjour, je m'appelle Irene et je suis la traductrice* / F: *Bonjour*]. El saludo del familiar también es el mismo en ambos intercambios, pero en el mediado, tras la presentación de la intérprete, el familiar asiente con la cabeza y la mira a la vez que pronuncia el saludo.

	ENFERMERA	FAMILIAR
2	E: Quisiera [expresa el deseo de poder explicarse (imagen positiva) que no es captada en su totalidad por el familiar porque tienen dificultades para comprender lo que le indica. (AAI)] hablar contigo sobre cómo se encuentra tu madre. (..) Como hablamos con tus hermanas, el equipo médico y el doctor Pérez [suspiro] mm... Tu madre está sufriendo mucho dolor y si sigue despierta (..) el dolor va a ir cada vez a más.[enfática entonación en más] [ofrece información y se preocupa por el nivel macroespacial] Por eso queremos administrarle unas medicinas [busca con la mirada el entendimiento del familiar] para que deje de sentir ese dolor y eso hará que no esté consciente. ¿Me entiendes? [vocaliza mucho, ritmo lento, se ayuda de gestos con las manos]	F: [suspiro] Pas trop. [movimientos de cabeza hacia los lados] Un poquito (...) mais je voudrais juste dire que... Je ne peux pas être d'accord [.hh] [//]. Je ne peux pas être d'accord avec le fait qu'on va donner ce médicament à ma maman. Parce que j'ai l'impression et même la certitude, je peux dire que si je fais ça, je veux le tuer. ((enfermera frunce el ceño porque no ha comprendido y el paciente trata de reformular)) Mmmm [//] (...) [pausa para pensar] [mira hacia arriba] Je, oui... je... ne [falso comienzo] sono d'accordo con..., con la medicamente.
	E: ¿no estás de acuerdo (F: no) con la medicación? [entonación para verificar si era eso lo que quería decir el familiar]	F: La medicación, no. Pero... J'ai l'impression, comme je vous disais, que je vais la tuer et je ne veux pas du tout ça. Je crois que seul Dieu est le seul au monde qui peut décider quand quelqu'un s'en va et quand quelqu'un en rester. Et...Voilà... comment dire... ahh... [//] [movimientos de manos intentando hacerse entender] Nosotros no decidemos cuando qualqunos se muere solo Dio. Per questa no, no, no poi essere d'accordo con la tua proposta [mira en este momento a la enfermera] per medicamente per la mia madre. [mirada cabizbaja, triste]

Tabla 64. Intercambio no mediado 2 situación 2 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
2	E: Me gustaría [expresa su deseo] hablar contigo sobre el estado de tu madre.	Int : On va parler aujourd'hui sur l'état de votre mère. 	F: bon [asiente con la cabeza]		Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada.
	E: Como comentamos el otro día con tus hermanas, el equipo médico y el Dr. Pérez [pone en situación al familiar, introducción], ha llegado un momento en el que no somos capaces de controlar la sintomatología de tu madre si la mantenemos despierta y consciente para que no sienta un dolor que cada vez va a ser mayor. [veracidad, honestidad] [ritmo rápido, fluidez]	Int : Comme le docteur Pérez a parlé avec vous et avec vos soeurs. On n'est pas capable maintenant de contrôler la symptomatologie de votre mère et de contrôler la douleur que le pauvre et une douleur croissante.			Con enfermera: <i>reduced rendition</i> defectuosa (omisión de “si la mantenemos despierta y consciente”).
	E: Por eso tenemos que administrarle unos fármacos [informa debidamente y ofrece motivos] que (...) van a quitar ese dolor [baja el registro] pero que harán que no esté consciente. [mira directamente al familiar, fluidez, ritmo rápido] [mirada empática]	Int: Voilà pourquoi on va utiliser des médicaments qu'on va, avec lesquels on va soulager la douleur, mais avec lequel votre mère ne soit pas consciente.	F: [mira a la intérprete] comment ça?	Int: ¿eso qué quiere decir?	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> excelente porque la pregunta la dice el familiar a la intérprete y esta la traslada a la enfermera.
			F: [mira a la enfermera] pas conscient?	Int: ¿no consciente? [gestos en el rostro como de duda porque ella]	<i>Close rendition</i> excelente (en grupo de discusión comenta que en este caso sí sabía

				sí sabe lo que es pero lo trasladada]	ella la respuesta pero no cree que esté nunca capacitada para responder ella por sí misma y la mejor estrategia es trasladarlo al profesional),.
	E: que no estará despierta. [reformula y se adapta al registro del familiar, atiende sus necesidades y escucha activa] [ritmo un poco más lento porque piensa cómo decirlo para que se le entienda]	Int: Elle ne se réveille pas.	F: Mais... Attendez, je, je... j'ai peur que je ne peux pas accepter ça parce que... je ne sais pas pourquoi, mais j'ai l'impression que c'est nous qui allons la tuer en faisant ça. Et pour moi, c'est inadmissible parce que justement, Dieu est le seul au monde qui décide le moment quand quelqu'un s'en va ou s'il reste, voilà, si... [familiar con discurso entrecortado. Falsos comienzos, dudas, pero acaba confesando sus sentimientos e impresiones y sus creencias]	Int: pero eso él no lo puede aceptar porque le da la sensación de que son ellos los que la van a matar y eso solo lo decide Dios, quien vive y quien muere.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada (3a persona).

Tabla 65. Intercambio mediado 2 situación 2 francés

El intercambio 2 se refiere a la necesidad de la enfermera de hablar con el familiar sobre el estado de su madre tras haberse presentado en el intercambio 1 (tablas 62 y 63).

En el intercambio no mediado, la enfermera empieza relatando su deseo de poder explicarle cómo se encuentra su madre. Para ello, se preocupa por el nivel macro-espacial ya que mantiene un contacto visual directo con el familiar, se reclina hacia adelante para estar más cerca de él y poder ofrecerle la información con veracidad. En su empeño de que esta información sea comprendida por el familiar, vocaliza mucho, utiliza un ritmo lento, hace pausas tras cada frase, se ayuda de gestos con las manos y, además, pregunta al final si le ha entendido como estrategia para gestionar la comunicación [E: Quisiera hablar contigo sobre cómo se encuentra tu madre (..). Como hablamos con tus hermanas,

el equipo médico y el doctor Pérez (suspiro) mm.. tu madre está sufriendo mucho dolor y si sigue despierta (...) el dolor va a ir cada vez a más. Por eso queremos administrarle unas medicinas para que deje de sentir ese dolor y eso hará que no esté consciente. ¿Me entiendes?]. Este deseo de la enfermera de poder transmitirle el estado de su madre se convierte en un acto que amenaza su propia imagen negativa porque no puede adquirir toda la información que desea, ya que el familiar contesta que ha entendido muy poco y relata cómo se siente él. Al ver, al final de su intervención, que la enfermera frunce el ceño porque no le ha comprendido, el familiar trata de traducirlo al español, pero lo formula en italiano [F: *Pas trop. Un poquito. Mais je voudrais juste dire que... je ne peux pas être d'accord. Je ne peux pas être d'accord avec le fait qu'on va donner ce médicament à ma maman. Parce que j'ai l'impression et même la certitude, je peux dire que si je fais ça, je veux le tuer. Mmm... Je, oui... je... ne sono d'accordo con..., con la medicamente* (Un poquito. Pero quisiera decirte solamente que... yo no puedo estar de acuerdo. No puedo estar de acuerdo con el hecho de que le vayan a dar este medicamento a mi mamá. Tengo la impresión y estoy seguro, puedo decir que, si hago eso, es que quiero matarla. Mm... yo, sí... yo... no estoy de acuerdo con... con la medicación (esta última parte es la que intenta traducir, pero la dice en italiano)]. La enfermera trata de entenderle y le pregunta si es con la medicación con lo que no está de acuerdo con una entonación a modo de verificación para tratar de atender sus necesidades [E: ¿No estás de acuerdo con la medicación?]. El familiar recoge el término «medicación» que ha empleado la enfermera para reiterarse en que no está de acuerdo y actúa encubiertamente sin compensaciones al confesar sus creencias (estrategia de cortesía). Para que se le entienda, vuelve a intentar traducir algunos términos como «decidimos» en lugar de «decidimos» o «Dio» por «Dios» y también dice su última frase en italiano en su empeño de reafirmarse en que no está de acuerdo con esta propuesta [F: La medicación, no. *Pero... j'ai l'impression comme je vous disais, que je vaig la tuer et je ne veux pas du tout ça. Je crois que seul Dieu est le seul au monde qui peut décider quand quelqu'un s'en va et quand quelqu'un en rester. Et... voilà... comment dire... ahh... Nosotros no decidimos cuando qualcuno se muere solo Dio. Per questa no, no no poi essere d'accordo con la tua proposta per medicamente per la mia madre*]. Su lenguaje no verbal denota tristeza y su kinésica (cabizbajo) lo confirma al final de su intervención.

En el intercambio mediado, la enfermera también empieza con su deseo de hablar sobre el estado de la paciente y así es como expresa [E: Me gustaría hablar contigo sobre el estado de tu madre / I: *On va parler aujourd'hui sur l'état de votre mère*]. Aunque la intérprete no utilice la misma expresión de deseo (me gustaría) sino que la sustituye por una afirmación directa (*on va parler*), el familiar asiente, por lo que se refuerza la imagen negativa de la enfermera de adquirir información [F: Bon]. Tras esta predisposición del familiar, la enfermera pone en situación al familiar [E: Como comentamos el otro día con tus hermanas, el equipo médico y el Dr. Pérez / I: *Comme le docteur Pérez a parlé avec vous et avec vos soeurs*] y comunica con veracidad y honestidad (estrategia de intervención en situaciones de últimos días descrita en la primera vertiente) [E: Ha llegado un momento en el que no somos capaces de controlar la sintomatología de tu madre si la mantenemos despierta y consciente para que no sienta un dolor que cada vez

va a ser mayor / I: *On n'est pas capable maintenant de contrôler la symptomatologie de votre mère et de contrôler la douleur que le pauvre et une douleur croissante*]. La intérprete comete una omisión de la oración «si la mantenemos despierta y consciente»; acto que perjudica a la imagen negativa de la enfermera porque no se ha trasladado todo lo que quería expresar. No obstante, la enfermera continua con la estrategia de intervención de ofrecer razones e informar debidamente y añade un cambio de registro (estrategia de cortesía positiva 4) para que la información sea entendida por el familiar [E: Por eso tenemos que administrarle unos fármacos que van a quitar ese dolor pero que harán que no esté consciente / *Voilà pourquoi on va utiliser des médicaments qu'on va, avec lesquels on va soulager la douleur, mais avec lequel votre mère ne soit pas consciente*]. Además, la mirada de la enfermera hacia el familiar es empática y la intérprete traslada en su totalidad el mensaje mientras mira al familiar, quien le pregunta a ella qué quiere decir esta información. La intérprete gestiona esta pregunta trasladándola a la enfermera, pero el familiar vuelve a hacer otra antes de que la enfermera empiece y la intérprete también la traslada a la enfermera, mientras esta escucha de manera activa. Para dar cabida a esos interrogantes y poder anteder sus necesidades (refuerzo de la imagen positiva del familiar), la enfermera baja el registro y reformula la información con un ritmo más lento [E: que no estará despierta / I: *Elle ne se réveille pas*]. Tras esta información que el familiar ha recibido encubiertamente sin compensaciones (estrategia de cortesía que puede amenazar su imagen positiva, ya que no desea escuchar esta información), confiesa sus creencias con un discurso más entrecortado, con falsos comienzos y dudas que son trasladadas por la intérprete [F: *Mais attendez, je, je... j'ai peur que je ne peux pas accepter ça parce que... je ne sais pas pourquoi, mais j'ai l'impression que c'est nous qui allons la tuer en faisant ça. Et pour moi, c'est inadmissible parce que justement, Dieu est le seu au mond qui décide le moment quand quelqu'un s'en va ou s'il reste, voilà si...* / I: pero eso él no lo puede aceptar porque le da la sensación de que son ellos los que la van a matar y eso solo lo decide Dios, quien vive y quien muere]. Si comparamos la confesión en ambas situaciones, en la no mediada el familiar se encuentra mucho más nervioso y enfadado; en cambio, en la mediada se expresa con más dudas y una voz más entrecortada, pero sin estar tan nervioso ni enfadado, aunque el contenido es el mismo.

	ENFERMERA	FAMILIAR
3	E: Arnau, sino le administramos estos medicamentos, el dolor cada vez va a ser mayor (...) [silencio terapéutico] y los medicamentos hacen que tu madre no sufra. [intervención más impositiva porque no ha entendido toda la intervención anterior aunque observa que el familiar no está de acuerdo con la decisión] [mayor vocalización, ritmo muy lento] [mirada directa al familiar]	F: [suspiro] [mira hacia otro lado y hacia abajo] oui. Oui, peut être, vous avez raison et je, je, je [nervioso cuando habla en primera primera persona] vous fais confiance. [aunque sus palabras dice que le da la razón, no mira a la enfermera, está cabizbajo] Il faut comprendre que je, je, je [.hh] ne peux pas me rentrer dans le jeu de mes sœurs qui voilà... elles veulent prendre la décision de leur côté, sans me demander et pour moi, il faut comprendre que pour moi, c'est vraiment très important. [es aquí cuando mira a la enfermera] On parle ici de ma maman. C'est... c'est la personne la plus importante pour moi. [ritmo rápido, preocupado] J'ai vraiment peur. [Desde que pronuncia «peur» su tono de voz aumenta y está más nervioso] Voilà vraiment pas pour elle. Et je ne veux pas... Je ne sais pas si c'est une décision vraiment difficile. J'aimerais bien que vous baisser le taux de médicaments que vous... pequeño un peu dosa de medicamente. [gesto con la mano para enfatizar que se refiere a un poco]
	E: [no interrumpe pero pregunta para ver si se refiere a esto] ¿poca dosis?	F: un peu, ici, un peu, un pequeño la dosa del medicamento?
	E: ¿hacerla más pequeña? [mirada y entonación que demuestran duda de si lo está entendiendo bien]	F: sí [familiar siente frustración y a pesar de afirmar no puede añadir más información = AAI a ambas imágenes]
	E: [suspiro][.hh] [movimientos corporales que demuestran incomodidad relativa por tener que simplificar y frustración por no poder explicarse correctamente] Arnau, la dosis de medicamento es la necesaria [énfasis en necesaria] para quitar el dolor. [intervención más impositiva porque no dispone de otras estrategias para poder comunicarse mejor y afecta a su imagen negativa] (F: nécessaire?) [enfermera asiente con la cabeza] Y cuando se la administremos veremos si se lo va aliviando. ((Rostro del familiar de incompreensión)) ¿Aliviando?... mmm... quitando el dolor.	F: quitter [asiente con la cabeza] [rostro triste] oui, mais, d'accord. D'accord. [muy emocionado, casi no le sale la voz] J'aimerais bien qu'après l'administration de ce médicament, ma maman, elle va être à nouveau [suspiro] normale, consciente qu'elle ouvre ses yeux, qu'elle me regarde, que je peux lui parler, qu'elle m'entend. Oui, c'est ça que je veux. Vous comprenez ? Je ne suis pas prêt à lui dire Maman, adieu ! [familiar sigue relatando que no está de acuerdo con la decisión de sus hermanas] [en esta frase se pone más nervioso, sube el tono] Et je ne sais pas si... après le médicament tu.. tu..., on va pouvoir se parler à nouveau. Vous comprenez? 
	E: [mmm] no [AAI a ambas imágenes de los dos porque no pueden comunicarse de manera efectiva ya que no se entienden] 	F: Je ne matar ma maman, ma mère, (I: ¿tu madre?) mia madre. Je suis d'accord, d'accordo. C'est pour ça que je vous demande si on peut lui faire OK. Je suis d'accord, d'accordo. (I: de acuerdo, sí) Mais ça, c'est vraiment nécessaire (I: necesario) mais nécessaire. Ok je vous en prie vraiment essayer de faire là, on a piccola dosa de médicaments pour ne pas prendre de risques plus que ça. Je vous en prie, por favor. [nervioso, ritmo rápido]

Tabla 66. Intercambio no mediado 3 situación 2 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
3	E: [ha estado escuchando activamente] /Arnau/ [uso del nombre de pila], estos fármacos son para llevar a cabo la sedación y no causan la muerte. [informa debidamente, aclara dudas sobre el proceso]	Int : Mais ces médicaments servent à la sédation et il ne cause pas la mort. [cuando dice que no también hace el gesto con la cabeza para enfatizar]			Con enfermera: <i>close rendition</i> básica (no utiliza el nombre de pila por desconocimiento de que es una técnica de cortesía).
	E: solo alivian el dolor. [informa debidamente, aclara dudas sobre el proceso]	Int: les médicaments sert à soulager la douleur.	P : Oui, mais... Il n'y a pas une autre possibilité [familiar acepta una información que no desea] je ne sais pas, peut être décider... mais décider du baisser le taux de médicaments et de... de... lui donner une quantité plus ou moins importante, ou...voilà. [pregunta sin imponer y hace una petición indirecta]	Int: y... ¿no hay otra posibilidad? Quizá darle menos cantidad de medicamentos para que sea otra, de otra forma.	Con enfermera: <i>expanded rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.
	E: la cantidad de medicamentos que tenemos que administrarle tiene que ser la suficiente para aliviar ese dolor [atiende al familiar] (...) y hay que ir viendo cómo van haciendo efecto. [tono empático] [ritmo más lento, mira directamente al familiar]	Int: La quantité du médicament qu'on va utiliser peut être suffisante pour enlever la douleur on va augmenter progressivement [se apoya de las manos para gesticular progressivement] pour voir comment ça va.	F: [afligido, cabizbajo, emocionado] Je ne sais pas si je ne comprends pas trop comment les médicaments ça fonctionne, comment ça marche. Mais... [suspiro] pour moi , c'est une décision que j'ai vraiment du mal à prendre, notamment parce que je me mets pas d'accord avec mes sœurs.	Int: le cuesta, le cuesta mucho porque no se pone de acuerdo mucho con sus hermanas porque cree que son ellas las que van a decidir y que su opinión cuenta menos que la de ellas y le cuesta.	Con enfermera: <i>substituted rendition</i> adecuada porque se ajusta al registro del familiar. <hr/> Con familiar: <i>substituted rendition</i> defectuosa (omisión de una parte y no se traslada con el mismo tono).

			J'ai l'impression que c'est eux qui décide de leur côté et que moi, ce que je pense que je veux , ça compte moins eh... [tiene las manos bajo la mesa y no gesticula casi nada aunque se aprecia algún movimiento de manos que de nota nerviosismo y duda también por los gestos de la cara].		
			F: Eh... Je ne sais pas...je...d'accord. Si... Il n'y a pas d'autre possibilité...d'acord [mira a la intérprete] [no puede casi hablar, emocionado] [gestos con las manos que denotan nerviosismo, falsos comienzos]	Int: pero bueno sino hay otra posibilidad pues tendrá... tendrá que aceptar.	Close rendition adecuada.

Tabla 67. Intercambio mediado 3 situación 2 francés

En el intercambio 3 tratan el efecto de la medicación y la dosis que se empleará. En el intercambio no mediado, tras la confesión de la creencia en el intercambio no mediado 2 (tabla 64), la enfermera hace una intervención más impositiva porque ha entendido todo lo que el familiar decía, aunque por su lenguaje no verbal observaba que no estaba de acuerdo [E: Arnau, sino le administramos estos medicamentos, el dolor cada vez va a ser mayor y los medicamentos hacen que tu madre no sufra]. En esta intervención, la enfermera también introduce un silencio terapéutico para que el familiar asimile la información recibida. Tras este silencio, el familiar está nervioso y presenta un discurso con repeticiones y más acelerado, puesto que quiere confiar en lo que le dice la enfermera, pero no comprende completamente [F: *Oui, oui, peut être vous avez raison et je, je, je vous fais confiance. Il faut comprendre que je, je, je ne peux pas me rentrer dans le jeu de mes soeurs qui voilà...* (Sí, sí, puede ser que tengáis razón y yo, yo, yo confío en vosotros. Hay que comprender que yo, yo, yo no quiero entrar en el juego de mis hermanas quienes...)] y quiere reiterar que su madre es muy importante para él (se refiere a ella con un diminutivo cariñoso 'maman') [F: *On parle ici de ma maman. C'est... c'est la personne la plus importante pour moi* (Estamos hablando de mi mamá. Es... es la persona más importante para mí)] y que siente mucho miedo, por lo que hace una petición directa para que se le administre una dosis baja.

Acompaña el enunciado con gestos con la mano para referirse a la dosis muy baja y tratando de traducir alguna palabra, aunque la dice en italiano (dosa en vez de dosis) [F: *Je ne sais pas si c'est une décision vraiment difficile. J'aimerais bien que vous baisser le taux de médicaments que vous... pequeño, un peu dosa de medicamente* (No sé si es una decisión muy difícil. Me gustaría que le administraseis una dosis de medicación muy baja, que vosotros...)]. Tras esta petición, intercambian dos intervenciones con preguntas para tratar de entender lo esencial [E: ¿poca dosis? / F: *un peu, ici, un peu, un pequeño la dosa del medicamente?* / E: ¿hacerla más pequeña? / F: Sí]. El familiar se siente frustrado, (se puede apreciar por su lenguaje no verbal que está tenso) y no puede añadir más información, por lo que comete un acto que amenaza la imagen negativa de la enfermera, ya que esta no puede adquirir más información y también la positiva ya que la enfermera no puede ayudarle a resolver esta situación crítica. A su vez, la enfermera, quien también parece frustrada (por sus movimientos corporales rápidos, que denotan incomodidad y por tener que simplificar y no poder explicarse) hace una intervención más impositiva, cuando se espera (según las estrategias de intervención) que los enunciados no sean impositivos para crear una atmósfera de entendimiento mutuo, respeto y acogida incondicional [E: Arnau, la dosis de medicamentos es la necesaria para quitar el dolor. Y cuando se la administremos veremos si se lo va aliviando. ¿Aliviando? Mm... quitando el dolor]. Trata de reformular este final porque ha visto que el familiar no la ha entendido por su expresión de duda. Una vez lo reformula, el familiar la entiende y lo expresa en francés [F: *quitter* (asiente con la cabeza)]. Además, prosigue con su expresión de que espera que su madre esté consciente y lo dice visiblemente emocionado y con la voz muy entrecortada [F: *J'aimeras bien qu'après l'administration de ce médicament, ma maman, elle va être à nouveau normale, consciente qu'elle ouvre ses yeux, qu'elle me regarde, que je peux lui parler, qu'elle m'entend. Oui, c'est ça que je veux. Vous comprenez?* (Os agradecería que después de la administración de ese medicamento, mi mamá, ella estará de nuevo normal, consciente, que abrirá los ojos, me mirará, le podré hablar, ella me entenderá. Sí, esto es lo que yo quiero, ¿me entiendes?). Esta última parte, el familiar pregunta si se le ha entendido pero sigue relatando que no está de acuerdo con la decisión de sus hermanas y es aquí cuando eleva el tono por su estado de nerviosismo y enfado [F: *Et je ne sais pas si... après le médicament tu... tu., on va pouvoir se parler à nouveau. Vous comprenez?* (Y no sé si... después del medicamento, tú... tú... vamos a poder hablarnos de nuevo. ¿Me entiendes?). La enfermera responde con un «no» rotundo que se convierte en un acto que amenaza la imagen negativa de la enfermera (por no poder expresarse de manera efectiva), la imagen negativa del paciente (porque no puede recibir apoyo verbal ni emocional), la imagen positiva de la enfermera (porque no puede ayudar a resolver una situación crítica) y la imagen positiva del familiar (porque no se pueden validar sus emociones).

En el intercambio mediado, tras escuchar la confesión del familiar en un clima de menor tensión que en el intercambio no mediado (favorecido por la intervención de la intérprete quien permite que se entiendan con facilidad), la enfermera acalora las dudas sobre el proceso, tras escuchar activamente al familiar [E: Arnau, estos fármacos son para llevar a cabo la sedación y no causan la muerte / I: *Mais ces médicaments servent à la sédation et il ne cause pas la mort* / E: solo alivian el dolor / I: *les médicaments sert à soulager la douleur*]. El familiar acepta la información que no quería recibir y expresa su deseo de que se reduzca la dosis a través de una pregunta sin imposiciones y con una petición indirecta (estrategia de cortesía 13) [F: *Oui, mais... il n'y a pas une autre possibilité, je ne sais pas, peut être décider... mais décider du baisser le taux de médicaments et de... de... lui donner une quantité plus ou moins importante, ou... voilà* / I: Y... ¿no hay otra posibilidad? Quizá darle menos cantidad de medicamentos que sea de otra, de otra forma]. La enfermera responde con un tono empático y respondiendo a sus necesidades sin ser impositiva [E: La cantidad de medicamentos que tenemos que administrarle tiene que ser la suficiente para aliviar ese dolor y hay que ir viendo cómo van haciendo efecto / I: *La quantité du médicament qu'on va utiliser peut être suffisante pour enlever la douleur on va augmenter progressivement pour voir comment ça va*]. Si recordamos el intercambio no mediado (tabla 66) [E: Arnau, la dosis de medicamentos es la necesaria para quitar el dolor. Y cuando se la administremos veremos si se lo va aliviando], en esta situación mediada, la intérprete favorece el entendimiento mutuo y que se puedan aplicar las técnicas de intervención. Si seguimos con el análisis del intercambio mediado, el familiar confiesa que no sabe cómo funciona los medicamentos y vuelve a reiterar que es una decisión complicada porque necesita que se le validen estas emociones que expresa con las manos debajo de la mesa, cabizbajo, afligido, visiblemente emocionado y con un tono de voz más nervioso [F: *Je ne sais pas si je ne comprends pas trop comment les médicaments ça fonctionne, comment ça marche. Mais... pour moi, c'est une décision que j'ai vraiment du mal à prendre, notamment parce que je me mets pas d'accord avec mes soeurs. J'ai l'impression que c'est eux qui décide de leur côté et que moi, ce que je pense que je veux, ça compte moins* / I: Le cuesta, le cuesta mucho porque no se pone de acuerdo mucho con sus hermanas porque cree que son ellas las que van a decidir y que su opinión cuenta menos que la de ellas y le cuesta]. Aunque la intérprete se ha adaptado al registro del familiar, la primera parte de esta intervención (donde decía que no comprendía cómo funcionan los medicamentos) ha sido omitida por la intérprete. La última intervención del familiar, donde acaba aceptando, porque se da cuenta de que no hay otra posibilidad, va dirigida a la intérprete, sin casi poder hablar y muy emocionado, pero esta la traslada a la enfermera en tercera persona [F: *Je ne sais pas... je... d'accord. Si... il n'y a pas d'autre possibilité... d'accord* / I: pero bueno sino hay otra posibilidad pues tendrá, tendrá que aceptar]. El final de este intercambio es distinto al no mediado, puesto que en el no mediado todavía no ha aceptado y sigue cuestionando y pidiendo que sea una dosis más baja de sedantes bido a la incomprensión entre ambos.

	ENFERMERA	FAMILIAR
4	E: Arnau, [ehh] no podemos (...) hacer la dosis menor. La situación de tu madre es muy complicada. [silencio] Tiene leucemia y además un cáncer epidermoide muy avanzado con lesiones cutáneas. [ritmo lento, gran vocalización] [mirada empática] Eh... heridas en la piel. [se señala el brazo y la piel]	F: oui [asiente con la cabeza]
	E: y hay síntomas, ¿síntomas? (F: symptômes, oui) que indican que no queda mucho tiempo para que que fallezca. [pausa 4 segundos] [primer plano del familiar, compungido, afectado] ¿Me entiendes? 	F: je pens� que oui. Oui, sí. D'accord. Oui. [le cuesta hablar, muy afectado, volumen muy bajo]

Tabla 68. Intercambio no mediado 4 situación 2 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
4	E: Es la única posibilidad Arnau, tu madre est� en una situación muy complicada. Además de la leucemia, tiene un cáncer epidermoide con lesiones cutáneas y est� en fase muy [enfatisa] avanzada. Por eso como comentamos con tus hermanas, la solución para aliviar este dolor es la sedación y por otros síntomas que est�n apareciendo que nos indican que no queda mucho tiempo para que tu madre fallezca. [informa debidamente, respeta las objeciones del familiar, pero comunica la verdad]	Int: Oui, la, la seul choix qu'on a... puisque.... [se le nota nerviosa] [se dirige a la enfermera para pedir repetic�n] Perdona, �has dicho que tiene un cáncer... ?			Con enfermera: <i>reduced rendition</i> / zer rendition inadecuada. La intérprete necesita una aclaración, pero no informa a la otra parte de que va a hacer esta pregunta. Al preguntar quizá se olvida de toda la información a trasladar porque omite «que no queda mucho tiempo para que fallezca».
	E: cáncer epidermoide	Int: elle a un cancer �pidermoide.	F: Oui, Tr�s grave, je comprends.	Int: �muy grave has dicho, no? [el familiar acepta la	Con enfermera: <i>substituted rendition</i> básica porque busca que

	<p>Int : [mira a la enfermera para corroborar] ¿con lesiones cutáneas, verdad ? [la enfermera asiente con la cabeza]</p> <p>Int: avec des autre avec d'autres symptômes qui font apparaître sa situation est très grave. La seule option qu'on a c'est la sedation.</p>	<p>[no le sale casi la voz, cabizbajo, manos apretadas, visiblemente emocionado]</p>	<p>información recibida y la intérprete lo traslada con una pregunta]</p>	<p>se aporte más información para sentirse más segura.</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>close rendition</i> defectuosa porque omite 'no queda mucho para que fallezca' quizá porque ha aparecido en otra intervención y por las preguntas se le ha olvidado.</p>
<p>E: Sí. [asiente con la cabeza y mira al familiar directamente]</p> <p>[silencio terapéutico]</p>	<p>Int: [Mira al familiar y asiente con la cabeza y aprieta los labios]</p> <p>[silencio terapéutico]</p>	<p>F: [suspiro] on le fait, mais n'oubliez pas ce que je vous ai demandé si... il y a moyen qu'on évite qu'il s'endort comme vous dites. J'aimerais bien parce que moi, je sais, ma maman, je veux bien qu'il reste avec nous , qu'elle reste quand même consciente qu'elle me regarde . Quel montant que je peux lui parler... ce ça. [la intérprete asiente mientras el familiar cuenta su relato y también la enfermera le escucha activamente]</p> <p>[familiar acepta pero relata su deseo de lo quiere para su madre]</p>	<p>Int: Vale, está de acuerdo pero le gustaría que tuvieras en cuenta lo que te dice de que si se puede dar el mínimo de medicamentos posibles para que su madre no llegue a dormirse y que siga con nosotros. A él le gustaría mirarle, poder hablar, estar con ella.</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada.</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>

Tabla 69. Intercambio mediado 4 situación 2 francés

El intercambio no mediado (tabla 68) se basa en volver a tratar de informar debidamente y facilitar el proceso de aceptación, tratando de comunicar la información de la manera más clara posible. Además, intenta bajar el registro para que se le comprenda ya que atiende a las pistas indirectas que le aporta el lenguaje no verbal del familiar y se da cuenta de que no la ha entendido y trata de explicar el cáncer a través de señalarse el brazo y la piel [E: Arnau, eh, no podemos hacer la dosis menor. La situación de tu madre es muy complicada (silencio terapéutico). Tiene leucemia y, además, un cáncer epidermoide muy avanzado con lesiones cutáneas. Eh... heridas en la piel]. El silencio terapéutico tiene la función de hacer que el familiar retenga la información que está recibiendo, aunque en esta situación parece que está tratando de entender las palabras clave, ya que su respuesta es sí [F: *oui*]. La enfermera prosigue y comunica una mala noticia tras la cual deja una pausa y pregunta si se le ha entendido [E: y hay síntomas que indican que no queda mucho tiempo para que fallezca (...). ¿me entiendes?]. El familiar indica que sí, pero no puede argumentar su respuesta y se le ve muy afectado, cabizbajo y con un volumen muy bajo [F: *Je pensé que oui. Oui, sí. D'accord. Oui*].

En cambio, el intercambio mediado 4 empieza con la respuesta a la pregunta con la que terminaba el intercambio mediado 3 (tabla 67) sobre si había otra posibilidad y comunicando la situación de su madre con mayor detalle que en el intercambio no mediado 3 [E: Es la única posibilidad, Arnau, tu madre está en una situación muy complicada. Además de la leucemia, tiene un cáncer epidermoide con lesiones cutáneas y está en fase muy avanzada. Por eso como comentamos con tus hermanas, la solución para aliviar este dolor es la sedación y por otros síntomas que están apareciendo que nos indican que no queda mucho tiempo para que tu madre fallezca / I: *Oui, la, la seu choiz qu'on a... puisque... elle a un cancer épidermoïde avec des autre, avec d'autres symptômes qui font apparaître sa situation est très grave. La seule option qu'on a c'est la sedation*]. Para esta interpretación, la intérprete ha tenido que preguntar a la enfermera por repeticiones de la información y se le aprecia nerviosa al tener que comunicar la mala noticia. Además, omite «no queda mucho tiempo para que fallezca» contribuyendo así a una amenaza a la imagen negativa de la enfermera ya que no se ha comunicado todo el mensaje. No obstante, la información trasladada es suficiente para que el familiar comprenda que es grave y se le ve visiblemente emocionado, cabizbajo, con las manos apretadas y sin salirle casi la voz [F: *Oui, très grave, je comprends* / I: ¿muy grave has dicho, no?]. La intérprete lo traslada como un enunciado interrogativo a pesar de que el familiar ha hecho una afirmación, pero la enfermera responde que sí y la intérprete asiente con la cabeza y aprieta los labios mirando al familiar. En este momento se deja tiempo para un silencio terapéutico para que el familiar exprese sus emociones. El familiar rompe este silencio con una aceptación, que ya había hecho también en el intercambio mediado 3 (tabla 67) pero sin conocer esta información que se ha ampliado en este intercambio y también vuelve a recordar que le gustaría que su madre pudiese seguir con ellos, hablarle y estar con ellos.

El familiar en ambas situaciones está muy afectado tras el pronóstico, pero con intérprete puede preguntar si es muy grave y puede expresar sus sentimientos y emociones. Sin intérprete, el familiar renuncia a explicar y demostrar estos sentimientos, aunque está visiblemente afectado, pero también dubitativo. Con intérprete se permite a la enfermera informar debidamente y responder a las preguntas con aclaraciones de dudas sobre la sedación y los fármacos.

	ENFERMERA	FAMILIAR
5	E: Por eso queremos administrarle estos fármacos para la sedación [informa debidamente] y... [silencio] estaría bien que [sugerencia] en estos momentos que son muy difíciles y lo entiendo estuvieras con tu madre y con tus hermanas y si queréis y os apetece os despedierais. [Emm emm], (..) [/] decir adiós, despedirse, adiós (F: adieu, no) a vuestra madre.	F: No. Je suis désolé mais je ne suis pas prêt, no soy capable. Comment comment ça veut dire ? Ça veut dire qu'il faut accepter qu'il y a un risque après elle ne se leve pas plus. Je ne sais pas si vous comprenez vraiment la situation avec le chantier maintenant pour vous la comprenez , bien sûr. [suspiro] D'accord, on va le faire, sí.
	E: Arnau, sé que es un momento triste pero cuando os despedáis de vuestra madre, empezaremos el proceso de sedación y vas a ver como el dolor [énfasis en dolor] de tu madre va disminuyendo poco a poco. [ritmo lento, mira directamente al familiar]	F: D'accord. [suspiro, muy emocionado] Muchas gracias por... [carraspeo] pour les informations [le cuesta hablar]. Je... Je... je ne comprends pas toujours comment ça ça peut marcher les médicaments, mais je vous fais confiance et encore une fois, je vous dis merci. Muchas gracias. [silencio] [se miran los dos]

Tabla 70. Intercambio no mediado 5 situación 2 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	FAMILIAR	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
5	E: Arnau, sé que es un momento muy duro y muy difícil [empatía verbal] pero es un momento para estar con tu madre y con tus hermanas [demuestra comprensión] y... de hecho si queréis y os apetece, estaría bien que os despidierais de vuestra mamá antes de llevar a cabo la sedación. [invita y autoriza de manera indirecta a despedirse si así le apetece]	Int: Elle sait que c'est un moment très dur, très compliqué mais peut-être vous pourriez profiter vos soeurs et vous, pour être avec votre mère avant la sédation pour lui dire adieu.	F: [mientras escucha a la intérprete está cabizbajo y aprieta el labio] [suspiro] adieu, non. [rechaza la invitación de la enfermera, cortesía negativa: desacuerdo]	Int: [interviene con voz propia] perdona, a lo mejor quieren llamar a más familiares. ¿Se lo pregunto?	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada (3a persona). <hr/> Con familiar: <i>non rendition</i> adecuada.
	E: Sí, pregunta. [mira a la intérprete]	Int: Est-ce qu'il y aura d'autres familial avec les quelles voudriez le dire adieu à votre mère?	F: mai pourquoi lui dire adieu? [con tono de incomprensión]	Int: ¿pero por qué lo de despedirse?	Con enfermera: <i>non rendition</i> excelente (autorizada por la enfermera). <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> excelente (la intérprete cambia el registro y lo adapta al familiar).
	E: Porque vamos a llevar a cabo el proceso de sedación y, como te dije antes, [suspiro] vuestra madre va a dejar de estar consciente [responde a las incógnitas del familiar con veracidad] [mira directamente al familiar]	Int : parce que après la sédation votre mère ehh arrêtra d'être consciente.	P : [silencio de unos segundo mientras el familiar asiente con la cabeza] Oui. Non, par mes soeurs et moi, il n'y a pas d'autres personnes. [acepta la información] [visiblemente afectado, voz muy baja]	Int: [respeto el silencio y mientras está mirando al familiar] No, a parte de sus hermanas y él no hay más familiares a los que quieren avisar.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.

	<p>E: [mirando a la intérprete] Vale. [Mira al familiar] Entonces empezaremos el proceso de sedación una vez os hayáis despedido de vuestra madre y, /Arnau/, vas a ver cómo los signos de sufrimiento y de dolor van a ir desapareciendo. [acoge las emociones tras la información. Explica debidamente y vuelve a reiterar el ofrecimiento]</p>	<p>Int : Alors, après ce moment avec vous, vos soeurs et votre mère, on va commencer la sédation. Vous allez voir comment les symptômes et la douleur de votre mère va disparaître.</p>	<p>F: [visiblemente emocionado, asiente con la cabeza, voz temblorosa, lágrimas en los ojos] Merci.</p>	<p>Int: Gracias, dice.</p>	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> básica (no reproduce el nombre de pila del familiar).</p> <hr/> <p>Con familiar: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
			<p>F: Merci pour les information [suspiro grande] et (...) [mira a la intérprete] merci a vous parce que j' imagine que ce n'est pas toujours facile pour vous. [enfermera acoge las emociones y escucha activamente y mirada empática]</p>	<p>Int: Gracias por la información y porque entiende que la situación tampoco es cómoda para nosotras. [toca el brazo del familiar como gesto empático]</p>	<p><i>Substituted rendition</i> excelente (para salvaguardar la imagen de la enfermera).</p>
				<p>Int : [mira al familiar] [toca el brazo del familiar como gesto empático] ça va aller. [voz y mirada empáticas]</p>	<p><i>Non-rendition</i> adecuada (demuestra empatía).</p>
			<p>F: et merci pour ce que vous avez faites. [a la intérprete]</p>	<p>Int: Bon courage. [mira a los ojos al familiar]</p>	<p><i>Non-rendition</i> adecuada (demuestra empatía).</p>
			<p>F: Merci [a la intérprete]</p>	<p>Int : [agradece con la mirada y baja la mirada hacia la mesa]</p>	

Tabla 71. Intercambio mediado 5 situación 2 francés

El último intercambio de esta situación termina explicando cómo será el proceso de la sedación. En el intercambio no mediado (tabla 70), la enfermera trata de informar con honestidad y atender a las necesidades del familiar [E: Por eso queremos administrarles estos fármacos para que la sedación y...]. Además, formula una sugerencia para que el familiar vaya asimilando el proceso y facilitando su afrontamiento dadas las anteriores ocasiones en las que ha reiterado que tiene mucho miedo además de garantizarle comprensión y apoyo [E: En estos momentos que son muy difíciles, y lo entiendo, estuvieras con tu madre y con tus hermanas y si queréis y os apetece os despedierais, mm, mm..., decir adiós, despedirse, adiós, a vuestra madre]. Sin embargo, el familiar, en su respuesta a la enfermera, dice que no es capaz y vuelve de intentar traducirlo al español aunque no correctamente [F: *No. Je suis désolé mais je ne suis pas prêt, no soy capable. Comment comment ça veut dire ? Ça veut dire qu'il faut accepter qu'il a un risque après elle ne se leve pas plus* (No. Lo siento, pero no estoy preparado, no soy capaz. ¿Cómo decirlo? Esto quiere decir que hace falta aceptar que hay un riesgo de que ella no se despierte más)] y termina aceptando esta opción [F: *Je ne sais pas si vous comprenez vraiment la situation avec le chantier maintenant pour vous la comprenez, bien sûr. D'accord, on va le faire, sí.* (No sé si me entendéis y si entendéis este caos. De acuerdo, lo haremos, sí)]. Acto seguido, la enfermera vuelve a indicar mediante empatía verbal lo que ocurrirá poniendo énfasis cuando pronuncia «dolor» para que se comprenda que de este modo se le aliviará [E: Arnau, sé que es un momento triste pero cuando os despedáis de vuestra madre, empezaremos el proceso de sedación y vas a ver como el dolor de tu madre va disminuyendo poco a poco]. El familiar vuelve a mencionar que está de acuerdo, aunque no entiende cómo funcionan los medicamentos, y le agradece las explicaciones. La situación termina con ambos interlocutores mirándose con empatía y en silencio, mientras la enfermera le permite que vaya procesando sus emociones.

En el intercambio mediado, la información relativa a la despedida es trasladada completamente por la intérprete, quien, además, respeta los silencios y la empatía; aspectos que facilitan el proceso de aceptación y afrontamiento dando cabida a todas las emociones que muestra el familiar.

La primera intervención es un ejemplo de empatía verbal y demostración de la comprensión. Finaliza con una invitación indirecta a que el hijo se despidiera de su madre si es su deseo. La enfermera el diminutivo cariñoso que ha empleado el familiar para referirse a su madre («mamá») para demostrar empatía, pero no es trasladado por la intérprete [E: Arnau, sé que es un momento muy duro y muy difícil pero es un momento para estar con tu madre y con tus hermanas y, de hecho, si queréis y os apetece, estaría bien que os despedierais de vuestras mamá antes de llevar a cabo la sedación / I: *Elle sait que c'est un moment très dur, très compliqué mais peut-être vous pourriez profiter vous soeurs et vous, pour être avec votre mère avant la sédation pour lui dire adieu*]. El familiar responde negativamente a esta invitación (estrategia de cortesía negativa, por estar en desacuerdo) [F: *Adieu, non*]. La intérprete por iniciativa propia pregunta a la enfermera si es bueno sugerir que llamen a otros familiares; la enfermera agradece este acto y le da autorización para hacerlo.

La intérprete lo traslada, pero el familiar todavía no acepta que tengan que despedirse y pregunta por los motivos [I: *Est-ce qu'il y aura d'autres familiar avec les quelles voudriez le dire adieu à votre mère?* / F: *Mais pourquoi lui dire adieu?* / I: ¿Pero por qué lo de despedirse?]. La enfermera responde a esta incógnita del familiar con veracidad y dándole cabida a esta negación poniéndole en antecedentes de lo ya hablado anteriormente [E: Porque vamos a llevar a cabo el proceso de sedación y, como te dije antes, vuestra madre a va a dejar de estar consciente / I: *Parce que après la sédation votre mère arrêtra d'être consciente*]. El familiar vuelve a darse cuenta de la realidad y se ve como está visiblemente afectado y, tras unos segundos en silencio, con la voz muy baja indica que solo estarán sus hermanas y él. La intérprete respeta este silencio. La enfermera explica, a continuación, lo que ocurrirá cuando se empiece el proceso, acogiendo las emociones del familiar y volviendo a invitar al familiar a despedirse si así lo considera [E: Entonces empezaremos el proceso de sedación una vez os hayáis despedido de vuestra madre y, Arnau, vas a ver como los signos de sufrimiento y de dolor van a ir desapareciendo / I: *Alors, après ce moment avec vous, vos soeurs et votre mère, on va commencer la sédation. Vous allez voir comment les symptômes et la douleur de votre mère va disparaître*]. El familiar solo puede agradecer con voz temblorosa a la enfermera y a la intérprete, a quien saca fuerzas para decirle que imagina que su trabajo no siempre será fácil, mientras la enfermera escucha activamente y con una mirada empática. La intérprete traslada estas palabras incluyendo a la enfermera para salvaguardar su imagen [F: *Merci pour les information et merci a vous parce que j'imagine que ce n'est pas toujours facile pour vous* / I: Gracias por la información y porque entiende que la situación tampoco es cómoda para nosotras]. Mientras lo pronuncia, toca el brazo del familiar como gesto empático y le indica que todo irá bien [I: *ça va aller*]. El familiar aprecia y agradece este gesto y le vuelve a dar las gracias a la intérprete.

Por tanto, en el intercambio mediado se aprecia como la enfermera puede demostrar comprensión, empatía y apoyo gracias a la intervención de la intérprete que le permite garantizar apoyo al familiar y explicarle en qué consistirá el proceso. Se aprecia que el familiar se queda más tranquilo cuando hay intérprete porque ha podido ver sus necesidades atendidas. Con intérprete, la enfermera puede aportar más información y validar las emociones del familiar, así como atenderle e informarle a su ritmo.

6.1.2.6 Situación 3 francés: duelo

La tercera situación es la relativa a la consulta de seguimiento del duelo de Jérôme, quien hace unas semanas que ha perdido a su pareja, Anne, por un cáncer de útero. La enfermera que ha llevado el seguimiento de su mujer será la encargada de visitarle y valorar cómo se encuentra. Para Jérôme la pérdida ha sido muy dolorosa, ya que no pudo despedirse de Anne porque el hijo de esta, Antoine, tomó la decisión de sedarla sin consultarle. Anne y Jérôme convivieron casi una década y durante la enfermedad, él fue su cuidador principal. Jérôme es maestro de yoga, tiene creencias cercanas al budismo y confía en el poder curativo del reiki. Sin intérprete, no puede expresar todas sus emociones, aunque su lenguaje corporal ayuda a la enfermera a intuirlos. Con intérprete, el grado de empatía aumenta y posibilita el que la enfermera entienda mejor los sentimientos de culpa y rabia de Jérôme.

Las siguientes dos imágenes muestran la disposición de los interlocutores y la distribución del espacio:

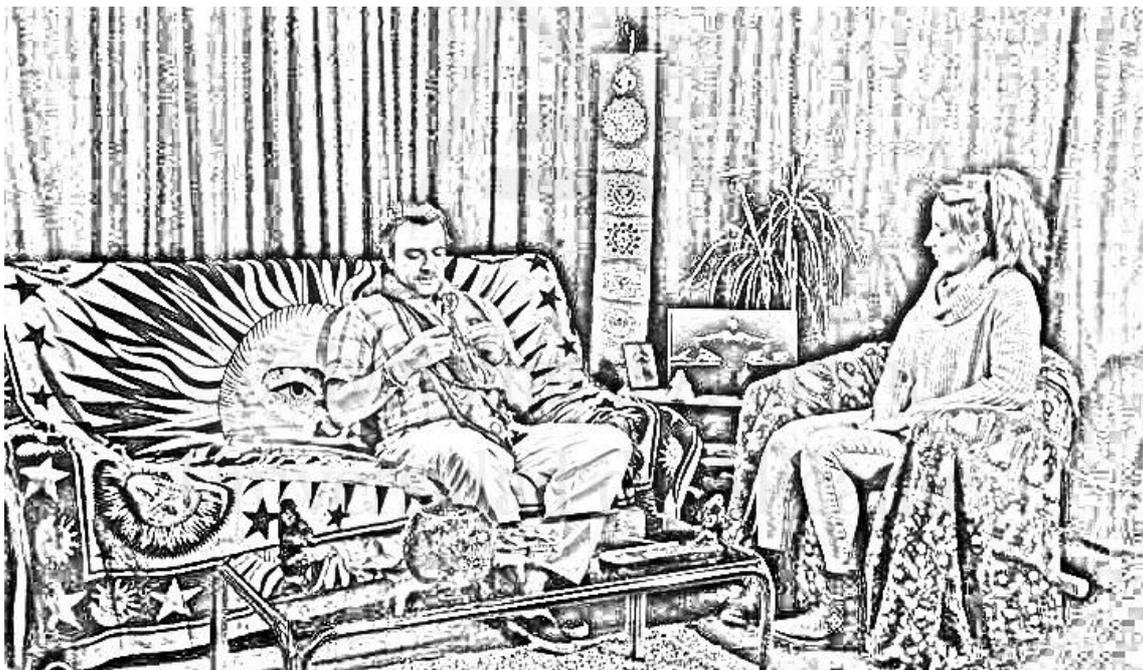


Imagen 19. Descripción de la situación 3 en francés no mediada



Imagen 20. Descripción de la situación 3 en francés mediada por intérprete

A continuación, se presenta el análisis de los intercambios comunicativos de esta situación con y sin intérprete.

	ENFERMERA	DOLIENTE
1	<p>(1:07') Infirmière (E): Hola, Jérôme [uso nombre de pila. [sonrisa empática] (P : Hola) Me alegro mucho de verte y... [suspiro] [,hh] siento la pérdida [énfasis en pérdida] de Anne [facilita apoyo y expresa condolencias. [tono empático]</p> <p>↔</p>	<p>Dolent (D): [realiza su intervención con el collar en las manos y tocándolo] Annette, sí. Annette c'était ma vie. Mi vida. [I : tu vida (asiente con la cabeza)] Annette, c'était quelqu'un avec qui je pouvais parler des heures et des heures, [suspiro] qui me comprenait qui m'accepté, elle m'accepté, me aceptar, (I: ¿me aceptaba ?) Sí, es muy difícil per me de vivre de continuer a vivre sin elle, sin ella. (I : sin ella)</p>

Tabla 72. Intercambio no mediado 1 situación 3 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
1	Infirmière (E): Hola, Jérôme [uso del nombre de pila]. [mirada empática]		D: Hola. [suspiro] [mira hacia abajo]		
	E: [a la intérprete] Tú vas a interpretar, ¿verdad ?	Intèrprete (Int): Eh, sí, sí, sí. [sonrisa de empatía y afecto]			Mantienen una conversación paralela.
	E: Me alegro mucho de verte. [mira al familiar]	Int : Bonjour ! Elle est ravie de vous voir. 	D: Moi aussi. [visiblemente emocionado, voy muy bajita]	Int: Él también.	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.
	E: y... siento mucho la pérdida de Anne [expresa condolencias y apoyo y muestra empatía verbal y no verbal]	Int: Elle est très [énfasis] désolé de la perte d'Anne. [reproduce el tono empático]	D: Moi aussi. Je vous remercie, mais pour moi, c'est un moment vraiment impossible à vivre [relata la información y agradece las palabras de la enfermera]. Je... je... [mientras está hablando la intérprete asiente con la cabeza y su rostro denota empatía] [mirada hacia abajo, visiblemente afectado]	Int: Te lo agradece pero para él es un momento muy difícil. [intérprete y enfermera se miran 4 segundos mientras hay un silencio que se rompe cuando el familiar empieza su siguiente intervención] 	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. <hr/> Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.
	[escucha activa]		D: Je ressens [se señala a él mismo] un grand vide, un grand... il n'y a rien qui peut le remplacer dans ma vie. Ma vie sans elle, c'est vraiment quelque chose de invivable.	Int: siente un gran vacío y cree que su vida sin ella pues no... no merece la pena	<i>Summarized rendition</i> adecuada porque traslada la información de otro modo pero no pierde información esencial.

Tabla 73. Intercambio mediado 1 situación 3 francés

El intercambio no mediado 1 recoge el saludo de la enfermera y su expresión de condolencias con una entonación empática a fin de reforzar la imagen negativa del doliente y su deseo de ser escuchado. Además, también garantiza apoyo con esta estrategia de intervención en situaciones de duelo [E: Hola, Jérôme. Me alegro mucho de verte y... siento la pérdida de Anne]. El doliente aprecia estas palabras y, con el collar de su mujer en la mano, le indica cómo quiere que se refiera a su mujer (con el diminutivo cariñoso Annette) [D: Annette, sí] y empieza a narrar su dificultad para seguir viviendo sin ella. Durante esta narración, la enfermera interviene en algún momento para preguntar por términos exactos para ver si se refiere a lo que ha creído entender mientras que el doliente, tras ver que no se entiende todo su mensaje (por los gestos del rostro de la enfermera y por sus interrupciones), decide emplear algún término en español, aunque otros los pronuncia en italiano al final de su intervención, en un intento de hacer comprensible su mensaje [D: *Annette c'était ma vie*. Mi vida / E: tu vida / D: *Annette, c'était quelqu'un avec qui je pouvais parler des heures et des heures* (suspiro) *qui me comprenait qui m'accepté, elle m'accepté, me aceptar* / E: ¿me aceptaba? / D: Sí, es muy difícil *per me de vivere, de continuer a viver sin elle, sin ella* / E: sin ella].

En el intercambio mediado, la enfermera empieza con un saludo cordial, empleando el nombre de pila del doliente para demostrar su interés, junto con una mirada empática. El doliente también saluda cordialmente y se le observa cabizbajo y triste [E: Hola, Jérôme / D: Hola]. Este saludo no es interpretado porque se han entendido sin problema y es una muestra de respeto de la intérprete hacia los demás interlocutores. Acto seguido, es la enfermera quien reafirma el papel de la intérprete, aunque ya no se presentan porque han tenido contacto en anteriores situaciones [E a I: Tú vas a interpretar, ¿verdad? / I: Sí, sí, sí]. La enfermera expresa sus condolencias y apoyo con empatía verbal y no verbal y la intérprete reproduce esta entonación empática por lo que refuerza la imagen negativa de la enfermera y su deseo de expresarse correctamente mientras que el doliente está visiblemente emocionado, pero aprecia estas palabras e, incluso, agradece las palabras de la enfermera [E: Me alegro mucho de verte / I: *Bonjour. Elle est ravie de vous voir* / D: *Moi aussi* / I: Él también / E: Y... siento mucho la pérdida de Anne / I: *Elle est très désolé de la perte d'Anne* / D: *Moi aussi. Je vous recercie, mais pour moi, c'est un moment vraiment impossible à vivre* / I: Te lo agradece pero para él es un moment muy difícil]. Tras esta intervención, la enfermera demuestra escucha activa y asiente la cabeza, seguido de un silencio terapéutico porque mientras trasladaba la intérprete la información, el doliente no ha interrumpido, pero ha dado a entender que quería añadir más cosas, aunque no ha podido por estar visiblemente afectado [D: *Je... je...*]. Este silencio lo rompe, tras unos segundos, el doliente cuando puede añadir más información sobre cómo se encuentra y el vacío que le ha dejado su mujer [D: *Je ressens un grand vide, un grand... il n'y a rien qui peut le remplacer dans ma vie. Ma vie sans elle, c'est vraiment quelque chose de invivable* / I: Siente un gran vacío y cree que su vida sin ella pues no... no merece la pena]. La enfermera ha sido quien ha gestionado la comunicación a través de la mirada, mientras que la intérprete mantenía un *dual feedback* durante todo el intercambio.

Si comparamos la información aportada en los dos intercambios, en el no mediado, el doliente ha expresado que su situación era difícil en estos momentos. Sin embargo, en el mediado ha podido añadir que siente un gran vacío y sus dificultades para seguir adelante sin su mujer. La intérprete ha favorecido el entendimiento mutuo, el respeto y la acogida incondicional, así como la expresión de emociones que la enfermera ha querido transmitir a través de la invitación a narrar y el acompañar desde el silencio, la cercanía y la empatía en sus intervenciones tras la expresión de condolencias.

	ENFERMERA	DOLIENTE
2	E: [suspiro] [.hh] [/] (...) [aprieta los labios] Es (..) normal [valida]. Ha sido una pérdida muy grande [enfatisa muy grande con el tono de voz] para ti (D: Sí) y Anne (..) era una persona increíble [da cabida a las emociones] y...[ritmo muy lento] [se ayuda con las manos] [tono empático]	D: Annette, yo posso, yo posso, uff... [mira al techo, mirada perdida como Recordándola, visiblemente emocionado] Mais tu sais quoi? [ehh] Moi, j'ai mes croyances, en quelque sorte ma religion, tu vois... [señala su ropa, su decorado, su estilo] mes objes, mes... et tout ça est...
	E: tu religión.	D: Sí, me yo lo sabe que ahora, elle (I: ella) Elle est là où il se trouve. Elle est paisible, elle est bien calme et elle... ella está bien. (I : ella está bien) Pero ella è un episode (...) à una historia a un, a l'hospedale. Aa... [emocionado, suspira [.hh], se toca la cabeza con la mano y niega con la cabeza]

Tabla 74. Intercambio no mediado 2 situación 3 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
2	E: Entiendo que estos sean unos momentos muy duros para ti y que te sientas vacío (..) sin Anne porque... ha sido una pérdida muy grande para ti [valida las emociones, refuerza la imagen negativa del doliente y la positiva. Empatía verbal y no verbal por la entonación]	Int: Elle comprend cette sensation de vide. Elle comprend qu'il s'agit d'une perte énorme. [reproduce el tono empático]	D: [suspiro] Vrai.		Con enfermera: <i>substituted rendition</i> excelente. <hr/> Con doliente: <i>zero rendition</i> adecuada.
	[escucha activa]		D: Oui mais Annette, c'était... [suspiro] en fait, c'était quelqu'un vraiment de très spécial. [mira a la intérprete] [le cuesta hablar]	Int: [se toca el pelo] Es que... Annette era una mujer muy especial.	Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.

	[escucha activa]		<p>D: En fait, (..) je sais que maintenant elle est calme et paisible dans un endroit très particulier qu'elle... qu'elle.. voilà a fini de souffrir parce qu'on a... on a travaillé tout ça bien avant, pendant sa période de maladie, et... c'était grâce à des sessions de Reiki et Chakra et... qu'on a réussi à développer tout ça ensemble. [suspiro] Je suis en quelque sorte content pour elle parce que je l'aime, je la sent mieux là où elle est maintenant [doliente confiesa sus creencias]. [voz tranquila, ritmo normal, mira a la intérprete]</p>	<p>Int: Sabe que, en realidad, está en un lugar mejor y que por lo menos ha dejado de sufrir que eso es algo que han trabajado mucho durante el último periodo de su enfermedad gracias al Reiki [mira al doliente] y a los chakras. [vuelve a mirar a la enfermera] Sabe que, en realidad, ahora está más tranquilo por ese lado porque sabe que ella está en un lugar en el que ya no sufre.</p>	<p><i>Substituted rendition</i> excelente porque traslada toda la información esencial y facilita la escucha activa por parte de la enfermera.</p>
			<p>D: [habla nada más termina la intérprete su intervención] mais.. je ne sais pas comment le dire... [movimientos con las manos] En fait, [mira a la intérprete] il y a une chose qui ne me laisse pas tranquille du tout. C'est en fait ce qui s'est passé à l'hôpital. [se atreve a confesar lo que no le deja tranquilo] [suspiros]</p>	<p>Int: Pero hay una cosa que no le acaba de dejar tranquilo, no sabe bien cómo expresarlo, lo va a intentar y es lo que pasó en el hospital.</p>	<p>Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>

Tabla 75. Intercambio mediado 2 situación 3 francés

El intercambio no mediado 2 (tabla 74) empieza con la validación de la enfermera que, a pesar de no haber entendido todo el mensaje del doliente con el que finalizaba el intercambio no mediado 1 sobre la dificultad de vivir sin su mujer, expresada de manera muy breve [E: Es normal]. Además, trata de dar cabida a las emociones que siente el doliente, hablando de la fallecida con un ritmo muy lento, ayudándose con gestos con las manos y con un tono muy empático [E: Ha sido una pérdida muy grande (énfasis) para ti y Anne (..) era una persona increíble y...]. El doliente vuelve a recordarle que utilice el diminutivo cariñoso «Annette» como en el intercambio no mediado 1. Además, el doliente se muestra visiblemente emocionado y con la mirada perdida, como si estuviese recordándola. Este tiempo es respetado por la enfermera con el objetivo de que el doliente intente conectar con su experiencia y sus emociones para poder reconstruir el *self* (estrategia de intervención en duelo). El doliente, cuando se siente preparado, le confiesa a la enfermera sus creencias con un discurso entrecortado [D: *Mais tu sais quoi? Eh, Moi, j'ai mes croyances, en quelque sorte ma religion, tu vois... mes objes, mes... et tout ça est...*], pero la enfermera solo entiende «religión» por lo que no puede validar, ni dar apoyo verbal al doliente, lo que produce una amenaza a ambas imágenes del doliente: a la negativa (por no poder recibir apoyo verbal) y a la positiva (por no poder validarle su relato). No obstante, el doliente sigue expresando cómo se siente y qué es lo que le preocupa y utiliza una frase en español que es la que entiende la enfermera y repite, ya que el resto de la intervención no parece haber sido comprendida por la enfermera [D: *Elle est là où il se trouve. Elle est paisible, elle est bien calme et elle...* ella está bien / E: Ella está bien / D: *Pero ella è un episode (...) à una historia a un, a l'hospedale, aa...*]. Con sus últimas palabras, el doliente niega con la cabeza y su rostro expresa negación y rabia.

En el intercambio mediado, la enfermera empieza por una validación al sentimiento de vacío que el doliente había manifestado al final del intercambio mediado 1 (tabla 73) [E: Entiendo que estos sean unos momentos muy duros para ti y que te sientas vacío (...) sin Anne porque... ha sido una pérdida muy grande para ti / I: *Elle comprend cette sensation de vide. Elle comprend qu'il s'agit d'une perte énorme*]. En esta validación se aprecia empatía verbal con 'entiendo', validación de la forma de afrontar el duelo como única e individual (estrategia de intervención en duelo) con 'que estos sean unos momentos muy duros para ti y que te sientas vacío sin Anne porque ha sido una pérdida muy grande para ti'. Esta validación supone un refuerzo de la imagen negativa del doliente porque recibe apoyo verbal y emocional y de la positiva porque se atienden sus necesidades de que se le escuche y se le valide. Además, la intérprete contribuye a dicha validación y refuerzo, ya que traslada todo el contenido del mensaje y reproduce el tono empático. El doliente, mirando a la intérprete, y visiblemente emocionado, da la razón a la enfermera y le indica que su mujer era muy especial [D: *Vrai. Oui mais Annette, c'était (suspiro) en fait, c'était quelqu'un vraiment de très spécial* / I: Annette era una mujer muy especial]. La enfermera opta por la escucha activa y el silencio terapéutico para invitar a narrar al doliente y que pueda expresar todo lo que siente.

A continuación, cuando el doliente está preparado, confiesa sus creencias y se siente cómodo gracias a la presencia de la intérprete por lo que puede explicar que al menos está tranquilo porque su mujer ha dejado de sufrir [D: *En fait, je sasi que maintenant elle este calme et paisible dans un endroit t`res particulier, qu'elle... qu'elle, voilà a fini de souffrir parce qu'on a... on a travaillé tout ça bien avant, pendant sa période de maladie, et c'était grâce à des sessions de Reiki et Chakra et... qu'on a réussi à développer tout ça ensemble* (suspiro). *Je suis en quelque sorte content pour elle parce que je l'aime, je la sent mieux là où elle este maintenant* / I: Sabe que, en realidad, está en un lugar mejor que por lo menos ha dejado de sufrir que es algo que han trabajado mucho durante el último periodo de su enfermedad gracias al Reiki y a los chakras. Sabe que, en realidad, ahora está más tranquilo por ese lado porque sabe que ella está en un lugar en el que ya no sufre]. En esta intervención se añade más información con una voz tranquila y a un ritmo normal, ya que en el intercambio no mediado solo había podido decir que estaba bien. El clima de tranquilidad en este intercambio mediado es favorecido por la intérprete, quien traslada todo el contenido y facilita que la enfermera pueda escuchar activamente. Nada más termina la intérprete, el doliente interviene, tras mirar a la enfermera y esta indicarle que sí puede continuar asintiendo con la cabeza, porque necesita expresar y confesar que hay un episodio que no le permite estar tranquilo [D: *Mais je ne sais pas comment le dire... En fait, il y a une chose qui ne me laisse pas tranquile du tout. C'est en fait ce qui s'est passé à l'hôpital* / I: Pero hay una cosa que no le acaba de dejar tranquilo, no sabe bien cómo expresarlo, lo va a intentar y es lo que pasó en el hospital].

Por tanto, se aprecia que, en el intercambio no mediado, la enfermera renuncia a dar más información por la barrera comunicativa y tiene que hacer un esfuerzo para seguir el discurso del doliente. Con intérprete en el intercambio mediado, la enfermera puede añadir más información y validar con seguridad. Basándose en esta validación, el doliente puede explicar sus creencias religiosas con total libertad e incluso confiesa lo que le hace estar intranquilo. Se aprecia mayor empatía y un clima de acogida incondicional y respeto por parte de todos los interlocutores en este último intercambio.

	ENFERMERA	DOLIENTE
3	E: [.hh] ¿Qué pasa con el hospital? [ha escuchado hospital y quiere obtener más información y por ello pregunta sin imposición]	D: Je vais te le dire. J'étais moi à côté de, d'Anette, dans la chambre, à l'hôpital, donc il y avait son fils [énfasis en son fils, rabioso]. Son hijo, [lo explica con la mano explicando dónde estaba cada uno situado]
	I: ¿Su hijo? [capta esta palabra y pregunta]	D: su hijo, sí. Antoine. Antoine non è mi hijo, mais su hijo. E yo, je me suis dit je vais les laisser les deux en tant que madre e hijo, qualche minutos, cosí per... you know, to talk to... [desde madre e hijo sube el tono de voz] [discurso entrecortado]
	I: para hablar [asiente con la cabeza para enfatizar que ha entendido esta parte]	D: para hablar, sí. E allora yo preno la salida. [acompaña su relato de gestos con las manos] (I: tú sales) yo salo e, [suspiro] e, (...) am,(...) (I: intenta interrumpir al mismo tiempo que habla la enfermera, por tanto decide dejarle hablar y sigue con un « Dime ».)
	I: Dime [tono empático] [gesticula con las manos para que continúe]	D: Cuando yo retorno a l'estanza, la chambre. (I: ¿A la habitación?) A la habitación [gesticula con la mano para decir que sí era eso], Il était trop tarde, trop tarde. Elle était muerta. Muerta. la sédation, ce processus, ce médicament... [suspiro] Et moi, je n'ai pas eu le temps. Je ne sais pas si tu comprends, mais j'ai pas eu le temps de lui dire adieu, adieu. Adiós, no tengo tempo. [expresión de rabia con sus manos y sube el tono de voz hacia el final de su intervención, visiblemente emocionado]
	I: ah, no tuviste tiempo de decirle adiós [enfermera cree haber entendido y reformula la frase] (D: No [muy enfadado]) a... (D: [interrumpe, no da tiempo a la enfermera que con el rostro demuestra su esfuerzo por entender]: a elle, a ella, a Annette) [interrumpe]	D: ça... c'est quelque chose que je ne peux pas accepter. Moi, je n'étais pas là. Elle était avec Antoine et en quelque sorte j'ai questo sentimento que c'est mi qui l'a mata, qui l'a mata. Martar Annette. [voz nerviosa, titubeante, ritmo rápido, con rabia] (I: eh.. Jérôme [movimientos posturales, mirada hacia abajo como pensando en lo que quiere expresar]) ¿comprende? [está nervioso por si se le ha entendido]

Tabla 76. Intercambio no mediado 3 situación 3 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
3	E: ¿Qué pasó, Jérôme [uso del nombre de pila + indagación]? [rostro de indagación] [no impositivo] [tono empático]	Int : Qu'est ce que c'est passé à l'hôpital? [reproduce el mismo tono empático de la enfermera]	D: En fait, (..) moi, j'étais là avec... [alargamiento vocálico] avec Annette, ma femme, mm.. [suspiro] dans la salle de soins intensifs [mira a la intérprete quien asiente con la cabeza y el familiar vuelve a mirar hacia delante como si estuviese viendo lo que estaba pasando], comme Antoine, son fils, s'il était là, je me suis dit au bout d'un moment qu'il faut que je les laisse quelques minutes ensemble pour... voilà... pour discuter donc je suis sorti de la salle. [nervioso, mira hacia abajo, a la intérprete, a la enfermera]	Int: Estaba allí con Annette, con su mujer y también estaba el hijo de ella, Antoine y en un momento determinado pensó que valía pena dejarlo un poco que estuviera él también con su madre y salió de la sala de la unidad de cuidados, de... (I : intensivos) de la UCI [la intérprete señala a la enfermera como gesto de agradecimiento de que era ese término el que buscaba y no le salía], de cuidados intensivos.	Con enfermera: <i>close rendition</i> básica (no utiliza el nombre de pila). <hr/> Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.
	[escucha activa] 		D: En fait (..) quand j'étais de retour à... [silencio] [familiar visiblemente emocionado, mira hacia abajo] C'était trop tard [le cuesta pronunciar estas palabras pero confiesa su sentimiento de culpa por haber vuelto demasiado tarde].	Int: y cuando volvió ya era demasiado tarde. 	<i>Close rendition</i> adecuada.
	[escucha activa] 		D: ehh [suspiro, tono de enfado y rabia] Je ne sais pas, mais moi, j'ai cette conviction que c'est à cause d'Antoine que je n'ai pas eu le temps ni l'occasion de dire adieu, comme il fallait, à ma femme.	Int: y piensa que fue por culpa de Antoine que él no tuvo la oportunidad de decirle adiós a su mujer.	<i>Close rendition</i> adecuada.

	<p>[escucha activa]</p> 		<p>D: [ritmo rápido, enfadado, con rabia y culpa] Je comprends que c'est son fils et que c'est... voilà... pour ça que je suis sorti de la salle. Mais en même temps, j'ai l'impression que c'est en quelque sorte moi qui l'a tué... voilà... parce que moi, je n'étais pas là. Je n'ai pas eu le temps . En plus, je ne connaissais pas comment ça marche avec la sédation, les médicaments et tout ça. Donc je ne sais pas si c'est vous. Peut être vous pouvez m'expliquer en peu comment ça marche. [ritmo más rápido]</p>	<p>Int: [empieza nada más termina el familiar] sabe que era normal porque era su hijo ¿no ? [enfermera asiente con la cabeza] pero por otro lado piensa y tiene esa sensación de que la ha matado él y que no sabe muy bien cómo funciona lo de la sedación y que le hubiera gustado que funcionara de otra forma. A lo mejor tú le puedes explicar en qué consiste.</p>	<p><i>Close rendition</i> básica por pequeña omisión de «pour ça que je suis sorti de la salle».</p>
--	---	--	---	--	--

Tabla 77. Intercambio mediado 3 situación 3 francés

El intercambio no mediado 2 (tabla 74) terminaba con el doliente anunciando que en el hospital ocurrió un hecho que le provoca no sentirse bien. Por tanto, el intercambio no mediado 3 (tabla 76) empieza con la pregunta de la enfermera para tratar de indagar en este suceso [E: ¿Qué pasa con el hospital?]. Esta pregunta responde a la estrategia de cortesía positiva 3 de intensificar el interés por el interlocutor, a su vez relacionada con la estrategia de intervención de preguntar sin imponer y de dar cabida a todas las emociones. El doliente empieza su intervención realzando la imagen negativa de la enfermera porque le indica que va a contestar a su pregunta [D: *Je vais te le dire*] y así lo hace [D: *J'étais moi à côté de, d'Anette, dans la chambre, à l'hôpital, donc il y avait son fils*, son hijo (Yo estaba al lado de, de Anette, en la habitación, en el hospital, y también estaba su hijo, su hijo)]. El doliente enfatiza la presencia del hijo de Anette como estrategia para gestionar la comunicación y para subrayar que esta parte es la esencial. Además, su lenguaje no verbal con gestos con las manos (como si describiese dónde estaba situado cada uno) son señales de refuerzo de las emociones que quiere transmitir. En cambio, la enfermera capta la palabra que el doliente ha traducido y pregunta con el objetivo de una mayor indagación como estrategia de cortesía positiva [E: ¿su hijo?] y es el doliente quien le vuelve a reiterar que sí [D: Su hijo, sí, Antoine] y le amplía la información, reforzando la imagen negativa de la enfermera, que desea adquirir más información.

Sin embargo, por los gestos del rostro de la enfermera, el doliente aprecia que no está entendiendo todo e intenta traducir parte del discurso en español y en inglés, a pesar de tener un discurso entrecortado y un tono de voz que denota rabia cuando habla del hijo de su mujer [D: *Antoine non è mi hijo, mais su hijo. E yo, je me suis dit je vais les laisser les deux en tant que* madre e hijo, *qualque minutos, cosí per... you know, to talk to...* (Antoine no es mi hijo, pero sí su hijo. Y yo, yo me dije que les iba a dejar a los dos por ser madre e hijo unos minutos para... para ya sabes... hablar de...). Acto seguido, la enfermera asiente con la cabeza y repite las últimas palabras del doliente traducidas al español para demostrar que ha entendido esta parte, aunque no el resto [E: para hablar]. El doliente intenta que se entienda lo que ocurrió, pero ve que no es posible y, cuando la enfermera trata de verificar una palabra, el doliente interrumpe para explicarse y durante su relato sigue utilizando la traducción de palabras como estrategia de comunicación [D: para hablar, sí. *E allora yo preno la salida, yo salo e, e..* / E: Tú sales / D: Eh (...) / E: Dime / D: *Cuando yo retunro a l'estanza, la chambre* / E: ¿a la habitación? / D: A la habitación. *Il était trop tarde, trop tarde. Elle était muerta. Muerta. La sédation, ce processus, ce médicament... Et moi, je n'ai pase u le temps. Je nse sasi pas si tu comprends, mais j'ai pas eu le temps de lui dire adieu, adieu. Adiós, no tengo tiempo / Ah, no tuviste tiempo de decirle adiós a... / D: A elle, a ella, a Anette*]. Como se puede apreciar, el discurso está entrecortado por interrupciones de ambos interlocutores a fin de confirmar algún término, estrategia que utilizan para tratar de gestionar la comunicación [D: *Cuando yo retunro a l'estanza, la chambre* / E: ¿a la habitación? / D: A la habitación]. Además, en el momento en el que el doliente le indica que no sabe si le entiende, la enfermera cree haber entendido la última parte y trata de reformular la frase para ver si es así [D: *Je nse sasi pas si tu comprends, mais j'ai pas eu le temps de lui dire adieu, adieu. Adiós, no tengo tiempo / Ah, no tuviste tiempo de decirle adiós a... / D: A elle, a ella, a Anette*]. El doliente expresa su rabia con su lenguaje no verbal (movimientos de manos acelerados), con un tono de voz más elevado y visiblemente emocionado tras la confesión de que cree que volvió demasiado tarde cuando su mujer ya había fallecido y es este sentimiento el que le perturba, además de sentirse como si la hubiese matado él; sentimiento que expresa con nerviosismo [D: *ça... c'est quelque chose que je ne peux pas accepter. Moi je n'étais pas là. Elle était avec Antoine et en quelque sorte j'ai questo sentimento que c'est mi qui l'a mata, qui l'a mata. Matar Anette ¿Comprende?*]. Por tanto, observamos en este intercambio no mediado 3 que el lenguaje no verbal y paraverbal ha estado muy presente, aunque el doliente ha tenido que recurrir a la traducción de partes de su discurso para tratar de aumentar la comprensión de la enfermera, quien, a su vez, ha tenido un discurso basado en repeticiones de ciertos términos que ha entendido. No obstante, la comprensión de la totalidad del discurso no ha sido posible.

En la situación mediada (tabla 77), ambos interlocutores pueden mantener una conversación más fluida, con un tono más empático y la intérprete favorece el entendimiento mutuo como se presenta a continuación con ejemplos. La enfermera empieza la indagación sobre lo que ocurrió en el hospital utilizando el nombre de pila del doliente para enfatizar su interés por él (estrategia de cortesía positiva) y un tono empático

propio de las intervenciones no impositivas (estrategia de intervención en duelo). Estas estrategias, excepto el uso del nombre de pila, son perfectamente trasladadas por la intérprete, que facilita que el doliente relate lo que ocurrió [E: ¿Qué pasó, Jérôme? / I: *Qu'est ce que c'est passé à l'hôpital?* / D: *En fait, moi, j'étais là avec... avec Annette, ma femme, mm, dans la salle de soins intensifs, comme Antoine, son fils, s'il était là, je me suis dit au bout d'un moment qu'il faut que les laisse quelques minutes ensemble pour voilà... pour discuter donc je suis sorti de la salle* / I: Estaba allí con Annette, su mujer y también estaba el hijo de ella, Antoine, y en un momento determinado pensó que valía la pena dejarlo un poco que estuviera él también con su madre y salió de la sala de la unidad de cuidados... de la UCI, de cuidados intensivos]. En la intervención del doliente, comparada con la del intercambio no mediado, se puede apreciar que añade más información (por ejemplo, el lugar donde se encontraban). Además, la enfermera no vuelve a intervenir en este intercambio, puesto que deja al doliente que exprese todo lo que necesita y, por tanto, ella está escuchando activamente (muestra de empatía) y dando cabida a todos los sentimientos del doliente para facilitar la introspección, así como permitiéndole el relato de todos los aspectos traumáticos para intentar que el doliente conecte con su experiencia y sus emociones. Estas estrategias de intervención en duelo no se han podido llevar a cabo en el intercambio no mediado puesto que no había entendimiento mutuo. El doliente describe su estado en tres intervenciones que son trasladadas por la intérprete de manera adecuada, mientras utiliza el *dual feedback* para gestionar la comunicación. La enfermera acepta, asintiendo, todas las intervenciones [D: *En fait, quand j'étais de retour à... c'était trop tard* / I: y cuando volvió ya era demasiado tarde / D: *Eh, je ne sais pas, mais moi, j'ai cette conviction que c'est à cause d'Antoine que je n'ai pas eu le temps ni l'occasion de dire adieu, comme il fallait, à ma femme* / I: Y piensa que fue por culpa de Antoine que él no tuvo la oportunidad de decirle adiós a su mujer / D: *Je comprends que c'est son fils et que c'est... voilà... pour ça que je suis sorti de la salle. Mais en même temps, j'ai l'impression que c'est en quelque sorte moi qui l'a tué... voilà... parce que moi, je n'étais pas là. Je n'ai pas eu le temps. En plus, je ne connaissais pas comment ça marche avec la sédation, les médicaments et tout ça. Donc je ne sais pas si c'est vous peut être vous pouvez m'expliquer en peu comment ça marche* / I: Sabe que era normal porque era su hijo ¿no? pero por otro lado piensa y tiene esa sensación de que la ha matado él y que no sabe muy bien cómo funciona lo de la sedación y que le hubiera gustado que funcionara de otra forma. A lo mejor tú le puedes explicar en qué consiste]. Con estas intervenciones, la intérprete refuerza las imágenes de los interlocutores con su intervención: la imagen negativa de la enfermera (porque puede adquirir información sobre qué pasó en el hospital) y la negativa del doliente (porque este ve que es escuchado) mediante la escucha activa de la enfermera. La cantidad de información que se ha relatado en este intercambio mediado es mayor que en el caso del no mediado donde el doliente no ha podido pedir detalles sobre cómo funciona la sedación. Además, con la presencia de la intérprete, el doliente tiene un discurso más ordenado al relatar los hechos ocurridos (sale de la habitación, cuando vuelve es demasiado tarde, cree que la culpa es del hijo de la mujer, sentimiento de ser él quien la ha matado) frente al intercambio no mediado, donde tenía que repetir distintas partes para ver si era comprendido y el discurso estaba entrecortado. Aunque en ambas situaciones

el doliente confiesa su sentimiento de rabia (por no haber vuelto antes a la habitación) y su sentimiento de culpa (como si hubiese participado en la muerte de ella), en el intercambio no mediado la entonación y el lenguaje no verbal del doliente están más acentuados porque tiene que pensar cómo hacerse entender. En cambio, en la situación mediada, a pesar de relatar su situación con un ritmo rápido y una entonación de enfado, rabia y culpa, se le aprecia más sereno, al no tener que estar pensando cómo expresarse y al ver que la enfermera está demostrando escucha activa, asintiendo con la cabeza.

	ENFERMERA	DOLIENTE
4	<p>E: Sí, [suspiro] [.hh] veo [aprieta los labios] que te sientes responsable de la muerte [énfasis] de Anne [mira hacia abajo] y... entiendo que entonces (P : sí) el momento de la sedación fue el más difícil para ti. [ritmo lento, vocalización mayor] [intenta validar pero con complicaciones]</p> 	<p>D: Oui, yo no conozco rien, nada, sur questo sédation, ce que c'est, mais, comment ça marche, no capito (E: no entiendes como...) No, si puedes explicar [manifiesta su deseo de que se le explique qué ocurrió con la sedación] [muchos movimientos con los brazos que denotan la incompreensión que transmite con sus palabras]</p>
	<p>E: Claro, eh... [mira hacia abajo], Jérôme, [sube la mirada y mira directamente al paciente] la sedación se lleva a cabo cuando... [mira hacia abajo] [suspiro] a ver, em, cuando [mira al paciente] no hay otra forma de... de aliviar el dolor (..) de la persona. [ritmo muy lento]</p>	<p>D: de soulager, soulager la personne ?</p>
	<p>E: soulager [repite pero con entonación insegura], la... la... [entrecortado]</p>	<p>D: [no interrumpe pero ve que la enfermera no sabe qué palabra usar y empieza él] la douleur</p>
	<p>E: el dolor. Y... se hace para permitir que la persona, que Anne, pueda.. hacer el tránsito en paz (D : en paix), que lo haga sin sufrimiento. [ritmo muy lento]</p>	<p>D: la transition en paix, en paix.[asiente con la cabeza]</p>
	<p>E: en paix, [repite la enfermera con entonación insegura sin saber realmente lo que significa pero trata de validar] Sí. Pero... no causa la muerte, (...) es la enfermedad la que produce el fallecimiento. [ritmo lento, vocalización]</p>	<p>D: Je comprends. Est-ce que je vais te dire. [gran suspiro y gira ligeramente su postura para mirar a la enfermera] Ce que je ne peux pas oublier ni accepter (E: ni aceptar) c'est que moi [se señala a sí mismo], à ce moment là, yo (E: tú) Je n'étais pas là, à côté d'elle pour lui dire adió. [se acompaña de las manos para señalar dónde quería estar a su lado] ¿comprende? [voz más relajada, menos sosegado]</p>
	<p>E: Sí, te duele no haber estado ahí esos últimos momentos, ¿verdad? Y... eso que sientes es comprensible [trata de reformular para ver si lo ha entendido y quiere validar].</p>	<p>D: ¿comprensible? Oui... oui, je comprends.</p>
	<p>E: pero ni la sedación ni tú tenéis la culpa [suspiro largo del paciente] de que ella haya fallecido [trata de dar cabida a emociones].</p>	<p>D: [mira hacia arriba, encogido, emocionado] Peut-être, ce n'est pas le moment, [mira hacia el frente] mais je pourrais parler des horas et des horas (I : horas) d'Annette [mira a la enfermera]. Elle était muy especial (E: muy especial) muy especial.</p>

Tabla 78. Intercambio no mediado 4 situación 3 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
4	<p>E: Claro que sí, Jérôme. [movimientos corporales para acercarse un poco más al familiar] la sedación se lleva a cabo cuando ya no podemos controlar la sintomatología de otra manera. [suspiro] Sabes que Ann tenía mucho dolor y... en algunos momentos incluso perdía la consciencia. [La intérprete empieza a interpretar y la enfermera asiente con la cabeza para que siga]</p>	<p>Int: La sédation elle l'utilise... c'est le dernier recours lorsque la douleur est trop importante. Et vous savez que Anne, elle avait même des moments où elle perdait la conscience.</p>	<p>D: je sais [resignado, mira hacia abajo]</p>		<p>Con enfermera: <i>reduced rendition</i> básica por omisión.</p> <hr/> <p>Con doliente: <i>zero rendition</i> (la enfermera empieza rápidamente y no hay tiempo para interpretar)</p>
	<p>E: [empieza rápidamente tras la intervención del familiar] y la sedación lo que hace es ayudar a las personas, en este caso a Anne a que haga el tránsito en paz, sin dolor. Y... quiero que entiendas que ni tú ni la sedación sois los que habéis causado la muerte a... a Anne. Es la enfermedad la que genera el fallecimiento.</p>	<p>Int : Avec la sédation, on élimine la douleur de façon à ce que la transition soit la plus douce possible. Il faut savoir que vous devez vous rappeler toujours que ni la sédation, ni vous, ni aucun de nous a était le responsable de la mort de votre femme, juste la maladie.</p>	<p>D: [mira a la intérprete] D'accord. Oui, je comprends. [mira a la enfermera] Ça me fait vraiment du bien de pouvoir discuter, d'avoir votre avis.</p> 	<p>Int: le viene bien poder hablar de esto y que le dé su opinión.</p>	<p>Con enfermera: <i>expanded rendition</i> adecuada porque salvaguarda la imagen de la enfermera y del hospital.</p> <hr/> <p>Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>

[escucha activa] 		D: [suspiro] Mais en même temps, il faut que je travaille un peu sur ces aspects là avec son fils. [suspiros constantes casi entre cada palabra] 	Int : pero esto lo tiene que trabajar, tiene que trabajar sobre este tema, lo de su hijo...	Close rendition adecuada.
[escucha activa] 		D: De toute façon, Annette il était vraiment quelqu'un de très particulier, une femme exceptionnelle. [visiblemente emocionado] 	Int: pero es que Annette era una mujer muy especial, extraordinaria.	Close rendition adecuada.
[escucha activa] 		D: Elle me manque beaucoup. 	Int: Y la echa mucho de menos.	Close rendition adecuada.
[escucha activa]		D: beaucoup.	Int: pero mucho.	Close rendition adecuada.

Tabla 79. Intercambio mediado 4 situación 3 francés

El intercambio no mediado 3 (tabla 76) terminaba con una pregunta del doliente a la enfermera [D: ¿comprende?] y, por ello, el intercambio no mediado 4 empieza con una afirmación de la enfermera que intenta validar, pero con complicaciones, lo que supone un intento de realzar la imagen positiva del doliente, aunque no en su totalidad. Esto se debe a que el doliente no ha indicado que la sedación fuese el momento más difícil, centrándose en cómo funciona [E: Sí, veo que te sientes responsable de la muerte de Anne y... entiendo que entonces el momento de la sedación fue el más difícil para ti]. El doliente responde con un nuevo intento de explicar que desconoce cómo funciona la sedación utilizando algunas palabras en español [D: yo no conozco *rien*, nada, *sur questo sédation*, *ce que c'est*, *mais*, *comment ça marche*, *no capito*. Si puedes explicar] y la enfermera intenta explicárselo aunque con dificultades de expresión, suspiros y un ritmo muy lento [E: Claro, eh..., Jérôme, la sedación se lleva a cabo cuando... a ver, em, cuando no hay otra forma de... de aliviar el dolor (..) de la persona]. El doliente pregunta para ver si ha entendido el término aliviar [D: *de soularge*, *soulager la personne*?] y la enfermera le repite con entonación insegura porque no sabe si se refiere a lo que ella está diciendo y en su intento de buscar una alternativa es el doliente quien le indica si se refiere a dolor en francés [D: la douleur].

La enfermera opta por seguir con su explicación para ver si así el doliente puede comprender de qué trata la sedación [E: Se hace para permitir que la persona, que Anne, pueda hacer el tránsito en paz, que lo haga sin sufrimiento]. De esta intervención, el doliente parece haber entendido una parte, por su repetición, si juzgamos su traducción al francés, y su lenguaje no verbal, ya que asiente con la cabeza [D: *La transition en paix, en paix*] y estas palabras también son repetidas por la enfermera, aunque con una entonación insegura, pero con su intención de validar y que el doliente se pueda sentir escuchado (refuerzo de la imagen positiva del doliente). Además, ofrece más información [E: Pero... no causa la muerte (...) es la enfermedad la que produce el fallecimiento] que el doliente dice que comprende y vuelve a reiterar su sentimiento de culpabilidad y rabia por no haberse podido despedir que ya había mencionado en el intercambio no mediado 3 (tabla 76) y que la enfermera va tratando de seguir gestionando la comunicación con interrupciones y repeticiones de palabras [D: *Je comprends. Est-ce que je vais te dire ce que je ne peux pas oublier ni accepter* / E: Ni aceptar / D: *c'est que moi, à ce moment là, yo* / E: Tú / D: *Je n'étais pas là, à côté d'elle pour lui dire adios, ¿comprende ?*]. Tras esta pregunta del doliente a la enfermera, esta intenta reformular y validar, aunque pregunta al doliente si es así [E: Sí, te duele no haber estado ahí esos últimos momentos, ¿verdad? Y... eso que sientes es comprensible]. De esta validación de la enfermera, el doliente solo entiende la última parte [D: ¿Comprensible? Oui... oui, je comprends], pero la enfermera opta por seguir esta validación tratando de dar cabida a las emociones mencionadas por el doliente en su anterior intervención [E: Pero ni la sedación ni tú tenéis la culpa de que ella haya fallecido]. Con la última intervención del doliente no se aprecia que haya entendido nada del intento de validación de la enfermera ya que abre un nuevo tema diciendo que podría pasarse horas hablando de su mujer [D: *Peut-être, ce n'est pas le moment, mais je pourrais parler des heures et des heures d'Annette. Elle était muy especial* / E: muy especial / D: muy especial]. En esta última parte, la enfermera repite las palabras del doliente [E: muy especial] para reforzar la imagen negativa del doliente y que se sienta escuchado y entendido, a pesar de no poder ampliar la validación con otras estrategias por la falta de entendimiento de la totalidad de las intervenciones.

El intercambio mediado 4 (tabla 79) empieza con el firme convencimiento de la enfermera de que puede explicarle en qué consiste la sedación tras la pregunta del doliente al final del intercambio mediado 3 (tabla 77) [E: Claro que sí, Jérôme]. Además, la enfermera se mueve para acercarse al familiar y poder explicar la sedación, ofreciendo motivos (estrategia de intervención) que no ha podido detallar en el intercambio no mediado. En este intercambio puede ampliar la información y hacer alusión al estado de la mujer del doliente para ayudar en la recolocación emocional de la fallecida [E: la sedación se lleva a cabo cuando ya no podemos controlar la sintomatología de otra manera. Sabes que Anne tenía mucho dolor y... en algunos momentos incluso perdía la consciencia]. La intérprete traslada esta información, aunque con una reformulación para expresar que es el recurso que se emplea cuando ya no se puede controlar el dolor y el doliente acepta esta información y baja la mirada resignado [I: *La sédation elle l'utilise... c'est le dernier recours lorsque la douleur est trop importante. Et vous savez que Anne, elle avait même des moments où elle perdait la conscience* / D: *Je sais*].

Estas dos palabras del doliente no se interpretan porque la enfermera observa las pistas del lenguaje no verbal del doliente (cabizbajo y dolido) y empieza directamente con su siguiente intervención para seguir explicando los efectos de la sedación donde también hace alusión a Anne; hecho que en el intercambio no mediado 4 no ha sido posible [E: Y la sedación lo que hace es ayudar a las personas, en este caso a Anne a que haga el tránsito en paz, sin dolor / I: *Avec la sédation, on élimine la douleur de façon à ce que la transition soit la plus douce possible*]. Esta parte es seguida por una validación de la enfermera hacia el doliente a raíz del sentimiento de culpa que ha confesado el doliente en el intercambio anterior (tabla 79) [E: Y quiero que entiendas que ni tú ni la sedación sois los que habéis causado la muerte a... a Anne. Es la enfermedad la que genera el fallecimiento / I: *Il faut savoir que vous devez vous rappeler toujours que ni la sédation, ni vous, ni aucun de nous a été le responsable de la mort de votre femme, juste la maladie*]. Con esta interpretación, la imagen de la enfermera y del hospital es salvaguardada por la intervención de la intérprete donde añade que ninguno de ellos tiene la culpa de la muerte [I: *ni la sédation, ni vous, ni aucun de nous*]. El doliente, tras esta intervención, mira a la intérprete y le dice que lo comprende [D: *D'accord. Oui, je comprends*] y mira a la enfermera para agradecerle sus palabras [D: *Ça me fait vraiment du bien de pouvoir discuter, d'avoir votre avis* / I: Le viene bien poder hablar de esto y que le dé su opinión]. Con esta intervención, el doliente refuerza la imagen positiva de la enfermera, ya que esta ha podido resolver una situación crítica como es la validación del sentimiento de culpa del doliente. Este agradecimiento no ha sido posible en el intercambio no mediado puesto que ambos interlocutores estaban tratando de explicarse y prestando atención a partes esenciales dejando atrás matices como el agradecimiento en este intercambio. Tras el agradecimiento en el intercambio mediado 4, el doliente quiere seguir explicando cómo se siente y la falta que le hace su mujer y sus intervenciones son trasladadas por la intérprete de manera adecuada favoreciendo la escucha activa de la enfermera [D: *mais en même temps, il faut que je travaille un peu sur ces aspects là avec son fils* / I: Pero esto lo tiene que trabajar, tiene que trabajar sobre este tema, lo de su hijo / D: *De tout façon, Annette il était vraiment quelqu'un de très particulier, une femme exceptionnelle* / I: Pero es que Annette era una mujer muy especial, extraordinaria / D: *Elle me manque beaucoup* / I: Y la echa mucho de menos / D: *Beaucoup* / I: pero mucho.]. Se puede observar que el doliente está visiblemente emocionado, pero es capaz de expresar cómo se siente tras las estrategias de la enfermera de facilitar una relación de apoyo (asintiendo con la cabeza y con escucha activa) así como ayudando a la recolocación emocional del fallecido dejándole que relate la expresión del amor y la vulnerabilidad que siente. En el intercambio no mediado, esta parte se ha reducido a expresar lo especial que era la fallecida debido a la falta de entendimiento mutuo, que sí es posible en el intercambio mediado gracias a la intérprete. Esta gestiona la comunicación mirando a ambos interlocutores, a pesar de que el doliente la mire a ella y no a la enfermera mientras expresa cómo se siente en las últimas intervenciones.

	ENFERMERA	DOLIENTE
5	E: Y... me llega [con la mano en el corazón]. La relación que teníais era muy especial (D: [asiente oui]) y es muy bonito la verdad, muy bonito que puedas hablar de ella así y que siempre la guardes contigo. [tono y miradas empáticas] [ritmo lento]	D: C'est gentil, merci. Je ne peux pas, je ne veux pas te retenir. Je ne sais pas si tu veux avoir d'autres personnes. [se acerca la mano a los ojos, visiblemente emocionado]

Tabla 80. Intercambio no mediado 5 situación 3 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
5	E: Jérôme, que ella te falte es normal que la eches de menos y es duro no poder decir adiós a la persona que quieres pero todo esto que me estás diciendo: el amor que sentías por Anne, la relación que teníais, lo que has vivido con ella... eso es lo importante y siempre tienes que guardarlo y recordarlo porque es parte de ti. [suspiro y mirada empática al doliente]	Int : C'est vrai que c'est dur. Il n'y a pas d'autres façons de le dire que c'est dur. C'est quelque chose qu'on doit surmonter. Mais vous devez vous attacher à ces sentiments que vous avez vécu avec elle. Tout ce que vous gardez dans la mémoire des biens avec elle, c'est là où vous devez chercher votre force. [tono y mirada empática]	D: Oui. [mira hacia abajo emocionado]		Con enfermera: <i>substituted rendition</i> adecuada. <hr/> Con doliente: <i>zero rendition</i> adecuada.

Tabla 81. Intercambio mediado 5 situación 3 francés

El intercambio quinto se refiere a la validación de la enfermera tras la expresión del amor y vulnerabilidad del doliente hacia su mujer. Recordemos que el intercambio no mediado 4 (tabla 78), el doliente ha expresado que su mujer era muy especial por lo que la enfermera trata de validar esta parte con la kinésica (la mano en el corazón) y el lenguaje paraverbal (un ritmo lento, una entonación muy empática) así como agradeciendo que haya compartido estos sentimientos [E: La relación que teníais era muy especial y es muy bonito la verdad, muy bonito que puedas hablar de ella así y que siempre la guardes contigo]. El doliente agradece este gesto reforzando la imagen positiva de la enfermera (agradece su profesionalidad) y su propia imagen negativa (se ha sentido escuchado y ha recibido apoyo verbal) [D: C'est gentil, merci. Je ne peux pas, je ne ve upas te retenir. Je ne sais pas si tu veux avoir d'autres personnes].

En cambio, en el intercambio mediado 5, tras las tres intervenciones del doliente (diciendo que echaba mucho de menos a su mujer, que era extraordinaria y especial), la enfermera amplía dicha validación para acoger todos los sentimientos que ha demostrado el doliente, no solo en sus últimas intervenciones, sino en todo el relato durante esta visita [E: Jérôme, que ella te falte es normal que la echas de menos y es duro no poder decir adiós a la persona que quieres, pero todo esto que me estás diciendo: el amor que sentías por Anne, la relación que teníais, lo que has vivido con ella... eso es lo importante y siempre tienes que guardarlo y recordarlo porque es parte de ti]. Se puede apreciar el uso del nombre de pila del doliente para intensificar el interés por él, la validación de la imposibilidad de despedirse, del amor que siente el doliente hacia su mujer y el tiempo compartido. Además, esta validación está formulada con estrategias de intervención (intenta que el doliente conecte con su experiencia y sus emociones y pueda expresarlas) debido a que la intérprete ha trasladado todas las emociones transmitidas por el doliente. Con esta validación, la enfermera también consigue reforzar la imagen negativa del paciente, quien cumple su deseo de ser escuchado y recibe apoyo verbal y emocional (mirada empática de la enfermera) así como el respeto por parte de la intérprete del tono y la mirada empática [I: *C'est vrai que c'est dur. Il n'y a pas d'autres façons de le dire que c'est dur. C'est quelque chose qu'on doit surmonter. Mais vous devez vous attacher à ces sentiments que vous avez vécu avec elle. Tout ce que vous gardez dans la mémoire des biens avec elle, c'est là où vous devez chercher votre force* / D : oui]. El doliente está visiblemente emocionado.

Por tanto, en ambos intercambios, la enfermera facilita el apoyo desde la reciprocidad, trata de transmitir empatía verbal y no verbal y validar los sentimientos que manifiesta el doliente. Sin embargo, se observa un nivel mayor de seguridad, empatía y exactitud en el intercambio mediado por intérprete. Así pues, el doliente también percibe esta diferencia.

	ENFERMERA	DOLIENTE
6	E: [suspiro] [.hh] E: Si quieres te llamo en otro momento (D: Sí) y vemos cómo te encuentras y si necesitas que hablemos, ¿vale? Y... Ahora me voy que tengo otros pacientes a los que visitar.	D: muchas gracias e... D: Comprendo. [pausa 3 segundos] Est muy gentil e muchas gracias e una proxima volta. [no le sale casi la voz, muy emocionado]
	E: Hablamos. [asiente con la cabeza]	D: [suspiro] Muchas gracias, Irene. [se dan la mano, gesto con gran empatía]
	E: Adiós, Jérôme. [se sueltan la mano]	D: Adiós, Irene.

Tabla 82. Intercambio no mediado 6 situación 3 francés

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	DOLIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
6	E: [empieza nada más termina el familiar] Me encantaría poder charlar un rato más pero solo he podido estar 20 minutos porque tengo más trabajo y más pacientes a los que visitar. Entonces si te parece puedo llamarte más adelante y ver cómo te encuentras y si necesitas hablar.	Int : elle doit parler aussi avec d'autres patients et nous vous offre de vous rappeler plus tard dans quelques jours pour voir comment ça va.	D: C'est très gentil. [mira a la enfermera y seguidamente a la intérprete]	Int: eh, muy amable. [se incorpora para darle la mano a la enfermera y también se la da a la intérprete]	<p>Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada (a pesar de la pequeña omisión de los 20 minutos porque no tiene un peso relevante).</p> <hr/> <p>Con doliente: <i>close rendition</i> adecuada.</p>
			<p>D: et muchas gracias, [a la enfermera] muchas gracias. [suspiro] [a la intérprete]</p> <p>Ambas responden con una sonrisa empática y un ligero movimiento de cabeza de agradecimiento.</p>		<p><i>Zero-rendition</i> adecuada (no se interpreta de manera verbal pero sí muestran agradecimiento con el lenguaje no verbal). En el grupo de discusión comenta que tras la dureza de la consulta sentía que tenía ganas de terminar y que hubiese hecho cualquier acción que el familiar le hubiese pedido y no iba a quitar la mano cuando se la dio porque ante todo somos personas.</p>

Tabla 83. Intercambio mediado 6 situación 3 francés

El intercambio 6 supone el final de la visita de la enfermera terapeuta para el seguimiento del duelo de Jérôme. En el intercambio no mediado, la enfermera presenta un ofrecimiento sin imposiciones para volver a visitar al doliente garantizando una relación de apoyo [E: Si quieres te llamo en otro momento y vemos cómo te encuentras y si necesitas que hablemos, ¿vale? / D: Muchas gracias. Comprendo (...) *Est muy gentil e muchas gracias e una prossima volta...*].

El doliente agradece este apoyo muy emocionado y casi sin poder articular. La enfermera tras observar su lenguaje no verbal (emocionado) y paraverbal (suspiros y pausas) decide cerrar la visita asintiendo y diciéndole que hablarán a lo que el doliente vuelve a darle las gracias [E: Hablamos / D: Muchas gracias, Irene]. Ambos terminan dándose la mano como gesto de empatía y despidiéndose con el uso del nombre de pila que demuestra agradecimiento e interés [E: Adiós, Jérôme. / D: Adiós, Irene].

En el intercambio mediado 6 (tabla 83), la enfermera anuncia que se tiene que marchar tras la validación que ha podido hacerle al doliente sobre sus sentimientos demostrados durante toda la visita (tabla 81) [E: Me encantaría poder charlar un rato más pero solo he podido estar 20 minutos porque tengo más trabajo y más pacientes a los que visitar. Entonces, si te parece, puedo llamarte más adelante y ver cómo te encuentras y si necesitas hablar / I: *Elle doit parler aussi avec d'autres patients et nous vous offre de vous rappeler plus tard dans quelques jours pour voir comment ça va*]. La enfermera ha buscado la aceptación del doliente a esta propuesta con una intervención no impositiva [E: Si te parece]. La intérprete ha trasladado la información a excepción de la duración (20 minutos), pero esta omisión no tiene un peso relevante en la conversación. El doliente agradece primero a la enfermera y después a la intérprete y gestiona esta parte con la mirada [D: *C'est très gentil* / I: Muy amable]. El doliente se incorpora para darle la mano a la enfermera como gesto de agradecimiento y también se la da a la intérprete. Además, vuelve a darles las gracias a ambas, primero a la enfermera y después a la intérprete [D a E: Muchas gracias / D a I: Muchas gracias] a lo que ambas responden con una sonrisa empática.

La intervención de la intérprete contribuye a incrementar la empatía y el contacto visual y, por ende, la percepción del doliente de ser apoyado, lo cual es agradecido tanto verbal, como no verbalmente, con el gesto de darse la mano. En este intercambio mediado, la intérprete también ha contribuido a reforzar la imagen negativa del doliente quien ha recibido apoyo verbal y emocional, la imagen positiva del doliente cuyas emociones han sido validadas y cuyo relato ha sido aceptado, lo que le ha permitido una conexión con la pérdida y sus emociones. Asimismo, se ha reforzado la imagen positiva de la enfermera quien ha podido ayudar en una situación crítica y la imagen negativa de la enfermera que ha podido expresarse de manera efectiva.

Durante este epígrafe 6.1 se han presentado los análisis de las situaciones comunicativas mediante su descripción y la observación desde la perspectiva del proveedor del servicio y del usuario en las situaciones mediadas y no mediadas, aplicando el modelo de las cinco vertientes. Como se ha podido observar a lo largo de todas las situaciones, la intervención de las intérpretes ha sido beneficiosa, puesto que se ha aumentado el nivel de cortesía, permitiendo el refuerzo de las imágenes de los interlocutores y reduciendo las amenazas a dichas imágenes. Además, ha permitido que la enfermera terapeuta pudiese aplicar en la mayoría de las ocasiones las estrategias de intervención en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo, facilitando la gestión de la conversación, así como la expresión de emociones y empatía de ambos interlocutores.

Estas estrategias iban acompañadas por un lenguaje no verbal y paraverbal adecuado a cada situación. En el capítulo dedicado a las conclusiones describiremos con más detalle los beneficios para cada vertiente del modelo aplicado, ya que necesitamos complementar este análisis con el análisis de la intervención de las intérpretes participantes que conforma la siguiente parte.

6.2 Parte 2: intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

La segunda parte de este análisis se centra en los resultados del cuestionario, de la encuesta y del grupo de discusión, llevados a cabo con las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones.

6.2.1 Cuestionario a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

Este epígrafe recopila las respuestas a los cuestionarios STAI (A-R), STAI (A-E) y PANAS por parte de las intérpretes participantes en las situaciones comunicativas.

Por cuestiones logísticas, el orden de grabación de las situaciones fue en primer lugar la situación 1; en segundo lugar, la situación 3 y, por último, la situación 2. Por ello, presentamos el análisis de los cuestionarios y las respuestas siguiendo el orden de grabaciones para no tener que intervenir en la cronología de los datos recogidos.

El primer cuestionario es el referido al estado emocional y bienestar de la persona en su vida diaria. El cuestionario STAI (ansiedad-rasgo), diseñado para medir la tendencia y niveles de ansiedad de una persona para afrontar situaciones amenazadoras, donde 0 es casi nunca, 1 es a veces, 2 es a menudo y 3 casi siempre, solo se requirió antes de empezar las grabaciones, como evaluación de la propensión ansiosa en general. A continuación, se muestran las respuestas de la intérprete de inglés:

CUESTIONARIO STAI (A-R)	
FRASES	ANTES SITUACIONES
Me siento bien	2
Me canso rápidamente	1
Siento ganas de llorar	0
Me gustaría ser tan feliz como otros	1
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0
Me siento descansada	1
Soy una persona tranquila, serena y sosegada	2
Veo que las dificultades se me amontonan y no puedo con ellas	0
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0
Soy feliz	3
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	1
Me falta confianza en mí misma	1
Me siento segura	1
No suelo afrontar las crisis o dificultades	1
Me siento triste (melancólica)	0
Estoy satisfecha	2
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0
Soy una persona estable	3
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada	0

Cuadro 47. Respuestas al cuestionario STAI A-R de la intérprete de inglés

Siguiendo el modelo de corrección del cuestionario STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1986), el resultado se obtiene con la suma de los resultados en base a la frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3 casi siempre). Sin embargo, en los ítems 21 (me siento bien), 26 (me siento descansada), 27 (soy una persona tranquila, serena y sosegada), 30 (soy feliz), 33 (me siento segura), 36 (estoy satisfecha) y 39 (soy una persona estable), la puntuación se tiene que invertir siendo 3 casi nunca, 2 a veces, 1 a menudo y 0 casi siempre.

En la siguiente tabla se desglosan estas puntuaciones según la frecuencia de presentación:

CUESTIONARIO STAI (A-R)	FRECUENCIA (0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo, 3 casi siempre)	FRECUENCIA INVERTIDA (3 casi nunca, 2 a veces, 1 a menudo, 0 casi siempre)
Me siento bien		2
Me canso rápidamente	1	
Siento ganas de llorar	0	
Me gustaría ser tan feliz como otros	1	
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	
Me siento descansada		1
Soy una persona tranquila, serena y sosegada		2
Veó que las dificultades se me amontonan y no puedo con ellas	0	
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	
Soy feliz		3
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	1	
Me falta confianza en mí misma	1	
Me siento segura		1
No suelo afrontar las crisis o dificultades	1	
Me siento triste (melancólica)	0	
Estoy satisfecha		2
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	
Soy una persona estable		3
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada	0	

Cuadro 48. Puntuación del cuestionario STAI A-R de la intérprete inglés

A continuación, se recogen las respuestas al cuestionario STAI (ansiedad-estado), diseñado para medir los niveles de ansiedad antes y después de un hecho, donde la intérprete tuvo que marcar para cada frase un número en una escala Likert donde 0 es nada, 1 es algo, 2 es bastante y 3 es mucho. Dado que el cuestionario mide la ansiedad como estado en un preciso momento, se requirió antes y después de cada interpretación ya que de este modo se puede analizar si ha habido cambios tras la interpretación. Estas respuestas son de la intérprete de inglés:

CUESTIONARIO STAI A-E						
FRASES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Me siento calmada	2	0	0	1	1	0
Me siento segura	1	1	1	1	1	0
Estoy tensa	2	1	2	1	1	2
Estoy contrariada	1	1	0	0	0	1
Me siento cómoda (estoy a gusto)	1	1	1	1	1	0
Me siento alterada	1	1	1	1	1	1
Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	1	0	0	0	0	1
Me siento descansada	1	1	1	1	1	0
Me siento angustiada	0	1	0	0	0	1
Me siento confortable	1	1	1	1	2	0
Tengo confianza en mí misma	1	1	1	1	1	1
Me siento nerviosa	2	2	2	2	2	2
Estoy desasosegada	0	1	0	0	0	1
Me siento muy «atada» (oprimido)	0	0	0	0	0	0
Estoy relajada	1	0	0	1	1	1
Me siento satisfecha	2	1	1	1	1	1
Estoy preocupada	1	1	1	1	1	1
Me siento aturdida y sobreexcitada	1	1	0	0	0	1
Me siento alegre	2	1	2	1	2	0
En este momento me siento bien	2	1	2	2	2	1

Cuadro 49. Respuestas al cuestionario STAI A-E de la intérprete de inglés

Del mismo modo que ocurría con el STAI (A-R), en este caso también es necesario invertir la frecuencia en las respuestas para obtener la puntuación final. Estos ítems son 1 (me siento calmada), 2 (me siento segura), 5 (me siento cómoda, estoy a gusto), 8 (me siento descansada), 10 (me siento confortable), 11 (tengo confianza en mí misma), 15 (estoy relajada) y 16 (me siento satisfecha). En estos ítems la frecuencia se transforma en 3 nada, 2 algo, 1 bastante y 0 mucho. En la siguiente tabla se presentan los resultados con la frecuencia normal (F.N) y la frecuencia invertida (F.I):

CUESTIONARIO STAI A-E												
	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I
FRASES	ANTES 1		DESPUÉS 1		ANTES 3		DESPUÉS 3		ANTES 2		DESPUÉS 2	
Me siento calmada		2		0		0		1		1		0
Me siento segura		1		1		1		1		1		0
Estoy tensa	2		1		2		1		1		2	
Estoy contrariada	1		1		0		0		0		1	
Me siento cómoda (estoy a gusto)		1		1		1		1		1		0
Me siento alterada	1		1		1		1		1		1	
Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	1		0		0		0		0		1	
Me siento descansada		1		1		1		1		1		0
Me siento angustiada	0		1		0		0		0		1	
Me siento confortable		1		1		1		1		2		0
Tengo confianza en mí misma		1		1		1		1		1		1
Me siento nerviosa	2		2		2		2		2		2	
Estoy desasosegada	0		1		0		0		0		1	
Me siento muy «atada» (oprimido)	0		0		0		0		0		0	
Estoy relajada		1		0		0		1		1		1
Me siento satisfecha		2		1		1		1		1		1
Estoy preocupada	1		1		1		1		1		1	
Me siento aturdida y sobreexcitada	1		1		0		0		0		1	
Me siento alegre	2		1		2		1		2		0	
En este momento me siento bien	2		1		2		2		2		1	

Cuadro 50. Puntuación del cuestionario STAI A-E de la intérprete de inglés

Las respuestas al cuestionario PANAS, diseñado para observar los sentimientos y emociones que una persona siente en un momento dado, están estructuradas en una escala donde 1 equivale a nada, 2 a un poco, 3 a moderadamente, 4 a bastante y 5 a mucho. Este cuestionario se requirió antes y después de la interpretación para observar si había cambios en los sentimientos y emociones. En la siguiente tabla se presentan las respuestas a este cuestionario por parte de la intérprete de inglés antes y después de cada situación:

CUESTIONARIO PANAS						
SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Interesada	4	4	4	3	2	2
Tensa	2	3	3	2	2	4
Animada	5	3	3	2	3	1
Disgustada	1	2	1	1	1	3
Enérgica	3	3	2	2	2	2
Culpable	1	1	1	1	1	1
Asustada	1	2	2	1	1	2
Enojada	1	1	1	1	1	2
Entusiasmada	4	2	3	2	3	2
Orgullosa	4	2	2	3	2	2
Irritable	1	1	1	1	1	2
Alerta, despierta	3	2	2	2	2	2
Avergonzada	1	2	1	1	1	2
Inspirada	2	2	2	2	2	1
Nerviosa	3	4	4	3	4	2
Decidida	3	2	2	2	2	1
Atenta	3	2	2	2	2	1
Miedosa / intranquila	1	2	2	2	1	2
Activada	3	3	2	2	2	2
Temerosa, atemorizada	1	1	1	2	1	2

Cuadro 51. Respuestas al cuestionario PANAS de la intérprete de inglés

Para analizar los resultados del cuestionario PANAS se tiene que tener en cuenta que esta herramienta evalúa el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN). El primero, el positivo, refleja el grado de entusiasmo, activación, alerta, energía y participación gratificante que la persona siente. Por el contrario, el AN analiza el diestrés subjetivo y la participación desagradable que puede mostrar distintas emociones como disgusto, ira, culpa, miedo o nerviosismo (Sadín, Chorot, Lostao *et al.* 1999: 38). Así pues, el cuestionario está formado por 20 ítems donde 10 son marcadores del afecto positivo y 10 del negativo. De ahí que se pueda obtener una puntuación en afectividad positiva (subescala AP) y otra en afectividad negativa (subescala AN) (*ibid.*, 39).

A continuación, se presentan los resultados según si las respuestas de las encuestadas pertenecen a la subescala positiva (AP) o a la subescala negativa (AN):

CUESTIONARIO PANAS SUBESCALA AP						
SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Interesada	4	4	4	3	2	2
Animada	5	3	3	2	3	1
Enérgica	3	3	2	2	2	2
Entusiasmada	4	2	3	2	3	2
Orgullosa	4	2	2	3	2	2
Alerta, despierta	3	2	2	2	2	2
Inspirada	2	2	2	2	2	1
Decidida	3	2	2	2	2	1
Atenta	3	2	2	2	2	1
Activada	3	3	2	2	2	2

Cuadro 52. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AP de la intérprete de inglés

CUESTIONARIO PANAS SUBESCALA AN						
SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Tensa	2	3	3	2	2	4
Disgustada	1	2	1	1	1	3
Culpable	1	1	1	1	1	1
Asustada	1	2	2	1	1	2
Enojada	1	1	1	1	1	2
Irritable	1	1	1	1	1	2
Avergonzada	1	2	1	1	1	2
Nerviosa	3	4	4	3	4	2
Miedosa / intranquila	1	2	2	2	1	2
Temerosa, atemorizada	1	1	1	2	1	2

Cuadro 53. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AN de la intérprete de inglés

El mismo procedimiento se ha seguido en el caso de la intérprete de francés que se muestra en las siguientes tablas. La primera tabla recoge los resultados al cuestionario STAI (A-R) para medir la propensión ansiosa en la mayoría de las ocasiones. Recordemos que el rango de la escala utilizada es entre 0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 casi siempre.

CUESTIONARIO STAI (A-R)	
FRASES	ANTES SITUACIONES
Me siento bien	3
Me canso rápidamente	1
Siento ganas de llorar	1
Me gustaría ser tan feliz como otros	0
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0
Me siento descansada	2
Soy una persona tranquila, serena y sosegada	3
Veo que las dificultades se me amontonan y no puedo con ellas	0
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0
Soy feliz	3
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	1
Me falta confianza en mí misma	1
Me siento segura	3
No suelo afrontar las crisis o dificultades	0
Me siento triste (melancólica)	0
Estoy satisfecha	2
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	1
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	1
Soy una persona estable	3
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada	1

Cuadro 54. Respuestas al cuestionario STAI A-R de la intérprete de francés

El siguiente cuadro recopila los resultados según la frecuencia normal e invertida dependiendo del ítem del que se hace referencia y siguiendo el modelo de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1986: 69):

CUESTIONARIO STAI (A-R)	FRECUENCIA (0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo, 3 casi siempre)	FRECUENCIA INVERTIDA (3 casi nunca, 2 a veces, 1 a menudo, 0 casi siempre)
Me siento bien		3
Me canso rápidamente	1	
Siento ganas de llorar	1	
Me gustaría ser tan feliz como otros	0	
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	
Me siento descansada		2
Soy una persona tranquila, serena y sosegada		3
Veo que las dificultades se me amontonan y no puedo con ellas	0	
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	
Soy feliz		3
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	1	
Me falta confianza en mí misma	1	
Me siento segura		3
No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	
Me siento triste (melancólica)	0	
Estoy satisfecha		2
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	1	
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	1	
Soy una persona estable		3
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada	1	

Cuadro 55. Puntuación del cuestionario STAI A-R de la intérprete de francés

El siguiente cuestionario es el STAI (A-E) para medir la ansiedad en un momento concreto y, al igual que en la parte de inglés, se le requirió antes y después de cada situación.

CUESTIONARIO STAI A-E						
FRASES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Me siento calmada	2	1	3	0	3	0
Me siento segura	1	2	3	1	3	1
Estoy tensa	1	2	0	3	0	2
Estoy contrariada	0	0	0	2	0	0
Me siento cómoda (estoy a gusto)	1	2	3	0	3	1
Me siento alterada	1	1	0	3	0	2
Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	1	2	0	3	0	2
Me siento descansada	1	1	1	1	2	1
Me siento angustiada	0	1	0	2	0	1
Me siento confortable	2	1	2	1	2	1
Tengo confianza en mí misma	2	2	2	2	2	2
Me siento nerviosa	2	2	0	3	0	2
Estoy desasosegada	1	2	0	3	0	2
Me siento muy «atada» (oprimido)	0	2	0	3	0	1
Estoy relajada	2	1	2	0	3	1
Me siento satisfecha	2	3	2	1	3	3
Estoy preocupada	1	1	0	3	0	0
Me siento aturdida y sobreexcitada	0	1	0	1	0	0
Me siento alegre	2	2	2	0	2	1
En este momento me siento bien	2	2	3	1	3	2

Cuadro 56. Respuestas al cuestionario STAI A-E de la intérprete de francés

Del mismo modo que ocurría con el STAI (A-R), en este caso también es necesario invertir la frecuencia en las respuestas para obtener la puntuación final. Estos ítems son 1 (me siento calmada), 2 (me siento segura), 5 (me siento cómoda, estoy a gusto), 8 (me siento descansada), 10 (me siento confortable), 11 (tengo confianza en mí misma), 15 (estoy relajada) y 16 (me siento satisfecha). En estos ítems la frecuencia se transforma en 3 nada, 2 algo, 1 bastante y 0 mucho. En la siguiente tabla se presentan los resultados con la frecuencia normal (F.N) y la frecuencia invertida (F.I):

CUESTIONARIO STAI A-E												
FRASES	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I	F.N	F.I
	ANTES 1		DESPUÉS 1		ANTES 3		DESPUÉS 3		ANTES 2		DESPUÉS 2	
Me siento calmada		2		1		3		0		3		0
Me siento segura		1		2		3		1		3		1
Estoy tensa	1		2		0		3		0		2	
Estoy contrariada	0		0		0		2		0		0	
Me siento cómoda (estoy a gusto)		1		2		3		0		3		1
Me siento alterada	1		1		0		3		0		2	
Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	1		2		0		3		0		2	
Me siento descansada		1		1		1		1		2		1
Me siento angustiada	0		1		0		2		0		1	
Me siento confortable		2		1		2		1		2		1
Tengo confianza en mí misma		2		2		2		2		2		2
Me siento nerviosa	2		2		0		3		0		2	
Estoy desasosegada	1		2		0		3		0		2	
Me siento muy «atada» (oprimido)	0		2		0		3		0		1	
Estoy relajada		2		1		2		0		3		1
Me siento satisfecha		2		3		2		1		3		3
Estoy preocupada	1		1		0		3		0		0	
Me siento aturdida y sobreexcitada	0		1		0		1		0		0	
Me siento alegre	2		2		2		0		2		1	
En este momento me siento bien	2		2		3		1		3		2	

Cuadro 57. Puntuación del cuestionario STAI A-E de la intérprete de francés

Por último, presentamos los resultados del cuestionario PANAS de la intérprete de francés diseñado para observar los sentimientos y emociones que una persona siente en un momento dado. Recordemos que las respuestas están estructuradas en una escala donde 1 equivale a nada, 2 a un poco, 3 a moderadamente, 4 a bastante y 5 a mucho.

CUESTIONARIO PANAS						
SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Interesada	5	5	5	4	4	3
Tensa	1	3	1	5	1	3
Animada	4	2	5	2	5	2
Disgustada	1	1	1	3	1	3
Enérgica	4	2	4	2	4	2
Culpable	1	1	1	2	1	1
Asustada	1	2	1	3	1	1
Enojada	1	1	1	1	1	1
Entusiasmada	3	2	4	2	3	2
Orgullosa	3	2	4	2	3	2
Irritable	1	1	1	1	1	1
Alerta, despierta	2	2	3	3	3	4
Avergonzada	1	1	1	1	1	1
Inspirada	3	1	2	2	3	3
Nerviosa	3	3	1	5	4	2
Decidida	3	3	4	3	4	2
Atenta	4	3	4	4	2	4
Miedosa / intranquila	2	2	1	4	1	2
Activada	4	4	4	3	4	4
Temerosa, atemorizada	1	1	1	4	1	1

Cuadro 58. Respuestas al cuestionario PANAS de la intérprete de francés

Para analizar los resultados del cuestionario PANAS es necesario presentar los resultados que evalúan el afecto positivo (AP) y el negativo (AN). A continuación, se presentan los resultados según si las respuestas de las encuestadas pertenecen al AP o al AN:

CUESTIONARIO PANAS SUBESCALA AP						
SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Interesada	5	5	5	4	4	3
Animada	4	2	5	2	5	2
Enérgica	4	2	4	2	4	2
Entusiasmada	3	2	4	2	3	2
Orgullosa	3	2	4	2	3	2
Alerta, despierta	2	2	3	3	3	4
Inspirada	3	1	2	2	3	3
Decidida	3	3	4	3	4	2
Atenta	4	3	4	4	2	4
Activada	4	4	4	3	4	4

Cuadro 59. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AP de la intérprete de francés

CUESTIONARIO PANAS SUBESCALA AN						
SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	ANTES 1	DESPUÉS 1	ANTES 3	DESPUÉS 3	ANTES 2	DESPUÉS 2
Tensa	1	3	1	5	1	3
Disgustada	1	1	1	3	1	3
Culpable	1	1	1	2	1	1
Asustada	1	2	1	3	1	1
Enojada	1	1	1	1	1	1
Irritable	1	1	1	1	1	1
Avergonzada	1	1	1	1	1	1
Nerviosa	3	3	1	5	4	2
Miedosa / intranquila	2	2	1	4	1	2
Temerosa, atemorizada	1	1	1	4	1	1

Cuadro 60. Respuestas al cuestionario PANAS subescala AN de la intérprete de francés

Cuando se trata de estudios con mayor número de participantes que aplican estos dos cuestionarios, los resultados suelen extrapolarse en centiles según la puntuación total (Spielberger, Gorsuch y Lushene 1986: 71). Sin embargo, en el presente trabajo, nuestro interés se basa en conocer el estado individual de cada intérprete por lo que extraemos las conclusiones por separado.

En cuanto a la intérprete de inglés, observamos en sus resultados al cuestionario STAI (vid. cuadros 48-50) que es una persona tranquila, serena, sosegada y con un estado emocional estable. En la comparativa de afectación tras la interpretación, algunos parámetros como 'estoy tensa' y 'me siento angustiada' han aumentado y han descendido los de 'estoy alegre' y 'me siento satisfecha'. Estos resultados están en consonancia con las respuestas al cuestionario PANAS (vid. cuadros 51-53) donde también hay variaciones entre 'tensa' y 'miedosa/intranquila' en la subescala de afectividad negativa, así como 'enérgica' y 'anima' en la subescala de afectividad positiva.

Sobre la intérprete de francés, extraemos que es una persona que casi siempre se siente bien, es tranquila y serena (vid. cuadros 54-55). Sus respuestas al cuestionario STAI A-E (vid. cuadro 56) reflejan una variabilidad de estados tras las interpretaciones. Los parámetros con variabilidad ascendente son: 'me siento alterada' y 'me siento nerviosa'. Por el contrario, la variabilidad descendente se observa en: 'me siento calmada', 'me siento segura' y 'me siento confortable'. Estos resultados conectan con los del cuestionario PANAS (vid. cuadro 58) donde la intérprete refleja sentirse más miedosa, nerviosa y tensa tras las interpretaciones.

Por tanto, las dos intérpretes no manifiestan un estado ansioso general, pero sí se observa una afectación tras las interpretaciones.

6.2.2 Resultados de la encuesta a intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

Tras las grabaciones y la respuesta a los cuestionarios¹¹⁴, las dos intérpretes participantes respondieron a una encuesta dividida en dos bloques: el primero (preguntas de la 1 a la 15) dedicado a la comunicación y el rol del intérprete y, el segundo (preguntas de la 1 a la 10), a la situación emocional y el estrés del intérprete de acuerdo con las cuatro hipótesis de la presente investigación.

A continuación, se presentan las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5 relacionadas con la valoración de su interpretación en cuanto a las variables de calidad, lenguaje no verbal y empatía dentro del primer bloque.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

¹¹⁴ Para el cuestionario se ha utilizado el término paciente para definir a la parte usuaria del servicio independientemente de si es una persona enferma, un familiar o un doliente.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	INTÉRPRETE INGLÉS	INTÉRPRETE FRANCÉS
<p>1. ¿Cómo valora su interpretación en cuanto a calidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Adecuada</p> <p><input type="checkbox"/> Básica</p> <p><input type="checkbox"/> Defectuosa</p>	Básica	Adecuada
<p>2. Valore los siguientes parámetros según su intervención en cada situación teniendo en cuenta que el objetivo de este contexto es el éxito comunicativo y la calidad implica:</p> <p><input type="checkbox"/> Inteligibilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Coherencia, cohesión</p> <p><input type="checkbox"/> Corrección lingüística</p> <p><input type="checkbox"/> Naturalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Transmisión completa y correcta del mensaje</p> <p><input type="checkbox"/> Dominio de la terminología, el registro y el estilo</p>	<p>S1 Adecuada S2 Básica S3 Adecuada</p> <p>S1 Adecuada S2 Básica S3 Básica</p> <p>S1 Básica S2 Básica S3 Adecuada</p> <p>S1 Básica S2 Básica S3 Adecuada</p> <p>S1 Adecuada S2 Básica S3 Adecuada</p> <p>S1 Básica S2 Básica S3 Básica</p>	<p>S1 Adecuada S2 Adecuada S3 Adecuada</p> <p>S1 Adecuada S2 Adecuada S3 Adecuada</p> <p>S1 Adecuada S2 Adecuada S3 Básica</p> <p>S1 Excelente S2 Excelente S3 Excelente</p> <p>S1 Excelente S2 Adecuada S3 Básica</p> <p>S1 Adecuada S2 Básica S3 Adecuada</p>
<p>3. ¿Tiene en cuenta el lenguaje no verbal (gestos, movimientos faciales, posturales, contacto visual, tacto) en general cuando interpreta?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿con qué finalidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Reproducirlo</p> <p><input type="checkbox"/> Entender mejor la situación como intérprete</p> <p><input type="checkbox"/> Reducirlo a un grado mínimo o incluso omitirlo</p>	<p>Sí</p> <p>Entender mejor la situación como intérprete</p>	<p>Sí</p> <p>Entender mejor la situación como intérprete</p>
<p>4. ¿Cómo valoraría su interpretación del lenguaje no verbal en estas tres situaciones?</p>	<p>S1 Básica S2 Básica S3 Adecuada</p>	<p>S1 Adecuada S2 Adecuada S3 Adecuada</p>
<p>5. ¿Considera que su lenguaje no verbal ha diferido al de los participantes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿ha sido involuntario o perseguía una finalidad? Y si ha tenido una finalidad, ¿cuál era?</p>	<p>Sí</p> <p>Involuntario</p>	<p>Sí</p> <p>Totalmente involuntario</p>

Cuadro 61. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 preguntas de la 1 a la 5

Antes de analizar las respuestas, conviene recordar la matriz de evaluación de la calidad propuesta en la metodología, donde «excelente» significaba que se ha trasladado la totalidad del mensaje de manera comprensible y natural sin malentendidos, ni distorsiones, ni omisiones, ni enunciados confusos, ni ambigüedades y reproduciendo la intención y el efecto deseado por las partes, mostrándose empática y comprensiva con un registro y estilo adecuados para mantener la cortesía y el respeto por las estrategias de intervención. Por otra parte, el grado de «adecuada» significaba que se habían cumplido los objetivos con alguna dificultad y que en algún momento puntual no se había trasladado información esencial apreciándose así mínimas distorsiones en cuanto a omisiones, enunciados confusos o ambigüedades, pero la intérprete había sido bastante empática y comprensiva con un registro y estilo en gran medida adecuados para mantener la cortesía y las estrategias de intervención en la mayoría de las ocasiones. Se entiende por una interpretación «básica» al cumplimiento de los objetivos en parte puesto que ha habido información esencial que no se ha trasladado y se han apreciado dificultades de comprensión sin ser todas las intervenciones naturales por tener pausas, titubeos, falsos comienzos y enunciados incompletos por lo que la intérprete ha sido poco empática y ha habido algún momento de incomodidad afectando al registro y estilo que no han sido siempre adecuados provocando que la cortesía y las estrategias de comunicación no fuesen siempre las adecuadas. Finalmente, una interpretación «defectuosa» se refiere al cumplimiento de pocos objetivos quedando información esencial sin trasladar en la mayoría de las ocasiones y apreciándose así bastantes dificultades de comprensión (pausas largas, titubeos, falsos comienzos y enunciados incompletos), poca empatía, muy distante, nerviosa, incómoda, tensa, con un estilo y registro no adecuados afectando así a la cortesía y las estrategias de intervención propias de la situación comunicativa.

La intérprete de inglés ha valorado la calidad de su interpretación en general como «básica». En las respuestas a la segunda pregunta, ha valorado la inteligibilidad como «adecuada» en la situación 1, «básica» en la situación 2 y «adecuada» en la situación 3. Sobre la coherencia y la cohesión, sus respuestas han sido «adecuada» en la situación 1 y «básica» en las situaciones 2 y 3. En cuanto a corrección lingüística y naturalidad, las ha marcado como «básicas» en las situaciones 1 y 2 y «adecuadas» en la 3. Sobre la transmisión completa y correcta del mensaje, ha indicado como «adecuada» en las situaciones 1 y 3 y «básica» en la 2. Finalmente, en cuanto al dominio de la terminología, el registro y el estilo ha respondido en todas las situaciones como «básico». Se observa en sus respuestas que todos los parámetros han sido marcados como «básicos» en la situación 2 donde la hemos observado más nerviosa. En cuanto a la situación 1, ha considerado «adecuadas» su inteligibilidad, coherencia, cohesión, transmisión completa y correcta del mensaje y como «básicos» los otros parámetros restantes (corrección lingüística, naturalidad y dominio). Por último, la situación 3 considera «adecuadas» la inteligibilidad, la corrección lingüística, la naturalidad y la transmisión completa siendo los otros parámetros considerados como «básicos». Por tanto, se aprecia que la inteligibilidad y la transmisión completa y correcta del mensaje han sido «adecuados» en la mayoría de las situaciones según la opinión de la propia intérprete de inglés y, por otro

lado, el dominio de la terminología, el registro y el estilo considera que podrían mejorar por haberlos marcados como «básicos».

Sobre el lenguaje no verbal, la intérprete de inglés responde que sí lo tiene en cuenta con la finalidad de entender mejor la situación como intérprete; opción que podía elegir entre otras dos opciones que eran «reproducirlo» o «reducirlo a un grado mínimo» o incluso «omitirlo». Cuando es preguntada por su lenguaje no verbal en cada situación, considera como «básico» el de las situaciones 1 y 2 y como adecuado el de la 3 que se grabó en segundo lugar. Además, considera que su lenguaje no verbal sí ha diferido al del resto de participantes de manera involuntaria (pregunta 5).

Si analizamos las respuestas de la intérprete de francés, valora la calidad global de su interpretación como «adecuada» y así lo indica en cuanto a inteligibilidad y coherencia y cohesión en las tres situaciones con sus respuestas a la segunda pregunta. La corrección lingüística también la valora como «adecuada» en las situaciones 1 y 2, pero como «básica» en la situación 3 donde se le aprecia más nerviosa por la temática de la situación (duelo). Sin embargo, la naturalidad ha sido marcada como «excelente» en todas las situaciones, así como la transmisión completa y correcta del mensaje en la primera situación y siendo «adecuada» en la segunda y «básica» en la tercera. Los resultados en cuanto a dominio de la terminología, registro y estilo también han variado según la situación siendo «adecuados» en las situaciones 1 y 3 y «básicos» en la situación 2.

Sus respuestas a las preguntas 3 y 5 coinciden en su totalidad con las respuestas de la intérprete de inglés. Por tanto, a la pregunta 3 sobre el lenguaje no verbal, considera que lo ha tenido en cuenta para entender mejor la situación como intérprete y que su propio lenguaje no verbal también ha diferido respecto el del resto de interlocutores. Sin embargo, su valoración del lenguaje no verbal cree que ha sido «adecuado» en todas las situaciones.

El siguiente cuadro, recopila las respuestas 6, 7 y 8 referidas a la empatía, así como la 9, 10 y 11 sobre la gestión de la conversación:

Pregunta 6.	¿Cómo definiría la empatía aplicada a este contexto?
Respuesta intérprete inglés	Es una cualidad muy importante en la que te pones en la piel del otro y sientes su dolor. Es necesario saber en qué grado es adecuado mostrarla. No estamos preparados para saber cómo actuar en este tipo de situaciones.
Respuesta intérprete francés	Capacidad para entender la importancia de la conversación para las partes implicadas.
Pregunta 7.	¿Cree que el intérprete ha de ser más o menos empático que la enfermera? <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Menos
Respuesta intérprete inglés	Más porque se genera un mayor sentimiento de empatía y cercanía entre el intérprete y el paciente debido al conocimiento del idioma (a veces se encuentran solos en otro país y el intérprete es su único apoyo) aunque también hay que saber hasta qué punto ser empático, puesto que si te excedes puede llegar a afectarte más de lo que debería o incluso podría molestar al paciente.
Respuesta intérprete francés	Más porque el intérprete tiene que ser empático incluso aunque la enfermera no lo fuera.
Pregunta 8.	En los tres casos interpretados, ¿su nivel de empatía ha sido mayor, menor o igual que el de la enfermera? ¿por qué?
Respuesta intérprete inglés	Igual en todas las situaciones por miedo a excederme. Creo que he intentado ser igual de empática que la enfermera en los tres casos, aunque no sabía cómo actuar ante esas situaciones puesto que nunca las he vivido anteriormente.
Respuesta intérprete francés	En la primera mayor, en la segunda igual y en la tercera mayor. Yo he intentado que mi nivel de empatía fuera el mismo. Creo que en la situación 1 y 3 la enfermera era menos empática que en la situación 2.
Pregunta 9.	¿Cuál de las tres situaciones le ha parecido más complicada en cuanto a la coordinación de los turnos del diálogo? ¿por qué?
Respuesta intérprete inglés	La primera porque los turnos eran más largos y, o tenía que interrumpir a mitad de una intervención o se me olvidaba parte del mensaje y tenía que pedir que me lo repitieran.
Respuesta intérprete francés	Dudo entre la 2 y la 3 y creo que me quedo con la 3. Sobreestimé la cantidad de información que yo podía gestionar y también me costaba más interrumpir al tratarse de temas tan delicados.
Pregunta 10.	¿Y, en conjunto, qué dificultades presentaban estas tres situaciones frente a situaciones médicas cotidianas en cuanto a la coordinación de turnos del diálogo?
Respuesta intérprete inglés	Las intervenciones suelen ser más directas, más cortas y menos técnicas. Además, es más sencillo cuando ya nos conocemos con los doctores o con los pacientes.
Respuesta intérprete francés	Las habituales: intervenciones largas con terminología específica que hay que gestionar o interrumpir.
Pregunta 11.	¿Ha tenido que utilizar alguna estrategia (interrumpir, unir dos intervenciones u otras) porque no se podía cortar la intervención del paciente o de la enfermera?
Respuesta intérprete inglés	Sí, he tenido que interrumpir, unir dos intervenciones, pedir que me repitan parte del mensaje... sobre todo para esperar a ver el final de la intervención y saber cómo era el mensaje en su conjunto para poder transmitir el sentido.
Respuesta intérprete francés	He tenido que preguntar y pedir que repitieran fragmentos.

Cuadro 62. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 preguntas de la 6 a la 11

En la respuesta a la pregunta 6 (¿cómo definiría la empatía aplicada a este contexto?), la intérprete de inglés la define como una cualidad muy importante para ponerse en la piel del otro y sentir su dolor. Además, en su respuesta se puede apreciar la necesidad de formación y reflexión sobre cómo actuar en este tipo de situaciones y en qué medida (*es necesario saber en qué grado es adecuado mostrarla. No estamos preparados para saber cómo actuar en este tipo de situaciones*). La intérprete de francés ofrece una descripción más sintetizada de la empatía desde la perspectiva del entendimiento de las partes (*capacidad para entender la importancia de la conversación para las partes implicadas*). Al ser preguntadas sobre si el intérprete ha de ser más o menos empático que la enfermera (pregunta 7), ambas consideran que debe ser más empático. El motivo de sus respuestas, en el caso de la intérprete de inglés, es porque de ese modo se muestra mayor cercanía y, en el caso de la de francés, es porque opina que se tiene que ser empático, aunque la enfermera no lo hubiese sido. La intérprete de inglés vuelve a reiterar, al igual que en su respuesta a la pregunta 6, la necesidad de saber hasta qué punto se debe ser empático para no hacer daño a las partes ni a uno mismo (*también hay que saber hasta qué punto ser empático, puesto que si te excedes puede llegar a afectarte más de lo que debería o incluso podría molestar al paciente*).

En relación con la pregunta 7, la 8 va sobre si el nivel de empatía de ellas ha sido mayor, menor o igual que el de la enfermera en las situaciones interpretadas. Para la intérprete de inglés, ella ha tratado de mostrar la misma empatía que la enfermera en las tres situaciones porque no sabía si debía actuar de otro modo ya que anteriormente no se había enfrentado a casos similares. Por su lado, la intérprete de francés considera que en la primera y la tercera situación su empatía ha sido mayor porque no ha creído que la enfermera fuese lo demasiado empática y, sin embargo, sí lo ha sido en la situación segunda por lo que considera que su nivel de empatía ha sido el mismo.

Las siguientes tres preguntas (9, 10 y 11) están orientadas a conocer la opinión de las intérpretes sobre la coordinación de los turnos de diálogo. Sobre qué situación les ha parecido más complicada en cuanto a la gestión de turnos de diálogo (pregunta 9), la intérprete de inglés apunta que la primera por ser intervenciones más largas y por haber necesitado interrumpir para no olvidar parte del discurso o haber pedido una repetición de la información. En cambio, la intérprete de francés duda entre la segunda y la tercera situación, pero cree que si tuviese que elegir una sería la tercera por la delicadez de la temática –duelo– y tener más dificultades para saber dónde interrumpir. Además, añade que sobreestimó la cantidad de información que podía gestionar; hecho que nos indica que al tratarse de un tema para el que, hasta ahora, en la mayoría de las ocasiones no se ha utilizado un intérprete profesional como se señalará en las entrevistas a profesionales (apartado 6.3.2), se hace más necesaria una formación sobre qué estrategias de intervención suelen ser más comunes en una consulta de seguimiento del duelo. A raíz de estas respuestas, en la pregunta 10 sobre las dificultades generales que han encontrado en estas situaciones frente a otros contextos en lo que respecta a gestión, la intérprete de inglés ha indicado que las intervenciones suelen ser más directas, cortas y menos técnicas por lo que es más sencillo cuando ya conoce a una de las partes.

Por otro lado, la intérprete de francés no considera que haya diferencias significativas entre contexto y otros en términos de gestión puesto que la mayor dificultad, para ella, son las intervenciones largas y la terminología específica.

En la última pregunta de esta parte (pregunta 11) sobre las estrategias empleadas para no cortar la intervención de las partes, pero poder transmitirla en su totalidad, la intérprete de inglés ha utilizado interrupciones, unión de intervenciones y repeticiones, aunque también indica que, en ocasiones, ha esperado hasta el final de la intervención para emplear estas estrategias. Esta respuesta es similar a la de la intérprete de francés quien marca como estrategias el preguntar y la petición de repetición de fragmentos.

Pregunta 12. En la situación 3, el supuesto comunicativo era el de un intérprete que ya conocía al paciente, ¿influyó o cree que podría influir de manera positiva o negativa para el éxito comunicativo? ¿por qué?		
Respuesta intérprete inglés	Sí, porque el estrés era menor debido a conocer la situación y el entorno del paciente.	
Respuesta intérprete francés	Sí, positiva.	
En caso de respuesta afirmativa, indique de los siguientes ocho posibles factores que el haber interpretado para un paciente con anterioridad podrían tener mayor influencia. Ordénelos en una escala numérica donde 1 sea el más influyente y 8 el menos según su opinión.		
Respuestas intérprete inglés	Respuestas intérprete francés	Factores
5	1	Precisión de la terminología de especialidad
8	6	Exactitud del mensaje
4	5	Mayor respeto por las emociones y mayor empatía
2	2	Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente
3	3	Mejor conocimiento de la situación emocional del paciente
6	8	Mejor manejo de los turnos de palabra y gestión de la comunicación
1	4	Mayor comodidad en la relación intérprete-paciente
7	7	Menos estrés durante la interpretación

Cuadro 63. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 pregunta 12

Las siguientes tres preguntas están formuladas con el objetivo de conocer la opinión de las intérpretes sobre los beneficios de conocer a una de las partes. La pregunta 12 (cuadro 63) se refiere al supuesto de la tercera situación –duelo- donde la intérprete ya conocía al paciente porque había interpretado anteriormente para él y se les preguntaba si creían que puede influir positiva o negativamente para conseguir el éxito comunicativo. Ambas intérpretes lo consideran positivo y, la intérprete de inglés, añade que contribuye a reducir el estrés porque ya se conoce la situación y el entorno del paciente. En la segunda parte de esta pregunta se les indicaban ocho posibles factores positivos del conocer al paciente con anterioridad y se les pedía que los ordenasen según el valor que le otorgan a la influencia que puede tener cada uno siendo 1 el más influyente y 8 el menos.

En tres de los ocho factores ambas intérpretes han coincidido en la influencia otorgada como son: mejor conocimiento del entorno situacional del paciente (2 puntos), mejor conocimiento de la situación emocional del paciente (3 puntos) y menos estrés durante la interpretación (7 puntos). Para la intérprete de inglés, el factor que tiene más influencia es la mayor comodidad en la relación intérprete-paciente (1 punto) y para la intérprete de francés lo es la precisión de la terminología de especialidad (1 punto). Por el contrario, el factor de menos influencia para la intérprete de inglés sería la exactitud del mensaje (8 puntos) y para la intérprete de francés el mejor manejo de los turnos de palabras y gestión de la comunicación (8 puntos). En los siguientes gráficos se puede observar la escala de mayor a menor influencia de cada una de las intérpretes:

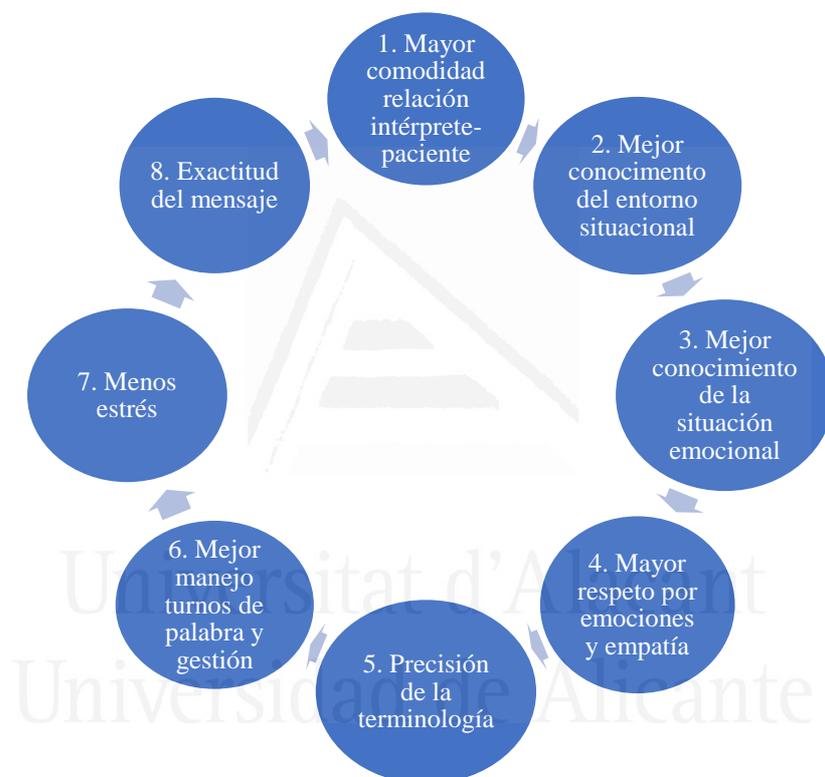


Gráfico 3. Respuestas de la intérprete de inglés a la pregunta 12 bloque 1

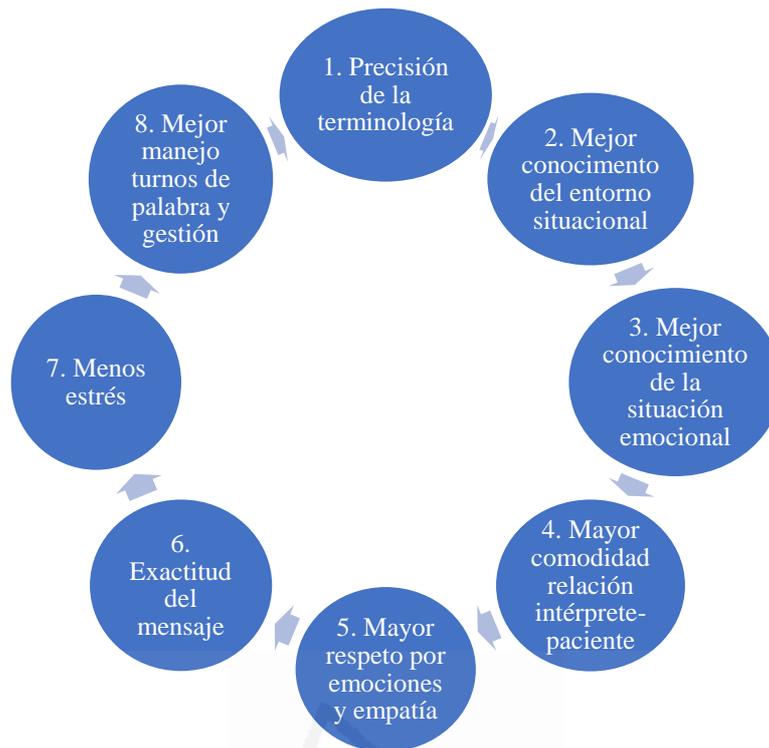


Gráfico 4. Respuestas de la intérprete de francés a la pregunta 12 bloque 1

La mayor diferencia en sus respuestas con cuatro puntos de diferencia se observa en el factor de la precisión de la terminología de especialidad marcada como más influyente por la intérprete de francés (1 punto) pero situada en el quinto lugar por la intérprete de inglés (5 puntos). El otro factor que también ha obtenido respuestas más distintas, con una diferencia de tres puntos, es la mayor comodidad en la relación intérprete-paciente marcada como la más influyente por la intérprete de inglés, pero situado a mitad de la escala de la intérprete de francés (4 puntos). Estas diferencias responden a las prioridades observadas en las preguntas anteriores donde parece ser que la intérprete de inglés opta más por la comodidad entre las partes y la intérprete de francés por la parte más terminológica.

En relación con esta parte, las preguntas 13 y 14 buscan el conocer la opinión de las intérpretes sobre si el *briefing* entre el intérprete y la enfermera (pregunta 13) o entre el intérprete y el paciente (pregunta 14) facilitaría la consecución del éxito comunicativo.

Pregunta 13.	¿Diría que un <i>briefing</i> del intérprete con la enfermera previo al encuentro sería una estrategia facilitadora (recuerde que en la situación 2 trabaja para el hospital)?
Respuesta intérprete inglés	Sí, sería muy útil para conocer de qué se trata el tema y poder interpretar con mayor conocimiento y precisión.
Respuesta intérprete francés	Totalmente.
Pregunta 14.	¿Diría que un <i>briefing</i> del intérprete con el paciente previo al encuentro sería una estrategia facilitadora (recuerde que en las situaciones 1 y 3 le ha contratado el paciente)?
Respuesta intérprete inglés	Sí, entender el entorno del paciente y cómo está afrontando la situación también ayuda al intérprete a desarrollar mejor su papel.
Respuesta intérprete francés	Sin lugar a duda.

Cuadro 64. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 preguntas 13 y 14

En ambas preguntas, las intérpretes han coincidido en sus respuestas aludiendo a que sí sería una estrategia facilitadora; la intérprete de francés indica *totalmente* como respuesta a la pregunta 13 y, *sin lugar a duda*, a la pregunta 14. Según la opinión de la intérprete de inglés, el *briefing* entre la intérprete y la enfermera es útil para conocer la temática y facilitar así el conocimiento y la precisión de la terminología y, el *briefing* entre el intérprete y el paciente, lo sería para conocer el entorno del paciente y saber cómo afronta la situación.

La pregunta 15 está indicada para conocer el papel del intérprete que creen que han desempeñado las participantes en cada situación interpretada. Además, la segunda parte de la pregunta sugiere distintos posibles papeles que puede adoptar el intérprete, descritos en el apartado 4.2.2, con el fin de que las intérpretes los valoren de mayor a menor relevancia de acuerdo con cada situación comunicativa. Recordemos que la situación 1 es la comunicación de malas noticias; la 2, situación de últimos días y la 3, seguimiento del duelo. Para presentar los resultados hemos marcado en azul las respuestas de la intérprete de inglés y en naranja las de la intérprete de francés referidas al rol que creen haber desempeñado que, aunque se les pedía resaltarlos en negrita, aquí lo diferenciamos por colores para no confundirlo con el uso de la negrita en las preguntas.

Pregunta 15. De los siguientes posibles papeles del intérprete, ¿cuál cree que ha desempeñado usted en estas situaciones (márquelo en negrita)? Después, ordene las siguientes opciones según la relevancia que les otorgaría en cada situación interpretada. Asigne un 1 a la más relevante y un 7 a la menos relevante. Puede incluir otras opciones. Si lo hace, ordénelas también ampliando la escala numérica donde 1 sea la más relevante.

INT EN	INT FR	SITUACIÓN 1	INT EN	INT FR	SITUACIÓN 2	INT EN	INT FR	SITUACIÓN 3
3	3	Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas)	2	2	Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas)	3	3	Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas)
1	2	Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar obscurantismos culturales además de lingüísticos)	1	1	Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar obscurantismos culturales además de lingüísticos)	2	1	Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar obscurantismos culturales además de lingüísticos)
6	4	Conducto (se limita al trasvase de la información, no se involucra)	6	3	Conducto (se limita al trasvase de la información, no se involucra)	6	4	Conducto (se limita al trasvase de la información, no se involucra)
4	5	Defensora del bienestar del paciente	4	5	Defensora del bienestar del paciente	4	6	Defensora del bienestar del paciente
5	6	Defensora del bienestar de la enfermera	3	6	Defensora del bienestar de la enfermera	5	2	Defensora del bienestar de la enfermera
2	1	Intérprete asistente-ayudante (además de interpretar la consulta en sí, facilita la comunicación y realiza otras funciones como: acompañamiento, seguimiento, o renarración de la consulta)	5	4	Intérprete asistente-ayudante (además de interpretar la consulta en sí, facilita la comunicación y realiza otras funciones como: acompañamiento, seguimiento, o renarración de la consulta)	1	5	Intérprete asistente-ayudante (además de interpretar la consulta en sí, facilita la comunicación y realiza otras funciones como: acompañamiento, seguimiento, o renarración de la consulta)

Cuadro 65. Cuestionario a las intérpretes bloque 1 pregunta 15

En el apartado sobre los papeles del intérprete se mencionaba que los límites de los roles parecen estar difusos y, claramente, se observa dicha apreciación en las respuestas de las intérpretes ya que han marcado distintos papeles en una misma situación. Por un lado, la intérprete de inglés considera que ha actuado como conducto, defensora del bienestar del paciente y como intérprete asistente-ayudante en la situación 1; en la situación 2 como conducto y defensora del bienestar de la enfermera y la 3 como defensora del bienestar del paciente y como intérprete asistente-ayudante.

Por otro lado, la intérprete de francés opina que en las situaciones 1 y 2 ha actuado como defensora del bienestar del paciente y, en la 3, como clarificador lingüístico y como intérprete asistente-ayudante. Por tanto, en esta primera parte de la pregunta 15, se observa como solo han coincidido en la primera situación donde se han considerado defensoras del bienestar del paciente y en la tercera en el rol de intérprete asistente-ayudante.

En cuanto a las respuestas a la segunda parte sobre el orden de relevancia de los posibles papeles para cada situación, la diferencia entre las respuestas de ambas intérpretes se aprecia en la segunda situación donde el nivel de relevancia otorgado al papel del intérprete como conducto está al final de la escala de relevancia de la intérprete de inglés (6 puntos) y a mitad de la escala de la intérprete de francés (3 puntos). No obstante, la mayor diferencia es notable en el rol de intérprete asistente-ayudante en la situación 3 marcada con 5 puntos por la intérprete de francés, es decir, no le otorga casi importancia en esta situación a pesar de haberlo marcado como el de mayor importancia en la primera situación. En cambio, la intérprete de inglés lo considera el rol más relevante en la tercera situación (1 punto) y de los menores en la segunda situación (5 puntos).

Solamente han otorgado la misma puntuación en la escala de relevancia en el rol de mediador para la situación 2 marcado como el más relevante y el rol de clarificador en segunda posición también en la situación 2. También han coincidido en el rol de clarificador en la tercera posición en las situaciones 1 y 3.

A continuación, se resumen los resultados ordenados de mayor relevancia (1 punto) a menor relevancia (6 puntos) de cada intérprete para cada situación:

INTÉRPRETE DE INGLÉS			INTÉRPRETE DE FRANCÉS		
SITUACIÓN 1	SITUACIÓN 2	SITUACIÓN 3	SITUACIÓN 1	SITUACIÓN 2	SITUACIÓN 3
1. Mediador	1. Mediador	1. Intérprete asistente	1. Intérprete asistente	1. Mediador	1. Mediador
2. Intérprete asistente	2. Clarificador	2. Mediador	2. Mediador	2. Clarificador	2. Defensora de la enfermera
3. Clarificador	3. Defensora de la enfermera	3. Clarificador	3. Clarificador	3. Conducto	3. Clarificador
4. Defensora del paciente	4. Defensora del paciente	4. Defensora del paciente	4. Conducto	4. Intérprete asistente	4. Conducto
5. Defensora de la enfermera	5. Intérprete asistente	5. Defensora del enfermero	5. Defensora del paciente	5. Defensora del paciente	5. Intérprete asistente
6. Conducto	6. Conducto	6. Conducto	6. Defensora de la enfermera	6. Defensora de la enfermera	6. Defensora del paciente

Cuadro 66. Resumen de las respuestas de las intérpretes bloque 1 pregunta 15

Se observa que, a pesar de ordenar por relevancia los posibles papeles del intérprete, las intérpretes no consideran que han actuado según el rol que consideran más sobresaliente a excepción de la intérprete de inglés en la tercera situación. La intérprete de inglés ha señalado como más relevante el rol de mediador, pero ha indicado que ha actuado como intérprete-asistente (que había marcado en segundo lugar en su escala), defensora del bienestar del paciente (que había marcado en cuarto lugar en su escala) y conducto (que había marcado en sexto lugar en su escala como menos relevante). Lo mismo ocurre en la segunda situación donde el rol de mayor relevancia es para ella el de mediador, pero ha actuado como defensora del bienestar de la enfermera (que había marcado en tercer lugar en su escala) y como conducto (que había marcado en el último lugar de la escala como el menos relevante). Por último, en la tercera situación sí coincide su rol más relevante con el indicado en la primera parte de la pregunta como el adoptado en la situación comunicativa (intérprete asistente-ayudante), aunque lo ha combinado con el rol de defensora del bienestar del paciente (marcado en su escala con 4 puntos).

La intérprete de francés, por su parte, en la primera situación ha considerado de mayor relevancia el rol de intérprete asistente, pero ha actuado como defensora del bienestar del paciente (marcado en quinta posición en su escala de relevancia). En la segunda situación ha marcado como más relevante el rol de mediador, pero ha actuado como defensora del bienestar del paciente (también marcado en quinta posición en su escala de relevancia). Finalmente, en la situación tercera, el rol de mediador es el más relevante en su escala, pero ha actuado como intérprete-asistente a pesar de haberlo posicionado en quinto lugar en su escala.

Esta pregunta era la última del primer bloque referido a la comunicación en el que se ha cuestionado sobre la calidad, el lenguaje no verbal, la empatía y el papel del intérprete. El segundo bloque consta de 10 preguntas referidas a la situación del intérprete respecto a las variables de bienestar y estrés.

La primera pregunta persigue el saber la situación comunicativa que más estrés ha supuesto para las intérpretes. La intérprete de inglés indica que la segunda –situación de últimos días- por no tener un manejo preciso de la terminología de especialidad y por la dificultad del paciente para aceptar la sedación de su madre junto con el estado de nerviosismo que muestra. En cambio, para la intérprete de francés, la primera situación –malas noticias- ha supuesto un mayor nivel de estrés por la dureza del mensaje a trasladar.

Pregunta 1.	¿Alguna de las tres situaciones le ha supuesto más estrés que el resto?, ¿podría especificar en qué momento y por qué?
Respuesta intérprete inglés	La segunda situación por la dificultad de la toma de decisiones que debía llevar a cabo el paciente (aceptar la sedación de su madre), porque se estaba poniendo nervioso en la consulta y yo no manejaba demasiado bien ese vocabulario y porque para el paciente la sedación era como matarla y no podíamos avanzar.
Respuesta intérprete francés	Creo que la primera por la dureza del mensaje que había que transmitir.

Cuadro 67. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 pregunta 1

En relación con la primera pregunta de este bloque, en la segunda se les pide que evalúen el grado de estrés en cada situación en una escala de mayor a menor (de 5 a 0).

Pregunta 2. Valore su grado de estrés en cada situación en una escala donde 0 significa ausencia de estrés y 5 el grado máximo.

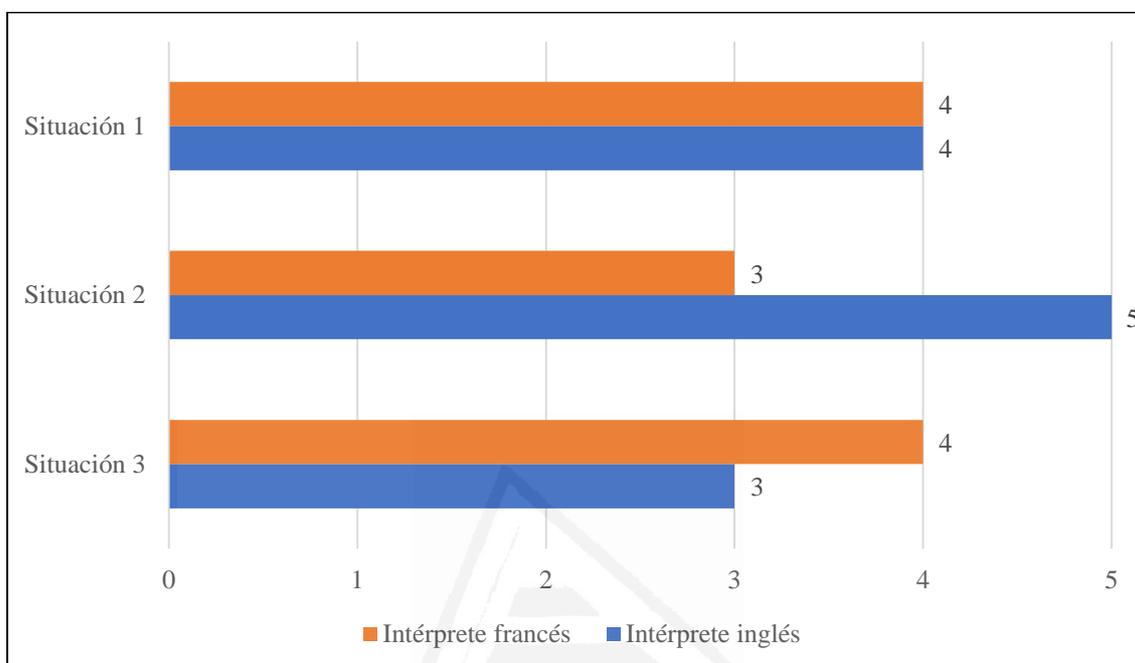


Gráfico 5. Respuestas de las intérpretes al bloque 2 pregunta 2

La intérprete de inglés ha marcado como mayor estrés la situación segunda (con 5 puntos), seguida de la primera (4 puntos) y de la tercera (3 puntos). Esta respuesta era esperada tras la respuesta a la pregunta anterior ya que ha mencionado que ha tenido dificultades con el vocabulario y el estado emocional del paciente. Sin embargo, la intérprete de francés ha otorgado el mismo grado de estrés (4 puntos) a la primera situación que a la tercera a pesar de haber respondido en la pregunta anterior que la primera había sido la más estresante. Además, podemos observar que la intérprete de francés no ha marcado el grado máximo propuesto de estrés en ninguna de las situaciones ya que su máximo ha sido de 4 en una escala de 5. Asimismo, es igualmente reseñable el que todas las puntuaciones oscilen entre 3 y 5; dato que indica que todas las situaciones han supuesto un grado de estrés de medio a máximo para ambas intérpretes.

Los dos siguientes cuadros recopilan las respuestas a las preguntas 3, 4, 5, 6, 7 y 8 referidas a las estrategias de gestión del estrés y los factores que pueden agravar una situación comunicativa en términos de estrés:

Pregunta 3.	Según su anterior respuesta, ¿cree que hay algo que usted puede hacer para reducir el grado de estrés?
Respuesta intérprete inglés	Ir más mentalizada para afrontar este tipo de situaciones y documentarme más con el vocabulario y de cómo cada cultura trata este tipo de temas ya que para cada cultura es diferente.
Respuesta intérprete francés	Sí, mejorar la capacidad de concentración, recordar qué depende del intérprete y qué no, ser consciente de que la mejor forma de ayudar a alguien que lo necesita en esa situación es hacer un buen trabajo de interpretación, controlar tus propias emociones, ser capaz de relativizar y desconectar. Por otra parte, tener el máximo de información posible para preparar bien el trabajo también ayuda.
Pregunta 4.	¿Ha sido el estrés un factor que ha podido modificar su intervención como intérprete? En caso afirmativo, indique en qué aspectos y, a ser posible, proporcione algún ejemplo.
Respuesta intérprete inglés	Sí, me ha influido en la cercanía con el paciente y mi lenguaje corporal y en la precisión y naturalidad del mensaje.
Respuesta intérprete francés	Diría que no, aunque a mayor estrés, más prisa por acabar.
Pregunta 5.	¿Cree que en estos tres casos interpretar en el domicilio es más o menos estresante que una consulta médica de hospital? ¿por qué?
Respuesta intérprete inglés	Yo diría que más, porque nunca lo he hecho y no estoy acostumbrada, aunque he de decir que da un ambiente más cercano y distendido, puesto que en una consulta médica parece todo más técnico. Dicho esto, también de añadir que en la consulta médica es donde me he sentido más estresada. Considero que al principio puede ser más intrusivo e intimidante entrar en la casa de alguien pero si ya es un conocido y no es la primera vez puede ser más distendido y relajado.
Respuesta intérprete francés	Más estresante. La consulta médica es un entorno neutro, más impersonal, con un tiempo más definido.

Cuadro 68. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 preguntas de la 3 a la 5

Pregunta 6.	¿Cree que interpretar en este contexto con asiduidad puede afectar a su bienestar posterior? ¿por qué?
Respuesta intérprete inglés	Sí, sobre todo si no estás formado y entrenado. Hay que estar mentalizado y preparado para que estas situaciones no afecten al intérprete, si no podría conllevar graves consecuencias en su salud mental.
Respuesta intérprete francés	Sí, si no dejas de pensar en qué le habrá pasado a la persona en cuestión.
Pregunta 7.	¿Considera que aquellos intérpretes que hayan pasado por una situación similar en su vida estarían menos afectados por el estrés y su calidad de la interpretación sería mejor?
Respuesta intérprete inglés	Sí, puede ser. Además de empatizar en mayor grado, entenderían mejor la situación y el gran sufrimiento que conlleva, aunque también puede causar un efecto adverso al recordar dichos momentos. Supongo que depende de la persona, de lo superada que se tenga la situación de lo preparado que se esté.
Respuesta intérprete francés	Según cómo hayan superado esa situación similar en su vida. Si como resultado tienen más inteligencia emocional, por supuesto que sí, pero por esa inteligencia emocional, que también podrían haber adquirido sin tener que pasar por ninguna situación de este tipo (aunque no sé si esto podría ser así en la realidad).
Pregunta 8.	¿Cómo se ha sentido interpretando en estas situaciones?
Respuesta intérprete inglés	Bastante insegura, nerviosa, me resultaba una situación difícil y pensaba cómo sería si fuese un familiar mío. Empatizaba, me sentía mal en ocasiones e incluso me obstaculizaba lingüísticamente y no podía expresarme bien.
Respuesta intérprete francés	En parte me he sentido mal por tener que presenciar y participar en una situación desagradable de por sí. Por otra parte, pienso que alguien lo tiene que hacer y que yo me lo tomo muy en serio, lo voy a intentar hacer lo mejor posible y ya que hay que dar ese tipo de noticias, a lo mejor yo puedo aportar un poco de amabilidad.

Cuadro 69. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 preguntas de la 6 a la 8

La tercera pregunta de este segundo bloque sobre las estrategias que las intérpretes pueden utilizar para reducir el nivel de estrés marcado en las situaciones interpretadas ha provocado una reflexión en las intérpretes. La intérprete de inglés ha indicado como estrategias el mentalizarse para afrontar este tipo de situaciones, el prestar atención a la documentación del vocabulario específico y el observar cómo cada cultura concibe la muerte y el duelo. La intérprete de francés también hace alusión a la capacidad de afrontamiento controlando las propias emociones, mejorando la capacidad de concentración y siendo capaz de relativizar y desconectar. Esta intérprete también señala temas relativos al papel del intérprete (*recordar qué depende del intérprete y qué no*), la necesidad de adaptarse al contexto (*ser consciente de que la mejor forma de ayudar a alguien que lo necesita en esta situación es hacer un buen trabajo de interpretación*) y el disponer de la máxima información previa a la interpretación (*tener el máximo de información posible para preparar bien el trabajo también ayuda*).

Sobre si el estrés había podido ser un factor que hubiese modificado su intervención como intérprete (pregunta 4), las respuestas de cada una han sido distintas. Por un lado, la intérprete de inglés considera que sí le ha influido y ha afectado a la cercanía con el paciente, a su lenguaje corporal y a la precisión y naturalidad del mensaje. Por otro lado, la intérprete de francés cree que el estrés no ha afectado a su intervención, pero añade que, a cuanto más estrés, más prisa por terminar.

En la quinta pregunta relacionada con si ha habido mayor estrés al interpretar en domicilio frente al interpretar en una consulta médica, ambas intérpretes han coincidido en una respuesta afirmativa. Para la intérprete de inglés los motivos de ser más estresante el domicilio responden al no haberse enfrentado con anterioridad a este tipo de espacios. No obstante, con la práctica considera que el domicilio puede ser más intrusivo e intimidante pero también más relajado, cercano y distendido y, por otro lado, la consulta médica puede ser más técnica y donde también se han sentido más estresada en su experiencia. La intérprete de francés, por su parte, también considera más estresante el domicilio ya que la consulta médica es más neutra, impersonal y con una duración definida. Por tanto, observamos en esta respuesta que, en su opinión, el domicilio supone dar una mayor cabida a las emociones y con un tiempo menos limitado.

Si recordamos la segunda hipótesis de esta investigación (el intérprete puede sufrir estrés que puede afectar a su producción durante el ejercicio de sus funciones y a su bienestar posterior), observamos que las preguntas 4 y 5 estaban relacionadas con la primera parte de esta hipótesis. Así pues, la sexta pregunta está planteada para explorar si el interpretar con asiduidad en estas situaciones puede afectar al bienestar del intérprete (hipótesis 2, objetivo 4). En sus respuestas, la intérprete de inglés señala que sí puede afectar, sobre todo, si no se está formado, entrenado ni mentalizado lo que también podría conllevar consecuencias para la salud mental del intérprete. La intérprete de francés también cree que sí puede afectar al bienestar posterior, sobre todo, si no se deja de pensar en cómo estará el usuario.

La séptima pregunta (¿considera que aquellos intérpretes que hayan pasado por una situación similar en su vida estarían menos afectados por el estrés y su calidad de la interpretación sería mejor?) tiene relación con la anterior y con la hipótesis tercera (si el intérprete ha pasado por una situación similar cercana puede mejorar la comunicación, pero añadir más estrés o viceversa o, incluso, mejorar la comunicación y el manejo del estrés) y el objetivo quinto (explorar si el intérprete está sufriendo una situación similar puede añadir estrés y afectar a la calidad y bienestar posterior). La intérprete de inglés responde que es posible porque podría tendría un mayor nivel de empatía, entendería mejor la situación y el sufrimiento que puede conllevar, aunque podría causar el efecto contrario si le recuerda los momentos que ha vivido. Por tanto, al final de su respuesta indica que depende de distintos factores como la superación de la situación, el carácter de la persona y la preparación que tenga.

El factor de la superación también es mencionado por la intérprete de francés quien considera que los intérpretes que han pasado por una situación similar sí estarían menos afectados por el estrés y, por tanto, la calidad sería mejor por haber desarrollado mayor inteligencia emocional. No obstante, aunque ella no se ha visto en esta tesitura, piensa que es posible que también se desarrolle dicha inteligencia emocional sin haber tenido que pasar por una situación de este tipo.

Tras las respuestas a las preguntas de esta parte, la octava pregunta persigue el conocer cómo se han sentido al interpretar estas situaciones tras haber reflexionado con las anteriores preguntas sobre el estrés y el bienestar. De la respuesta de la intérprete de inglés (*bastante insegura, nerviosa, me resultaba una situación difícil y pensaba cómo sería si fuese un familiar mío. Empatizaba, me sentía mal en ocasiones e incluso me obstaculizaba lingüísticamente y no podía expresarme bien*) concluimos que el difícil manejo de las emociones y las situaciones le ha afectado a su bienestar y a su producción y expresión lingüísticas. Por otro lado, la intérprete de francés también hace alusión a las emociones y a la empatía ya que considera que estas situaciones le pueden hacer sentir mal por comunicar noticias desagradables y, a su vez, bien por aportar amabilidad (*en parte me he sentido mal por tener que presenciar y participar en una situación desagradable de por sí. Por otra parte, pienso que alguien lo tiene que hacer y que yo me lo tomo muy en serio, lo voy a intentar hacer lo mejor posible y ya que hay que dar ese tipo de noticias, a lo mejor yo puedo aportar un poco de amabilidad*).

Las dos últimas preguntas (9 y 10) de este segundo bloque hacen referencia a la necesidad de formación específica en contextos de fin de vida y duelo.

Pregunta 9. En una escala del 0 al 10 donde 0 significa innecesaria y 10 el grado máximo de necesidad, valore la necesidad de formación específica en interpretación en contextos de malas noticias, últimos días y duelo.

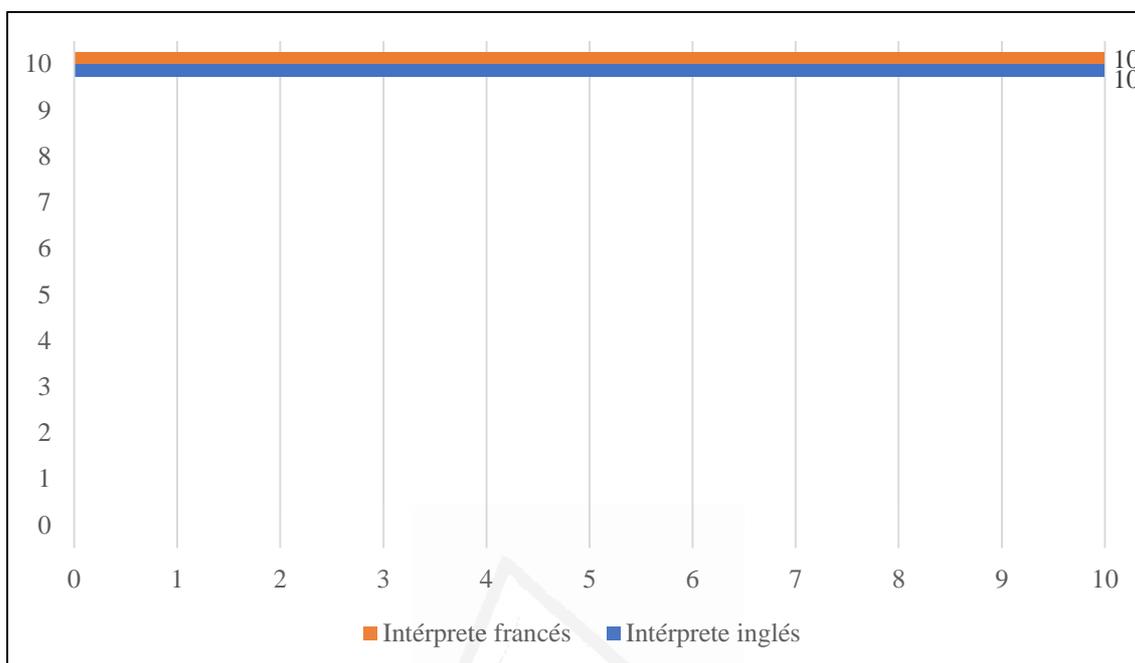


Gráfico 6. Respuestas de las intérpretes al bloque 2 pregunta 9

Ambas intérpretes han otorgado el grado máximo (10 puntos) de necesidad de formación específica en interpretación en contextos de malas noticias, últimos días y duelo y en sus respuestas a la pregunta 10 han descrito los aspectos en los que consideran que se debería insistir en una formación específica. La intérprete de inglés considera necesario tratar cómo actuar en estas situaciones, el grado de empatía, la forma y tono al trasladar el mensaje, el lenguaje corporal y cómo conciben estos contextos en distintas culturas. La intérprete de francés también hace alusión a la gestión de las emociones, a las estrategias de intervención en situaciones de duelo y al conocer qué se espera de un intérprete en estos contextos.

Pregunta 10.	¿En qué aspectos se debería insistir en un módulo de formación de intérpretes en contextos de malas noticias, últimos días y duelo?
Respuesta intérprete inglés	En cómo actuar en diferentes tipos de situaciones que se puedan dar, en qué grado empatizar, la forma de trasladar el mensaje, el tono, el lenguaje corporal, cómo se tratan este tipo de temas en las diferentes culturas y los efectos que tienen, etc.
Respuesta intérprete francés	En las estrategias de gestión de las emociones. En conocer las fases del duelo, cómo suele reaccionar la gente en estos tipos de situaciones y qué cabe esperar de un intérprete.

Cuadro 70. Cuestionario a las intérpretes bloque 2 pregunta 10

Por tanto, ambas intérpretes valoran la necesidad de formación en aspectos relacionados con las situaciones, como por ejemplo conocer las fases del duelo, con la interpretación como las expectativas de los implicados respecto al intérprete y con aspectos emocionales como la gestión y la empatía.

Tras la exposición de las respuestas de las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones, el siguiente epígrafe presenta el grupo de discusión con las mismas participantes.

6.2.3 Grupo de discusión con intérpretes participantes en el corpus de grabaciones

El grupo de discusión con las intérpretes participantes en los vídeos tuvo una duración de 01:05:31 y se dividió en dos partes: la primera consistió en aclaraciones sobre el cuestionario y la encuesta que hemos descrito en los apartados 6.2.1 y 6.2.2, y la segunda estuvo centrada en preguntas sobre las estrategias de interpretación adoptadas por las intérpretes durante las grabaciones. Esta segunda parte se ha descrito en los intercambios mediados por intérprete de los apartados 6.1.2.1, 6.1.2.2, 6.1.2.3, 6.1.2.4, 6.1.2.5 y 6.1.2.6, en la sexta columna dedicada a las estrategias de las intérpretes. El motivo de incluirlo en dichos apartados responde a la convicción de que facilita la lectura y la localización de las referencias. A continuación, se muestra la primera referencia a la primera estrategia preguntada a la intérprete de inglés extraída de la tabla 17 del apartado 6.1.2.1:

	ENFERMERA	INTÉRPRETE	PACIENTE	INTÉRPRETE	ESTRATEGIA
10	E: ya no hay tratamiento [comunicar con honestidad, responde a pregunta difícil, da cabida a emociones]. [silencio terapéutico]	I: There is no treatment	P: [movimientos nerviosos, se echa hacia delante, voz agitada, movimientos rápidos de manos con intención de incredulidad] but the doctor, the doctor, the doctor didn't tell me anything, I mean I was at the hospital. [mira a la intérprete]	I [interviene antes de que termine el paciente y mira a la enfermera]: El doctor dice que no le ha dicho nada y dice que estaba en el hospital y.. [expresión desmesurada de emociones que impiden que se pueda continuar con el mismo tono y casi no se escucha a la intérprete]	Con enfermera: <i>close rendition</i> adecuada. Lo dice muy bajito y el paciente está muy nervioso que casi no le escucha. <hr/> Con paciente: <i>close rendition</i> adecuada. La interrupción es una estrategia de la intérprete para no perder información (confirmado en grupo de discusión).

Cuadro 71. Ejemplo de estrategia de interpretación tratada en el grupo de discusión con intérpretes

Seguidamente presentamos las cuestiones tratadas en la primera parte del grupo de discusión con las intérpretes participantes en las grabaciones. La primera cuestión tratada era la explicación de las situaciones que les generaron un grado de estrés mayor puesto que con sus respuestas a la encuesta (la intérprete de inglés ha marcado la segunda situación como la más estresante y la de francés, la tercera) dejaban entrever que la primera situación referida a la comunicación de malas noticias no les resultaba tan estresante por haberse enfrentado a ella en anteriores ocasiones durante su trayectoria profesional. Por tanto, la intérprete de inglés comentó que las situaciones le habían resultado duras y chocantes y que la preparación psicológica y la formación son necesarias para reflexionar sobre el grado de implicación y cercanía necesarios en este contexto. La intérprete de francés también apuntó que la temática de las situaciones había sido la causa principal de su nerviosismo por tratar de captar todo el contenido verbal como no verbal, aunque también señaló como factor significativo la empatía en sus palabras (*el estar metida tanto en el papel hace que te veas reflejada en las situaciones que en tu vida diaria no querrías que te ocurriesen*). A raíz de esta respuesta se enlazó la siguiente pregunta relacionada con la empatía del intérprete, ya que ambas respondieron a la encuesta que el intérprete debería tener mayor empatía que las partes. Durante el grupo de discusión, la intérprete de francés se mantenía en esta afirmación puesto que considera que es un encargo complejo y *lo que prima es que el paciente se vaya con toda la información recibida y que si ya de por sí se va a ir con una mala noticia pues que la haya entendido en su totalidad o se hayan resuelto sus dudas*. Además, añade que, si para cumplir este objetivo el intérprete ha de ser más empático, es lo adecuado. La intérprete de inglés relaciona la empatía con el nivel de cercanía y los aspectos culturales que pueden diferir. Para ella es necesaria una empatía que demuestre que el intérprete es un punto de apoyo.

A partir de la empatía también se les preguntó por el papel que creen que desempeñaron en estos intercambios en las situaciones de malas noticias, últimos días y duelo. Ambas coincidían en ponerse del lado de la parte vulnerable (en este caso el paciente, el familiar o el doliente) y, por consiguiente, su rol era el de intérprete asistente y defensor del bienestar del paciente. Ambas intérpretes apuntan a una prestación que implica algo más que interpretar, si bien no saben con exactitud qué abarcan estas áreas.

Esta mayor o menor implicación tiene que ver con los límites difusos entre los roles del intérprete en este tipo de situaciones al no existir una tipificación y al recurrir los profesionales al rol general, a la intuición y al sentido común. Se les preguntó si el haber pasado por este estudio les había beneficiado en términos de mayor conocimiento del contexto o si les había afectado demasiado. La intérprete de inglés considera que el tener experiencia previa siempre es positivo para reflexionar, pero si esta experiencia se obtiene a partir de una vivencia personal, quizá podría afectar demasiado al estado emocional. En cambio, si la experiencia se ha adquirido mediante formación y práctica, será claramente positiva. En esta línea también se inscribe la respuesta de la intérprete de francés que opina que la reflexión sin formación puede ocasionar que se saquen conclusiones propias sin saber si es lo correcto o no.

Añade que no deben dejarse estas cuestiones a merced de las reflexiones de un intérprete en lugar de abrir una línea de formación específica donde se pudiese aprender de los profesionales que están trabajando en estos contextos, averiguando sus necesidades.

6.3 Parte 3: profesionales involucrados en final de vida y duelo y estudiantes de Ciencias de la Salud

Esta tercera parte está formada por el análisis de la encuesta a los profesionales sanitarios y a los estudiantes. Tras este análisis se expondrán las entrevistas a los profesionales para profundizar en aspectos extraídos de la encuesta.

6.3.1 Encuesta a profesionales y estudiantes

A continuación, presentamos las respuestas de las encuestas dirigidas a los profesionales implicados en final de vida y duelo y a los estudiantes de Ciencias de la Salud. Hemos decidido presentar los resultados en un mismo apartado debido a que la mayoría de preguntas son similares. No obstante, en cada cuadro a modo de tabla se especifica a qué pregunta y a qué grupo de informantes corresponde cada respuesta. Las respuestas se muestran en porcentajes (con un decimal) en las tablas y en cifras en los gráficos para facilitar la lectura. Del número total de respuestas (205 profesionales y 243 estudiantes) los perfiles se describen en el próximo cuadro:

ÁREA DE FORMACIÓN	RESPUESTAS PROFESIONALES	% PROFESIONALES	RESPUESTAS ESTUDIANTES	% ESTUDIANTES
Enfermería	69	33,6 %	129	53 %
Psicología	61	29,8 %	49	20,2 %
Medicina	50	24,4 %	36	14,8 %
Terapia ocupacional	3	1,4 %	17	7 %
Trabajo social	9	4,4 %	12	5%
Farmacia	2	1 %		
Psicoterapeuta especializado en duelo	7	3,4 %		
Musicoterapeuta	2	1 %		
Fisioterapeuta	2	1 %		

Cuadro 72. Perfiles participantes en la encuesta a profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud

De los profesionales sanitarios (205), en el siguiente cuadro en forma de tabla recopilamos las especialidades:

Especialidad	RESPUESTAS PROFESIONALES	% PROFESIONALES
Cuidados paliativos en hospital	39	19 %
Cuidados paliativos a domicilio	26	12,6 %
Cuidados paliativos en hospital y a domicilio	22	10,8 %
Cuidados paliativos pediátricos	11	5,2 %
Acompañamiento al duelo	9	4,4 %
Oncología	19	9,2 %
Salud mental	8	4 %
Medicina familiar y comunitaria	9	4,4 %
Unidad de cuidados intensivos	7	3,4 %
Cirugía	7	3,4 %
Medicina interna	8	4 %
Medicina preventiva y salud pública	9	4,4 %
Cardiología	9	4,4 %
Digestivo	8	4 %
Anestesiología y reanimación	7	3,4 %
Urgencias	7	3,4 %

Cuadro 73. Especialidades de los profesionales

Antes de pasar a las preguntas, también se les pedía que indicasen si habían recibido formación en comunicación de malas noticias, final de vida y duelo y en psicoterapia del duelo:

Especialidad	Formación en comunicación		Formación en psicoterapia	
	Sí	No	Sí	No
Cuidados paliativos en hospital	36	3	35	4
Cuidados paliativos a domicilio	25	1	23	3
Cuidados paliativos en hospital y a domicilio	21	1	19	3
Cuidados paliativos pediátricos	10	1	10	1
Acompañamiento al duelo	9		9	
Oncología	18	1	15	4
Salud mental	2	6	1	7
Medicina familiar y comunitaria	6	3	5	4
Unidad de cuidados intensivos	6	1	6	1
Cirugía	3	4	1	6
Medicina interna	7	1	6	2
Medicina preventiva y salud pública	5	4	1	8
Cardiología	4	5	0	9
Digestivo	4	4	0	8
Anestesiología y reanimación	2	5	2	5
Urgencias	2	5	2	5
	TOTAL 160 = 78 %	TOTAL 45 = 22 %	TOTAL 135 = 65,9 %	TOTAL 70 = 34,1 %

Cuadro 74. Nivel de formación específica de los profesionales

La última información básica de los profesionales antes de pasar a las preguntas más concretas era que indicasen cuánto tiempo llevan ejerciendo en final de vida y/o duelo:

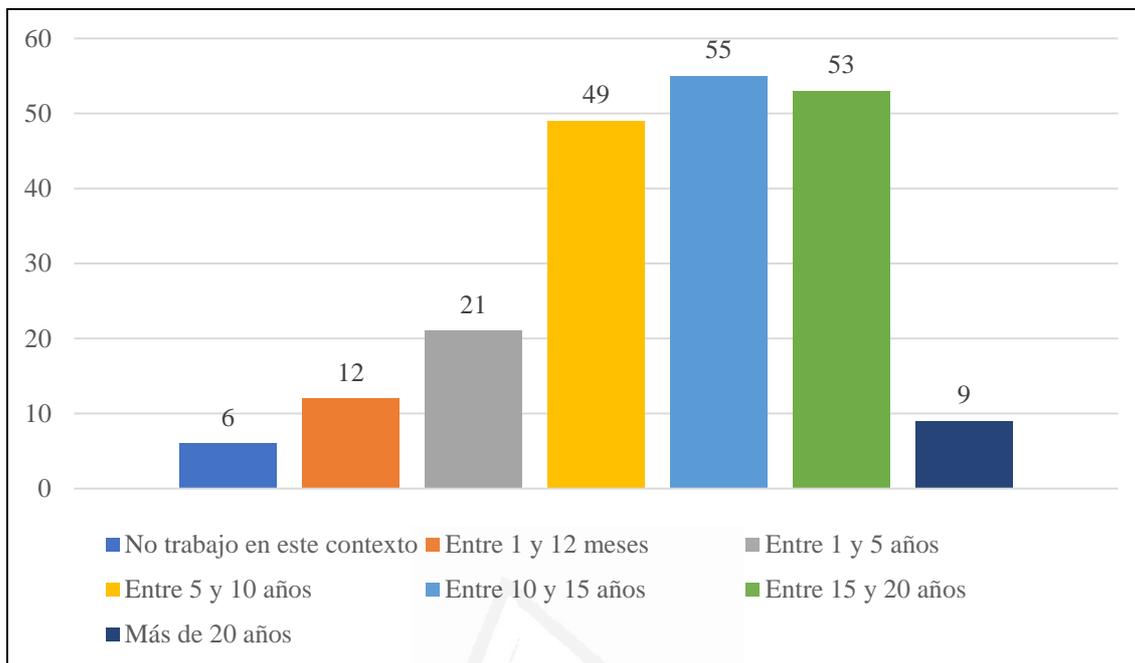


Gráfico 7. Tiempo de ejercicio de los profesionales en final de vida y/o duelo

De los estudiantes (243), la siguiente tabla muestra la información relativa al curso en el que se encuentran en la fecha que reciben la encuesta (entre el 15.10.20 y el 15.12.20):

Curso	RESPUESTAS ESTUDIANTES	% ESTUDIANTES
Primero	29	12 %
Segundo	33	13,5 %
Tercero	70	28,8 %
Cuarto	69	28,4 %
Quinto de medicina	17	7 %
Sexto de medicina	12	5 %
Máster en psicología general sanitaria	13	5,3 %

Cuadro 75. Curso de los estudiantes de Ciencias de la Salud

Además, también se les pedía que indicasen si habían recibido formación en comunicación de malas noticias, final de vida y duelo y en psicoterapia del duelo y estas son las respuestas recibidas:

Pregunta	Respuestas en cifras	Respuestas en porcentajes				
¿Ha recibido formación en comunicación de malas noticias, final de vida y duelo?	<p>Formación en comunicación</p> <p>■ Sí ■ No</p>	<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>49,4 %</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>50,6 %</td> </tr> </table>	Sí	49,4 %	No	50,6 %
Sí	49,4 %					
No	50,6 %					
¿Ha recibido formación en psicoterapia del duelo?	<p>Formación en psicoterapia</p> <p>■ Sí ■ No</p>	<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>30,5 %</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>69,5 %</td> </tr> </table>	Sí	30,5 %	No	69,5 %
Sí	30,5 %					
No	69,5 %					
En caso de respuesta negativa, ¿le gustaría recibir?	<p>Formación en psicoterapia</p> <p>■ Sí ■ No</p>	<p>Del 69,5 % de respuestas negativas:</p> <table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>68,7 %</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>0,8 %</td> </tr> </table>	Sí	68,7 %	No	0,8 %
Sí	68,7 %					
No	0,8 %					

Gráfico 8. Formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud en final de vida y duelo

Sobre si han recibido formación específica en comunicación de malas noticias, final de vida y duelo, casi la mitad de los estudiantes (49,4 % / 120) indicaron que sí la habían recibido, pero apenas un poco más de la otra mitad han respondido que no (50,6 % / 123). Los resultados sí difieren en la siguiente pregunta sobre si han recibido formación en psicoterapia del duelo donde el 69,5 % (169) han respondido de forma negativa y el 30,5% (74), afirmativa. Del porcentaje de los que no han recibido formación específica en psicoterapia del duelo (69,5 % / 169), un 68,7 % (167) han respondido que sí les gustaría recibirla frente al 0,8 % (2) que han indicado que no.

Una vez presentados los datos introductorios, se describen las respuestas obtenidas al primer bloque de preguntas sobre la visión y la importancia de la comunicación desde la perspectiva de los profesionales y los estudiantes. Las seis preguntas están formuladas sobre una escala Likert de 10 puntos donde 0 equivale a no importa en absoluto y 10 a muy importante. Los resultados se presentan en tablas para cada grupo de informante y cada pregunta empezando por el sexto punto en la escala ya que ningún informante ha otorgado una puntuación menor de 6.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Número de pregunta	Pregunta	Respuestas profesionales		Respuestas estudiantes	
1 (en ambas encuestas)	En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 es muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los pacientes en final de vida?	6	0 %	6	0 %
		7	2 %	7	1,6 %
		8	1,5 %	8	4,5 %
		9	9 %	9	12,8 %
		10	87,5 %	10	81,1 %
2 (en ambas encuestas)	En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 es muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los familiares de los pacientes en final de vida?	6	0,5 %	6	0 %
		7	0,5 %	7	1,6 %
		8	2,4 %	8	3,7 %
		9	9,8 %	9	14,8 %
		10	86,8 %	10	79,9 %
3 (en ambas encuestas)	En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los dolientes que acuden a una visita individual de seguimiento del duelo o a una terapia del duelo?	6	0 %	6	0,4 %
		7	1,5 %	7	2 %
		8	9,3 %	8	9,9 %
		9	10,2 %	9	17,7 %
		10	79 %	10	70 %
4 (en ambas encuestas)	Si los pacientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los pacientes en final de vida?	6	0 %	6	0,4 %
		7	2 %	7	1,2 %
		8	1 %	8	4,5 %
		9	10,7 %	9	13,6 %
		10	86,3 %	10	80,2 %
5 (en ambas encuestas)	Si los pacientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los familiares de los pacientes en final de vida?	6	0 %	6	0,4 %
		7	2,4 %	7	0 %
		8	2,4 %	8	4,2 %
		9	10,2 %	9	15,6 %
		10	85 %	10	79,8 %
6 (en ambas encuestas)	Si los dolientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los dolientes en visitas por seguimiento del duelo (individuales) o que acuden a una terapia del duelo?	6	0,5 %	6	0,8 %
		7	2 %	7	1,6 %
		8	6,8 %	8	8,6 %
		9	12,2 %	9	17,3 %
		10	78,5 %	10	71,7 %
		Respuestas totales: 205		Respuestas totales: 243	

Cuadro 76. Respuestas de los profesionales y estudiantes de CCSS bloque 1 preguntas de la 1 a la 6

Respecto a la primera pregunta (importancia que otorgan a la comunicación con los pacientes en final de vida), el 87,5 % (179 de 205) han otorgado la máxima puntuación (10 puntos) por lo que consideran que es muy importante. El 81,1 % de los estudiantes (197 de 243) también ha otorgado la máxima puntuación. La mínima puntuación marcada por estos dos grupos de informantes a esta primera pregunta es de un 7 en la escala con un porcentaje de 2 % (4) de los profesionales y un 1,6 % (4) de los estudiantes. Los resultados son similares en la segunda pregunta (importancia que otorgan a la comunicación con los familiares de los pacientes en final de vida), siendo la puntuación más alta de los profesionales de un 86,8 % (178) y la de los estudiantes de un 79,9 %

(194). El punto 9 en la escala para esta segunda pregunta también ha obtenido una puntuación elevada siendo un 9,8 % (20) la de los profesionales y un 14,8 % (36) la de los estudiantes. Para la tercera pregunta (importancia que otorgan a la comunicación con dolientes), los resultados más elevados se encuentran entre los puntos 8, 9 y 10. De los profesionales, un 79 % (162) ha marcado la puntuación mayor, es decir, un 10; un 10,2 % (21) le han otorgado un 9 y un 9,3 % (19) un 8. De los estudiantes, un 70 % (170) han optado por un 10 en la escala; un 17,7 % (43) por un 9 y un 9,9 % (24) por un 8. Estos resultados totales indican que, para las tres preguntas, alrededor de un 90 % de los profesionales y de los estudiantes le otorgan un valor de importancia de entre un 8 y un 10 a la comunicación con pacientes y familiares en final de vida y con dolientes. No obstante, la puntuación más elevada ha sido otorgada por ambos grupos de informantes a la comunicación con pacientes en final de vida.

Los resultados de las preguntas 4, 5 y 6 son similares a los de las tres anteriores puesto que se pregunta por el valor que se otorga a la comunicación con los mismos grupos (pacientes, familiares y dolientes) si los pacientes o dolientes son extranjeros. La puntuación máxima de 10 en la escala ha recibido unos porcentajes ligeramente más bajos que en las respuestas a las tres primeras preguntas excepto el porcentaje de estudiantes otorgado a la puntuación 10 en la sexta pregunta (71,7 % / 174 frente al 70 % / 170 de la pregunta 3). Sin embargo, si observamos los resultados totales de las puntuaciones más altas de la escala (8, 9 y 10), en ambos grupos de informantes, los porcentajes oscilan entre un 90 % al igual que en los totales de las respuestas anteriores; hecho por el que se aprecia que tanto los profesionales como los estudiantes otorgan una gran importancia a la comunicación en los contextos de final de vida y duelo con todos los usuarios, ya sean autóctonos o extranjeros.

A continuación, se incluyen dos gráficos que recopilan la información del cuadro anterior, pero en cifra numérica donde P equivale a pregunta y el número debajo de las columnas a cada puntuación de la escala (del 6 al 10) y el número de arriba al número de respuestas de cada grupo a cada pregunta:

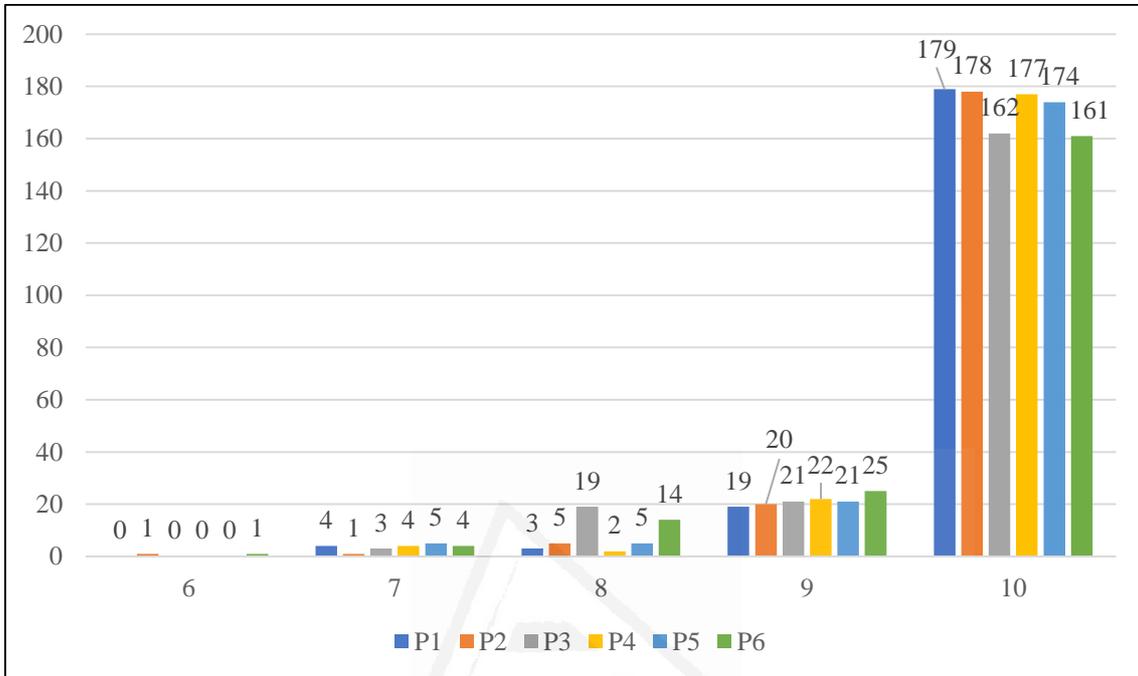


Gráfico 9. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 1 preguntas de la 1 a la 6

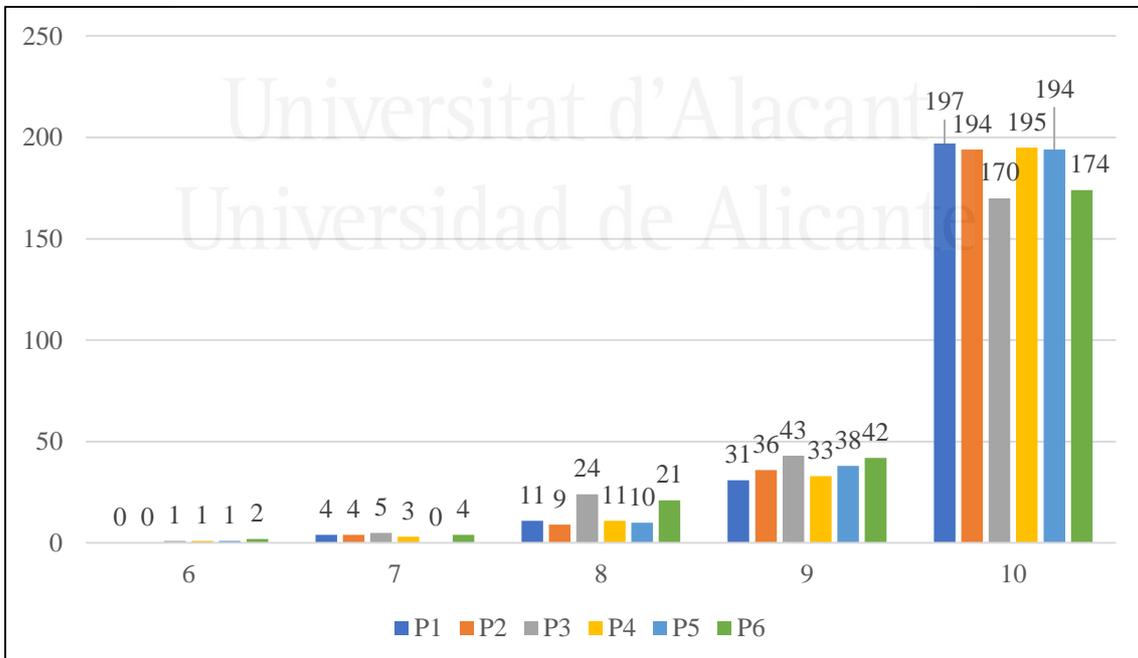


Gráfico 10. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 1 preguntas de la 1 a la 6

El primer bloque termina con la pregunta séptima (¿ha trabajado con personas de otras culturas y/o lenguas que hayan tenido problemas de comunicación?) que solo se ha formulado en la encuesta los profesionales por referirse a los problemas encontrados en la práctica profesional. De los 205 encuestados, 158 (77,1 %) han indicado que sí han tenido problemas de comunicación con personas de otras culturas y/o lenguas frente a 47 (22,9 %) que no los han tenido como se observa en el siguiente gráfico:



Gráfico 11. Respuestas de los profesionales al bloque 1 pregunta 7

La segunda parte de esta séptima pregunta recopila las estrategias que han utilizado el porcentaje que habían respondido que sí habían encontrado problemas comunicativos para tratar de solventarlos. El siguiente cuadro presenta dichas estrategias agrupadas por tipos de recursos utilizados:

Si su respuesta anterior ha sido sí, ¿podría explicar cómo ha solventado dichos problemas?	
RESPUESTAS	OPCIONES
9	Con intérprete
2	Intérprete o mediador
7	Mediador cultural
1	Buscando un intérprete que sea de la confianza del paciente o cercanos al paciente.
5	Traductor
3	Traductor telefónico
2	Traductor del hospital
15	Traductor online (<i>google translate</i>)
3	Intérprete voluntario
1	Intérprete voluntario de una asociación.
	Con intérprete <i>ad-hoc</i>
8	Facilitando que puedan ir con acompañante que hable español.
19	Solicitando a algún familiar que acuda para que traduzca.
	Otros profesionales
9	Compañeros del hospital que saben la lengua del paciente.
12	Comunicación no verbal
5	Mímica
	Comunicación en otro idioma
7	Hablando en inglés.
1	Hablando en inglés y con mi buena voluntad.
1	En francés
	Combinadas
1	Comunicación no verbal, escalas internacionales, un traductor online y hablando inglés.
10	Familiares y comunicación no verbal.
1	Lenguaje no verbal, expresando empatía no verbal y teniendo paciencia.
1	Con intérpretes cuando era posible, en inglés yo misma de forma precaria o mediante signos, dibujos o mímica.
1	Preguntándoles que dudas tienen y explicándome con distintas palabras.
	Otras estrategias
1	Como he podido pero no se ha trabajado igual por desgracia.
1	Dedicar el tiempo que haga falta, sin juicio.
1	Informándome sobre su cultura y sus ritos en temas de final de vida.
2	Observación, actitud de escucha y respeto.
1	Aprendiendo algo de su idioma nativo.
2	Con palabras sueltas.
1	Con palabras clave y paciencia.
10	No se ha podido solventar
1	La comunicación ha sido deficiente y con menos intervención.
1	La comunicación se ha visto muy limitada.
1	La verdad no sé solucionó, había que dirigirse solo a los hombres (paciente y hermanos) que hablaban español, no se pudo trabajar con la pareja (mujer) ya que solo hablaba árabe y a parte la cultura y creencias religiosas influyeron mucho.
1	Con resignación.
1	No se han solventado. Hemos tenido la ayuda de una persona de la comunidad.
1	No se han solventado en su totalidad. Se ha intentado pero no ha sido posible comunicarme como con los pacientes españoles.
1	No se han solventado porque era el hijo de la paciente y no hemos podido comunicarnos eficientemente porque no se podía hablar de emociones, sufrimiento ni dolor.

1	No se han solventado pero al menos hemos podido comunicar lo básico y realizar los cuidados básicos aunque no hemos estado seguros de si se ha hecho bien
1	No se han solventado completamente ni exitosamente. Se ha intentado con el inglés de algún compañero
1	<i>Google translator</i> , pero no ha solventado nada. Toda la parte emocional no la reconoce.
1	Google translate pero no se ha solventado sino que ha sido una ayuda con alguna palabra pero no hemos logrado entendernos completamente
1	No se han llegado a solventar pero he tenido que recurrir a <i>google translate</i> , a una persona de la limpieza en una ocasión porque era del mismo país que al paciente y otra veces hemos trabajado con familiares en el domicilio.
1	Aunque no podría decir que se han solventado, hemos utilizado recursos como <i>google translator</i> para algún término y también a familiares
1	No se han solventado. En mi caso los pacientes suelen tener otro tipo de problemas también (enfermedades muy avanzadas que afectan al nivel cognitivo) así como problemas motores. En el cuidado no hemos tenido problemas más allá de alguna barrera cultural de que al paciente no le guste tanto el contacto físico al que quizá los españoles estamos más acostumbrados. Además, para los terapeutas ocupacionales es imprescindible conocer la cultura del paciente para poder adaptarnos y facilitar su autonomía hasta el máximo tiempo posible. Quizá las barreras han estado más en esta línea de no conocer y no poder indagar. No los hemos solventado o lo hemos ido aprendiendo pero con ensayo-error con las consecuencias que puede conllevar
1	No se han solventado porque no hemos podido entendernos completamente lo que ha dificultado la comunicación y nos hemos centrado en la parte esencial de los cuidados sin poder comunicarnos ni obtener información más allá de lo que podíamos apreciar con los ojos.

Cuadro 77. Argumentos de los profesionales a la pregunta 7

Como se puede apreciar en el cuadro, 25 respuestas han indicado que no se han podido solventar los problemas comunicativos en su totalidad por factores relativos a una incompreensión mutua por verse la comunicación muy limitada y reducida a lo esencial teniendo que utilizar traductores automáticos o intérpretes *ad-hoc* como familiares o personal de limpieza y a una falta de comprensión de la parte emocional ya que los traductores automáticos no la reconocen. No obstante, 15 personas sí han considerado que un traductor automático les ha ayudado a solventar problemas comunicativos. Por otro lado, 33 personas han señalado que se han solventado con intérprete a pesar de utilizar una terminología diversa (traductor, mediador, intérprete) y 27 han optado por un intérprete *ad-hoc* (familiar o acompañante que hablase español). El resto han optado por otras estrategias como el uso de otros profesionales del hospital que hablasen la lengua del paciente (señalado por 9 profesionales), el uso de estrategias no verbales (17), estrategias combinadas entre no verbal y verbal (14) y otras estrategias (9) como el tratar de conocer la cultura del paciente, el tener paciencia o el uso de palabras clave. Por tanto, el uso de estrategias tan dispares presenta un marco donde la resolución de los problemas comunicativos depende de los recursos de los que puedan disponer los profesionales en el momento de la consulta o los usuarios en lugar de haber una estrategia común, clara y homogénea proporcionada por las instituciones y autoridades competentes y responsables.

El segundo bloque hace referencia a los conocimientos lingüísticos de los informantes y está recopilado en las dos partes de la pregunta 8:

Número de pregunta	Pregunta	Respuestas profesionales	Respuestas estudiantes																
8 (en ambas encuestas)	<p>¿Cómo valoraría su conocimiento del vocabulario de su área de trabajo en inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Intermedio</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo conocimientos de inglés</p>	<table border="1"> <tr> <td>Excelente</td> <td>8,8 %</td> </tr> <tr> <td>Intermedio</td> <td>40,5 %</td> </tr> <tr> <td>Bajo</td> <td>45,4 %</td> </tr> <tr> <td>No tengo</td> <td>5,3 %</td> </tr> </table> <p>Respuestas totales: 205</p>	Excelente	8,8 %	Intermedio	40,5 %	Bajo	45,4 %	No tengo	5,3 %	<table border="1"> <tr> <td>Excelente</td> <td>11,2 %</td> </tr> <tr> <td>Intermedio</td> <td>58 %</td> </tr> <tr> <td>Bajo</td> <td>25,5 %</td> </tr> <tr> <td>No tengo</td> <td>5,3 %</td> </tr> </table> <p>Respuestas totales: 243</p>	Excelente	11,2 %	Intermedio	58 %	Bajo	25,5 %	No tengo	5,3 %
Excelente	8,8 %																		
Intermedio	40,5 %																		
Bajo	45,4 %																		
No tengo	5,3 %																		
Excelente	11,2 %																		
Intermedio	58 %																		
Bajo	25,5 %																		
No tengo	5,3 %																		
	<p>En caso de respuesta excelente, intermedio o bajo, ¿cree que con su nivel de inglés podría desempeñar su trabajo al igual que trataría a un paciente que comparte su misma lengua y en las mismas condiciones de calidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí podría y, de hecho, así lo hago.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí podría, pero preferiría contar con un intérprete.</p> <p><input type="checkbox"/> Podría pero con muchas dificultades y no sería en las mismas condiciones.</p> <p><input type="checkbox"/> No podría y necesitaría la ayuda de un intérprete.</p>	<p>Del 94,7 % de respuestas excelentes, intermedias y bajas:</p> <table border="1"> <tr> <td>Sí podría</td> <td>13,2 %</td> </tr> <tr> <td>Preferiría un intérprete</td> <td>15,6 %</td> </tr> <tr> <td>Tendría dificultades</td> <td>36,2 %</td> </tr> <tr> <td>No podría y necesitaría intérprete</td> <td>29,7 %</td> </tr> </table> <p>Respuestas totales: 194</p>	Sí podría	13,2 %	Preferiría un intérprete	15,6 %	Tendría dificultades	36,2 %	No podría y necesitaría intérprete	29,7 %	<p>Del 94,7 % de respuestas excelentes, intermedias y bajas:</p> <table border="1"> <tr> <td>Sí podría</td> <td>18,5 %</td> </tr> <tr> <td>Preferiría un intérprete</td> <td>18,5 %</td> </tr> <tr> <td>Tendría dificultades</td> <td>42,8 %</td> </tr> <tr> <td>No podría y necesitaría intérprete</td> <td>14,9 %</td> </tr> </table> <p>Respuestas totales: 230</p>	Sí podría	18,5 %	Preferiría un intérprete	18,5 %	Tendría dificultades	42,8 %	No podría y necesitaría intérprete	14,9 %
Sí podría	13,2 %																		
Preferiría un intérprete	15,6 %																		
Tendría dificultades	36,2 %																		
No podría y necesitaría intérprete	29,7 %																		
Sí podría	18,5 %																		
Preferiría un intérprete	18,5 %																		
Tendría dificultades	42,8 %																		
No podría y necesitaría intérprete	14,9 %																		

Cuadro 78. Respuestas de los profesionales y estudiantes bloque 2 pregunta 8

En cuanto a la valoración del conocimiento del vocabulario del área de especialidad en inglés, los porcentajes más altos de los profesionales están entre las opciones intermedio (40,5 % / 83) y bajo (45,4 % / 93) y el de los estudiantes es intermedio (58 % / 141).

La segunda parte de la pregunta se refería al porcentaje de informantes que han respondido excelente, intermedio o bajo (94,7 % / 194 profesionales y 94,7 % / 230 estudiantes) si podrían especificar si el desempeño de su trabajo sería el mismo con un paciente que no comparta ni su misma lengua ni cultura con uno con el que sí lo comparta. De las respuestas de los profesionales obtenemos que un 45,3 % (93) preferiría un intérprete; un 36,2 % (74) tendría dificultades y un 13,2 % (27) considera que sí podría atenderle en las mismas condiciones comparta o no la lengua y la cultura. Por otro lado, un 33,4 % (81) de estudiantes preferiría contar con un intérprete; un 42,8 % (104) tendría muchas dificultades y un 18,5 % (45) sí podría hacerlo. En ambos casos, la opción que ha optenido una mayor puntuación ha sido la correspondiente a tendría muchas dificultades y no sería en las mismas condiciones. Los dos siguientes gráficos resumen esta información:

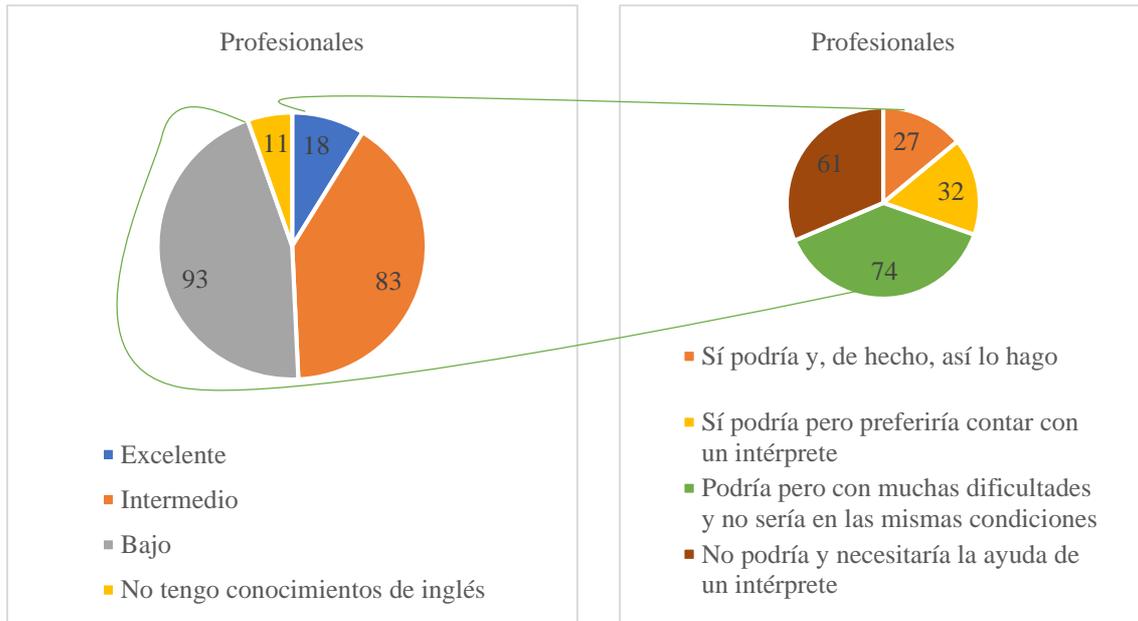


Gráfico 12. Respuestas de los profesionales al bloque 2 pregunta 8

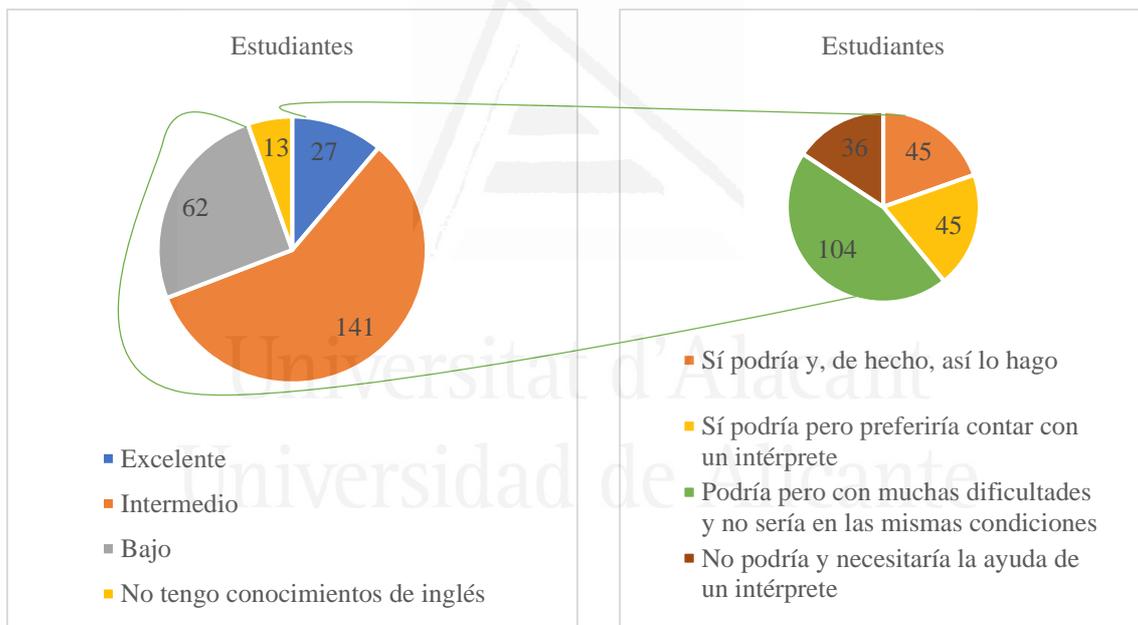


Gráfico 13. Respuestas de los estudiantes al bloque 2 pregunta 8

Por tanto, en este segundo bloque se ha apreciado que, aun siendo el inglés la lengua considerada como vehicular en España, la mayoría de los profesionales implicados en final de vida y duelo que han respondido a la encuesta no consideran tener un nivel de inglés excelente, como para poder atender a un paciente en esta lengua con las mismas condiciones que con un paciente que sí comparten lengua y cultura. Solo un 8,8 % (18 de 205) ha señalado la opción de excelente para valorar sus conocimientos del vocabulario de su área en inglés y un 13,2 % (27) considera que sí puede desempeñar su trabajo en las mismas condiciones ya sea un paciente autóctono o extranjero de habla inglesa. Lo mismo ocurre con los estudiantes de Ciencias de la Salud que han respondido a esta encuesta.

De este grupo de informantes, un 11,2 % (27 de 243) valora su nivel de inglés como excelente y un 18,5 % (45) cree que sí podría atender a pacientes de habla inglesa con las mismas condiciones que a un paciente autóctono. A través de estos datos obtenidos, también podemos observar que el porcentaje de respuestas a la opción *sí podría y, de hecho, así lo hago* en la segunda parte de la pregunta 8 es mayor que los porcentajes de *excelente* a la primera pregunta. Por tanto, observamos que un 4,4 % (2) de los profesionales que han respondido que sí podrían no consideran que tengan un nivel excelente y un 7,7 % (4) de estudiantes tampoco por ser el porcentaje diferencial entre las respuestas a *sí podría* y a *excelente*. Aunque sean porcentajes bajos, nos indican que para estos informantes no solo es necesario un nivel excelente en el idioma del paciente para poder atenderle con las mismas condiciones de calidad.

El tercer bloque de preguntas se refiere al trabajo con intérpretes con el objetivo de observar si recurrirían a un intérprete y cómo ha sido la experiencia de los que ya han experimentado esta situación.

La primera pregunta de este bloque (pregunta 9 en ambas encuestas) referida a si recurrirían o no a un intérprete en caso de desconocer el idioma de su paciente ha obtenido un 92,7 % (190) de respuestas afirmativas de los profesionales y un 99,2 % (241) de los estudiantes. Los porcentajes de respuestas negativas son por parte de los profesionales un 7,3 % (15) y un 0,8 % (2) por parte de los estudiantes. El siguiente cuadro y gráfico recopilan dicha información:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Número de pregunta	Pregunta	Respuestas profesionales	Respuestas estudiantes								
9 (en ambas encuestas)	¿Recurriría a un intérprete en caso de desconocer el idioma de su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>92,7 %</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>7,3 %</td> </tr> </table>	Sí	92,7 %	No	7,3 %	<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>99,2 %</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>0,8 %</td> </tr> </table>	Sí	99,2 %	No	0,8 %
Sí	92,7 %										
No	7,3 %										
Sí	99,2 %										
No	0,8 %										

Cuadro 79. Respuestas de los profesionales y estudiantes bloque 3 pregunta 9

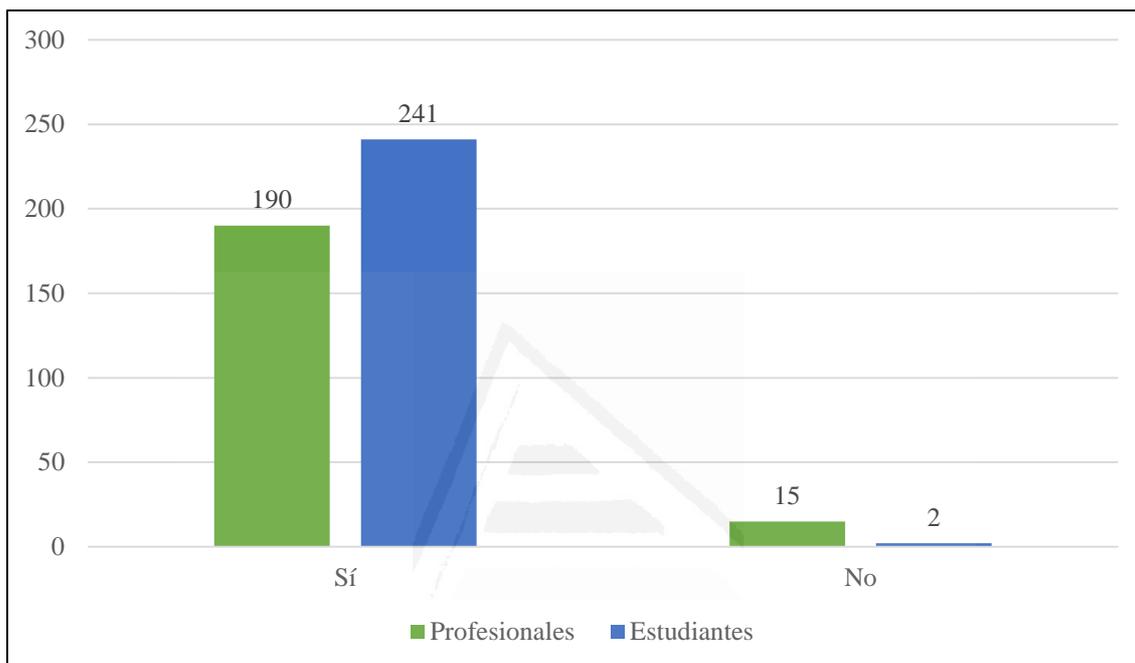


Gráfico 14. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 3 pregunta 9

Claramente los estudiantes encuestados sí recurrirían a un intérprete y, a pesar de que el porcentaje de profesionales que no recurrirían a un intérprete es bajo, es más alto que el de estudiantes (15 de 205 profesionales frente a 2 de 243 estudiantes).

La encuesta dirigida a los profesionales contiene una pregunta más sobre su experiencia si ya han trabajado con intérpretes (pregunta 10) y, en caso de respuesta afirmativa, se les pedía que respondiesen a las 4 cuestiones siguientes.

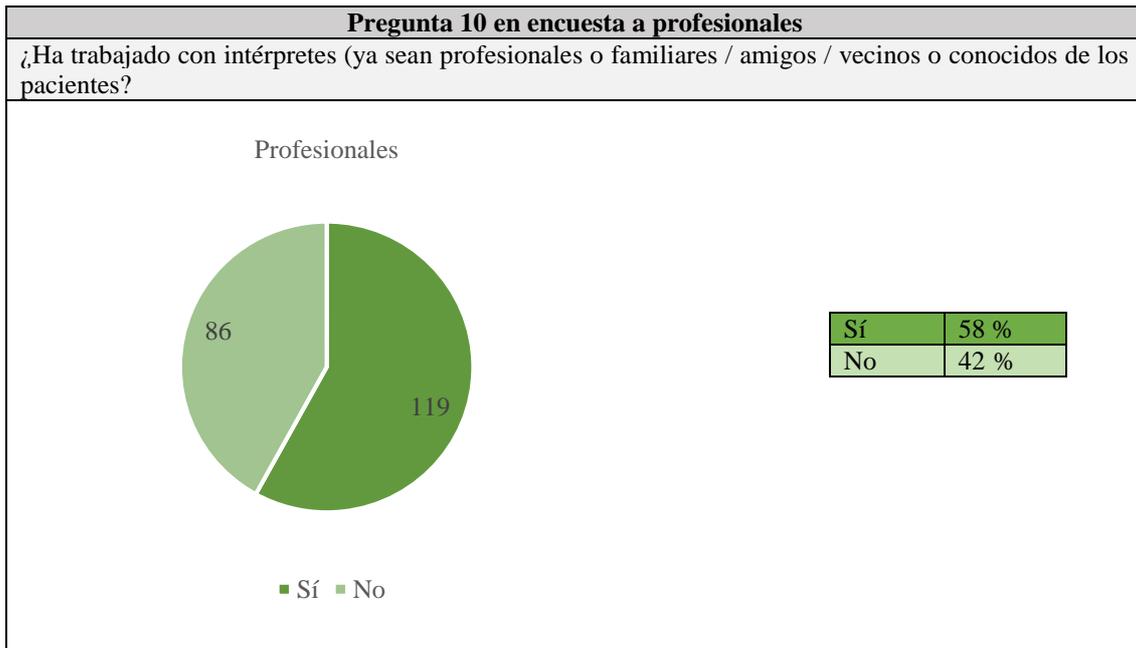


Gráfico 15. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10

Este gráfico que recopila las respuestas obtenidas por parte de los profesionales muestra como el porcentaje de informantes que sí han trabajado con intérpretes es ligeramente mayor al de los que han respondido de forma negativa (58 % / 119 frente a un 42 % / 86). Por tanto, para las siguientes preguntas tomamos como referencia el porcentaje del 58 % (119) por ser los que sí han tenido experiencia en el trabajo con intérpretes ya sean profesionales o *ad-hoc*.

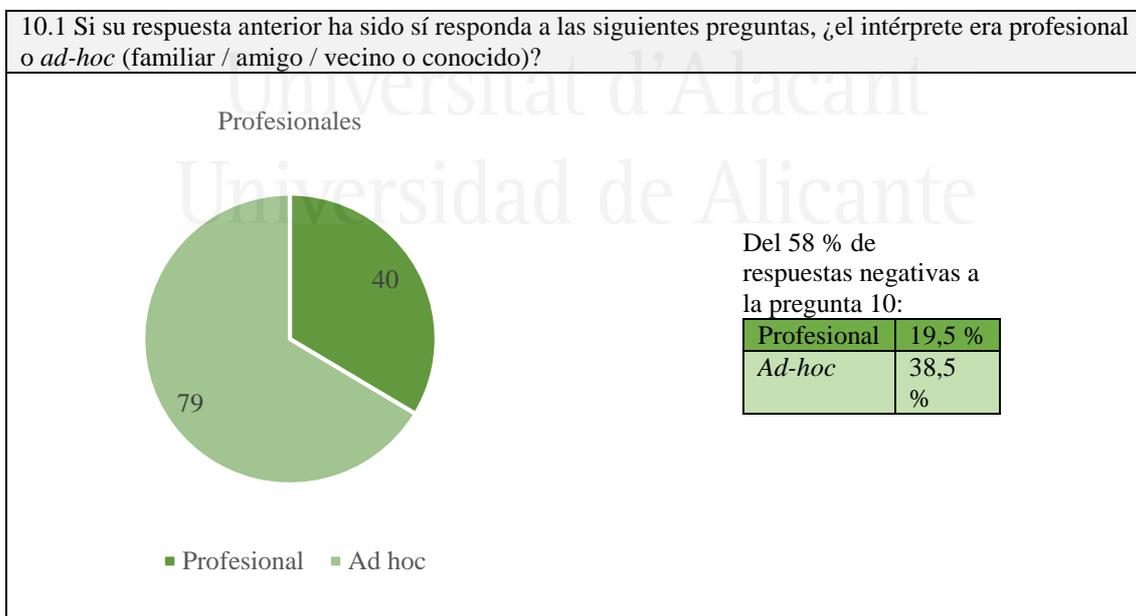


Gráfico 16. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.1

El porcentaje de respuestas a la opción ad-hoc es el doble que el de profesionales (un 38,5 % frente a un 19,5 %). Así pues, 79 profesionales de los 119 que han trabajado con intérpretes lo han hecho con un intérprete ad-hoc y los 40 restantes con uno profesional. Las siguientes dos preguntas ahondan en esta experiencia y recopilamos las respuestas con porcentajes y cifras en los tres siguientes gráficos:

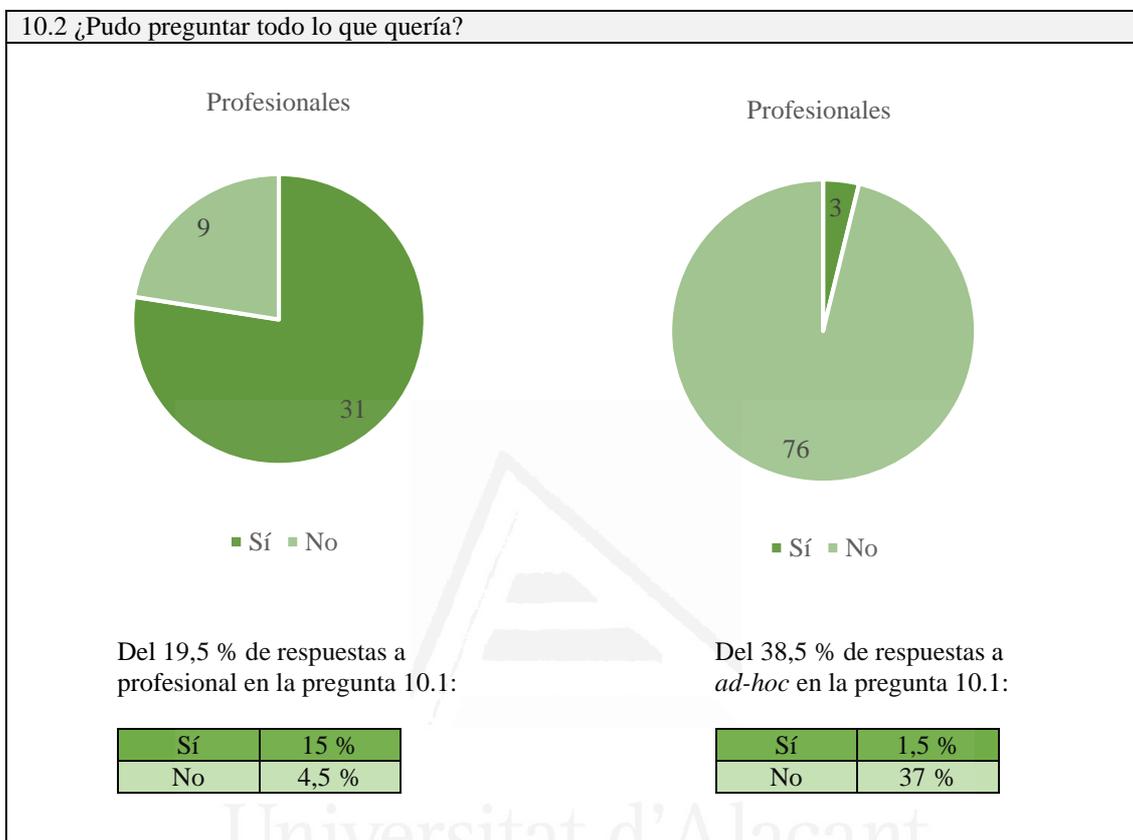
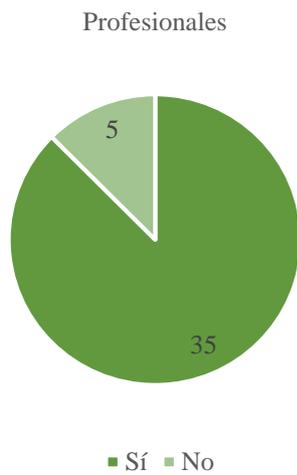


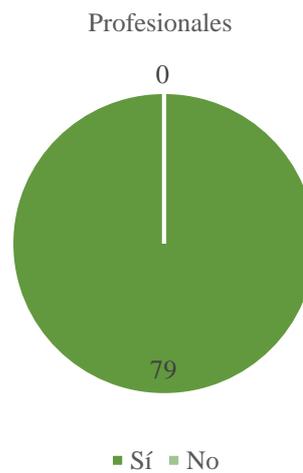
Gráfico 17. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.2

10.3 ¿Hubo variaciones en la manera de conducir la sesión con intérprete?



Del 19,5 % de respuestas a profesional en la pregunta 10.1:

Sí	17 %
No	2,5 %

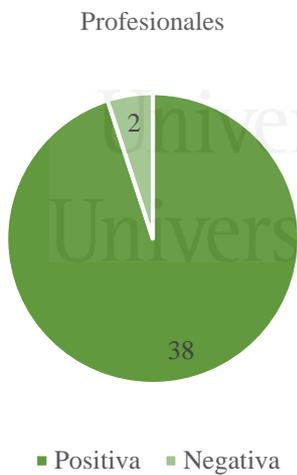


Del 38,5 % de respuestas a *ad-hoc* en la pregunta 10.1:

Sí	38,5 %
No	0 %

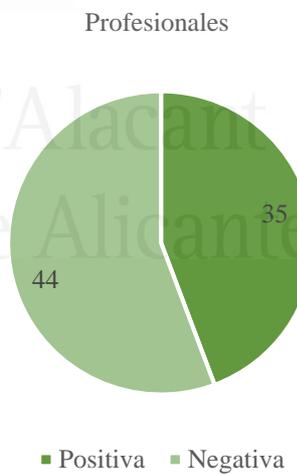
Gráfico 18. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.3

¿Podría valorar si fue una experiencia positiva o negativa?



Del 19,5 % de respuestas a profesional en la pregunta 10.1:

Positiva	18,5 %
Negativa	1 %



Del 38,5 % de respuestas a *ad-hoc* en la pregunta 10.1:

Positiva	17 %
Negativa	21,5 %

Gráfico 19. Respuestas de los profesionales al bloque 3 pregunta 10.4

A la pregunta 10.2 sobre si pudieron preguntar todo lo que querían, un 16,5 % (34 de 119) respondieron que sí y un 41,5 % (85) que no. Si separamos estos porcentajes según si habían respondido que el intérprete era profesional o *ad-hoc*, obtenemos que del 19,5 % de respuestas a que habían trabajado con un intérprete profesional, un 15 % (31 de 40) sí han podido preguntar todo frente a un 4,5 % (9) que no pudo. Por otro lado, del 38,5 % (79) de los profesionales que habían trabajado con intérpretes *ad-hoc*, un 37 % (76) ha respondido que no pudo preguntar todo y un 1,5 % (2) que sí pudo.

Tras esta pregunta, la 10.3 trataba si había habido diferencias en cuanto a la gestión de la situación con intérprete. A excepción del 2,5 % (5 de 40) de los profesionales que habían trabajado con intérpretes profesionales y que consideran que no ha habido variaciones en la manera de conducir la sesión con intérprete, el resto consideran que sí ha habido variaciones siendo el porcentaje total de 55,5 % (114) del total de 58 % (119) de profesionales que sí han trabajado con intérprete ya fuese profesional o *ad-hoc*. Si desglosamos este porcentaje, el 17 % (35 de 40) corresponde a los que han trabajado con intérprete profesional y el 38,5 % (79) a los que han trabajado con intérprete *ad-hoc*.

Con estas respuestas observamos que la mayoría de informantes han trabajado con intérpretes *ad-hoc* y que en estas situaciones no han podido preguntar todo lo que querían y todos coinciden en que ha habido variaciones en la forma de conducir la sesión. Por otro lado, aunque el porcentaje de los que han trabajado con intérprete profesional sea menor (19,5 % frente al 38,5 %), la mayoría sí ha podido preguntar todo lo que quería y también han encontrado variaciones en la forma de conducir la sesión con intérprete a excepción del 2,5 % (5 de 40). Por tanto, la mayor diferencia se observa en la parte 10.2 sobre si pudieron preguntar todo lo que querían donde la mayoría de profesionales que han trabajado con intérpretes profesionales han respondido de manera afirmativa y la mayoría de los que han trabajado con intérpretes *ad-hoc* han marcado la respuesta negativa.

La última parte de la pregunta 10 se refería a si ha sido una experiencia positiva o negativa y las respuestas de los profesionales que han trabajado con intérprete profesional nos aportan unos resultados claros: ha sido positiva para la mayoría (un 18,5 % / 38 de 19,5 % / 2); es decir, a excepción de dos informantes, el resto ha valorado esta experiencia como positiva. En cambio, se observan unos resultados más ajustados cuando el intérprete ha sido *ad-hoc* de modo que un 17 % (35) de 38,5 % la ha valorado como positiva y un 21,5 % (44) como negativa. Por tanto, aunque el valor negativo ha sido mayor tampoco se aprecia una gran diferencia respecto a la otra opción de respuesta siendo de un 4,5 % (9) el porcentaje diferencial entre las respuestas del grupo de profesionales que ha trabajado con intérpretes *ad-hoc*.

El siguiente bloque, el cuarto, consta de dos preguntas sobre el lenguaje no verbal. A continuación, presentamos las respuestas:

Número de pregunta	Pregunta	Respuestas profesionales		Respuestas estudiantes	
11 en profesionales y 10 en estudiantes	¿Qué importancia le otorga al lenguaje no verbal del paciente en una escala donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante?	7	3 %	7	3,7 %
		8	8,3 %	8	9,9 %
		9	14,6 %	9	16 %
		10	74,1 %	10	70,4 %

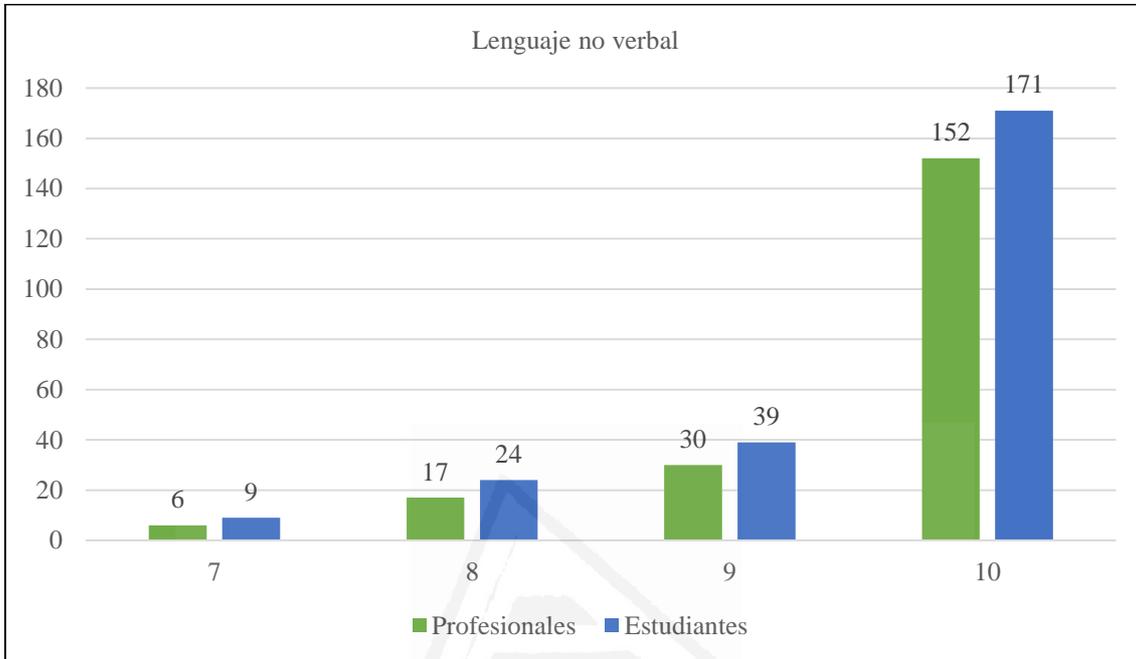


Gráfico 20. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 11/10

Las respuestas de ambos grupos de informantes (profesionales y estudiantes) son similares a la pregunta sobre la importancia que otorgan al lenguaje no verbal del paciente. Se les ofrecía una escala para marcar su valoración del 0 al 10 donde 0 significaba no importa en absoluto y 10, muy importante. La mayoría ha otorgado la máxima puntuación (74,1 % / 152 de los 205 profesionales y 70,4 % / 171 de los 243 estudiantes), seguida del segundo punto en la escala valorando con un 9 la importancia (14,6 % / 30 profesionales y 16 % / 39 estudiantes). El porcentaje más bajo se ha otorgado al punto 7 en la escala (3 % / 6 profesionales y 3,7 % / 9 estudiantes) lo que indica que todos los informantes sí otorgan importancia al lenguaje no verbal del paciente por estar todas sus respuestas entre los últimos cuatro puntos (del 7 al 10) de la escala de importancia.

La siguiente pregunta, con número 12 en la encuesta a profesionales y 11 en la de estudiantes, versa sobre su opinión acerca de si el intérprete debe tener en cuenta el lenguaje no verbal del paciente.

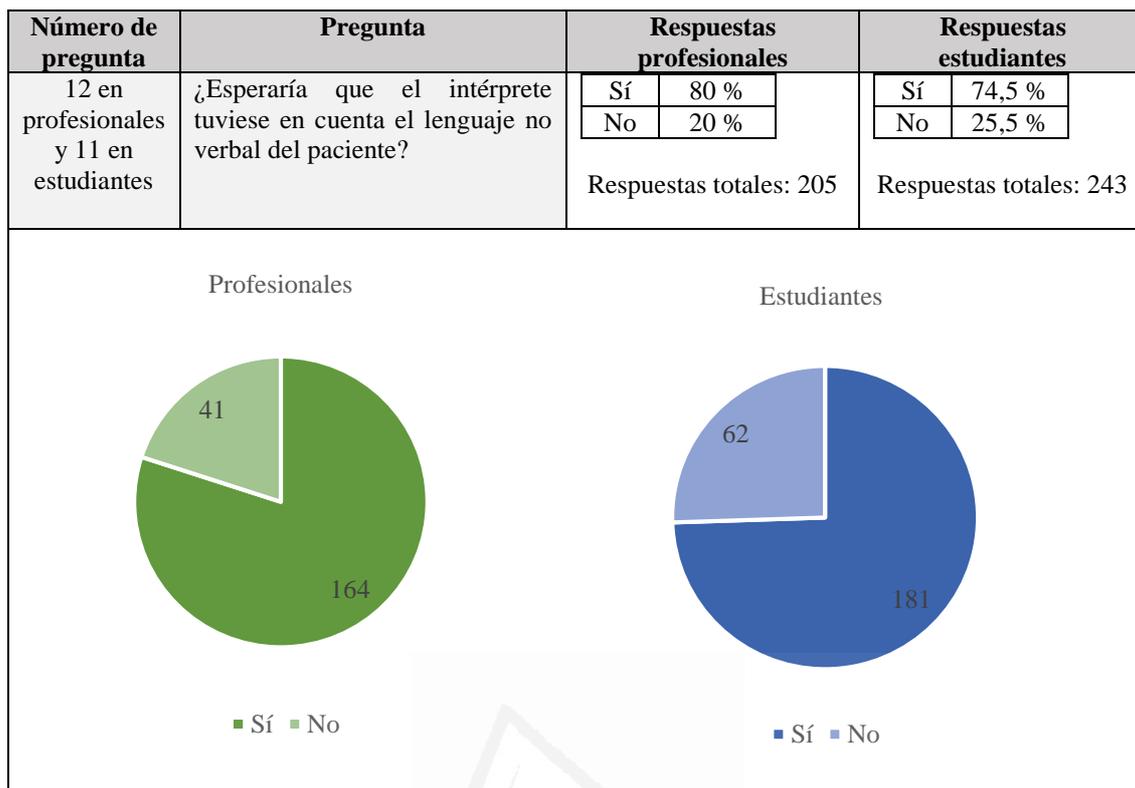


Gráfico 21. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 12/11

Los porcentajes más altos se observan en la respuesta afirmativa en ambos grupos (80 % / 164 profesionales y 74,5 % / 181 estudiantes). Además, se les pedía a ambos grupos que explicasen su respuesta y en los dos siguientes cuadros se recopilan los argumentos a favor y en contra ordenados por distintas categorías y el número de respuestas a cada categoría:

Universitat d'Alacant
 Universidad de Alicante

¿Podría explicar su respuesta a la pregunta anterior?			
RESPUESTAS PROFESIONALES		RESPUESTAS ESTUDIANTES	
ARGUMENTOS A LA RESPUESTA SÍ		ARGUMENTOS A LA RESPUESTA SÍ	
15	Añadir información. Importancia del lenguaje no verbal porque un gesto puede significar mucho más que muchas palabras.	28	Para aclaraciones.
5	Añadir información. Porque además de proporcionar el contenido del mensaje también me puede trasladar información sobre cómo se siente.	10	Evitar malentendidos. Si el paciente dice que ha entendido y su lenguaje no verbal indica lo contrario sería conveniente que el intérprete lo aclare y evitar dudas y/o malentendidos.
96	Es fundamental. Es parte de la comunicación. Es esencial.	16	Evitar malentendidos culturales. Para evitar algún malentendido cultural.
2	Trabajo en equipo. Mayor comodidad.	15	Para mayor comprensión. Para poder entender bien todo porque el lenguaje no solo es verbal. Un gesto puede significar mucho.
2	Trabajo en equipo. Sería una combinación de que el intérprete nos ayudase y nosotros también ser más expresivos	3	Evitar literalidad. Porque creo que en este contexto no puede solo transmitir la información literal y es importante que se apoye en el no verbal.
5	Trabajo en equipo. Los intérpretes como el resto de profesionales aprenden a percibir información no verbal que los pacientes expresan pero deben también acompañar al profesional con el que colaboran para dirigir la sesión en la misma línea.	60	Atención holística. Es fundamental para tener un trato holístico con el paciente.
9	Acompañamiento. Enriquecería el acompañamiento terapéutico y la comprensión de las necesidades del paciente / familia.	5	Trasladar la intencionalidad. Sí porque tan importante es lo que se dice como la emoción e intención con la que se dice y puede determinar la actitud clínica con el paciente y hacer saltar determinadas alarmas.
2	En muchas ocasiones los pacientes terminales no son capaces de expresarse de forma verbal.	4	Trasladar la intencionalidad. Sí porque le pediría al intérprete que me indicara también la entonación y la actitud del paciente, porque puede que físicamente en su país se expresen las emociones de forma diferente a la que yo conozco.
15	Cultura. Porque hay expresiones no verbales que tienen relación con la cultural, con el vínculo con el traductor, etc.	20	Derecho del paciente. Sí porque el paciente tiene derecho a ello ya que si no podríamos estar abordando mal la problemática por falta de información.
1	El lenguaje no verbal y paraverbal tienen un peso crucial en la comunicación y ambos están relacionados con la cultura. Es importante escuchar la congruencia de estas tres dimensiones del lenguaje, escuchar la intención, los silencios...	6	Ayuda en la toma de decisiones. Sí porque nuestro trabajo es ayudar al paciente en la toma de decisiones y en ocasiones dicen más con gestos que con palabras.
12	Empatía. Transmitiré mayor empatía y confianza.	14	Acompañamiento. Creo que ante una situación dura como es el final de la vida el paciente se sentiría más acompañado si se siente comprendido en sus sentimientos.

Cuadro 80. Argumentos para las respuestas afirmativas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 12/11

ARGUMENTOS A LA RESPUESTA NO		ARGUMENTOS A LA RESPUESTA NO	
29	No utilizaría intérprete para el lenguaje no verbal.	34	Yo también podría captar la no verbal y no necesitaría intérprete para eso.
2	Lo esperaría pero no suele ocurrir.	10	El lenguaje no verbal es universal.
1	Ya estaría yo pendiente.	1	Esperaría que me lo comentase porque así me demostraría que es un intérprete empático pero no haría falta que me lo tradujese.
1	Sería ideal pero no imprescindible porque a veces podría llevar a una interpretación errónea.	12	Creo que el intérprete solo se encarga de la comunicación verbal.
1	Al ser una valoración más subjetiva creo que esa parte podría entenderse aunque hablen diferentes idiomas.	5	Los intérprete no tienen porqué estar formados en comunicación no verbal.
1	Es complicado porque cada cual tenemos nuestro propio lenguaje no verbal.		
5	El intérprete se limita a hacer su trabajo (traducir) y no tiene por qué estar preparado para entender otro tipo de lenguaje como el no verbal, para eso estamos nosotros.		
1	Un intérprete no está tan entrenado como un sanitario para ver las respuestas al dolor físico o mental.		

Cuadro 81. Argumentos para las respuestas negativas de los profesionales y estudiantes al bloque 4 pregunta 12/11

Los argumentos que más respuestas han recibido de los profesionales que han respondido que sí es importante, se refieren a que el lenguaje no verbal es una parte fundamental de la comunicación que permite añadir información, mayor comodidad a la hora de trabajar en equipo, enriquecimiento del acompañamiento, mejor conocimiento de la cultura del paciente y mayor empatía y confianza. De las 9 respuestas sobre la mayor comodidad en el trabajo en equipo, 7 han hecho referencia a la necesidad de que no solo se tenga en cuenta el lenguaje no verbal del paciente, sino también el del profesional para dirigir la sesión en la misma línea. Asimismo, los estudiantes, que han seleccionado la opción afirmativa en la pregunta sobre si el intérprete debe tener en cuenta el lenguaje no verbal del paciente, también han explicado sus argumentos haciendo referencia a que con el lenguaje no verbal se pueden hacer aclaraciones, evitar malentendidos, aumentar la comprensión, evitar la literalidad, ofrecer una atención holística, trasladar la intencionalidad, ayudar en la toma de decisiones, acompañar y porque es un derecho del paciente para abordar su situación.

Por otro lado, los argumentos de los profesionales que han respondido que no esperan que el intérprete tenga en cuenta el lenguaje no verbal responden a su concepción de que el intérprete no está preparado para observar las respuestas al dolor que indica un paciente ya que esta parte pertenece a los profesionales sanitarios. Un informante alega que sería ideal que el intérprete lo tuviese en cuenta, pero no imprescindible y otros dos opinan que sí lo esperarían pero que no suele ocurrir en su experiencia.

Los estudiantes, en sus argumentos a la respuesta de que no lo esperarían, 34 señalan que no necesitan intérprete para el lenguaje no verbal y 10 de ellos no lo necesitan porque el lenguaje no verbal es universal en su opinión. Además, 12 estudiantes consideran que el intérprete solo debe encargarse de la parte verbal y 5 opinan que no tiene porqué estar formado en comunicación no verbal. Otro de los argumentos nombrado por un informante es que esperaba que lo tuviese en cuenta, pero solo para comentarlo y no interpretarlo (*esperaría que me lo comentase porque así me demostraría que es un intérprete empático, pero no haría falta que me lo tradujese*). Estos argumentos, a nuestro modo de ver, denotan el desconocimiento de la figura del intérprete de algunos informantes.

El quinto bloque de preguntas está relacionado con la empatía y consta de 4 preguntas para los profesionales y 3 para los estudiantes.

Número de pregunta	Pregunta	Respuestas profesionales		Respuestas estudiantes	
		13 en profesionales y 12 en estudiantes	¿Qué importancia le otorga a la empatía en una escala donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante?	7	0,5 %
		8	6,8 %	8	4,1 %
		9	12,2 %	9	9,9 %
		10	80,5 %	10	84,8 %
		Respuestas totales: 205		Respuestas totales: 243	

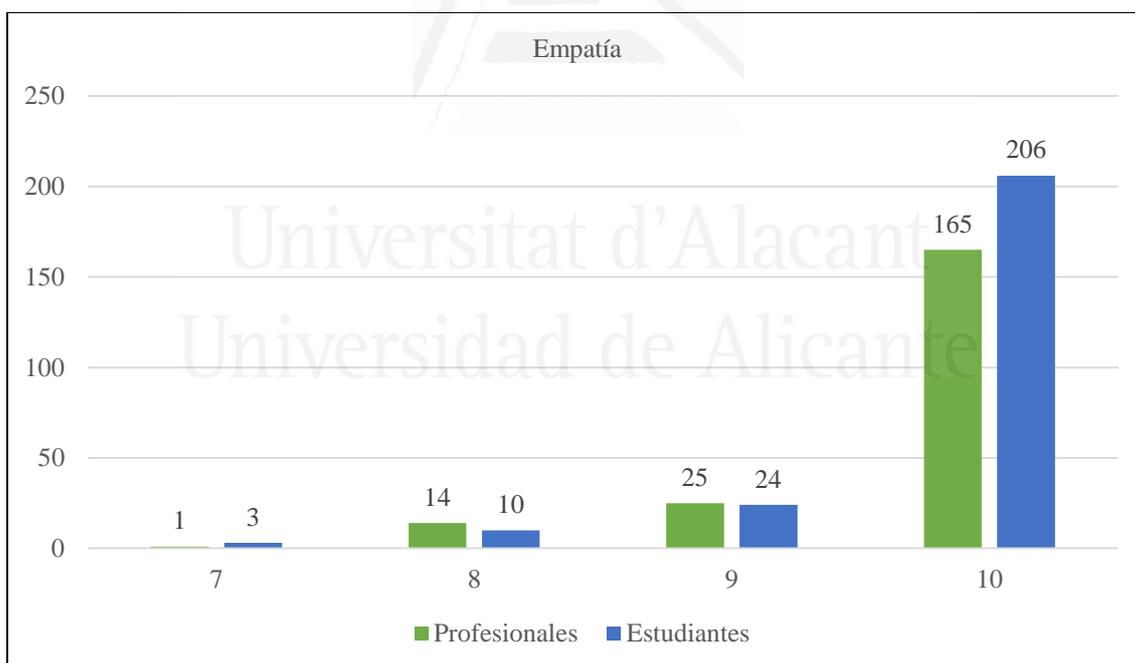


Gráfico 22. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 13/12

Al igual que con los parámetros evaluados anteriormente, para la empatía también se les pedía que valorasen qué grado de importancia le otorgaban en una escala del 0 (no importa en absoluto) al 10 (muy importante). Los porcentajes más altos aparecen en el punto 10 de la escala con un 80,5 % (165) de los profesionales y un 84,8 % (206) de los estudiantes, seguidos de un 12,2 % (25) de profesionales y un 9,9 % (24) de estudiantes que han valorado la empatía en el punto 9 de la escala. La puntuación más baja de la

escala que han valorado ha sido el punto 7 señalado por un profesional (0,5 %) y 3 estudiantes (1,2 %). Por tanto, los resultados indican que todos los informantes otorgan un valor alto a la empatía por valorarla entre los últimos cuatro puntos de la escala (del 7 al 10).

Para ahondar en las estrategias empáticas de los profesionales, y partiendo de la definición de empatía adoptada en el marco teórico y en el modelo de las 5 vertientes, se incluyó una pregunta más en la encuesta (pregunta 14). Las respuestas se han recopilado según la categoría a la que hacen referencia y añadiendo respuestas específicas cuando se han utilizado estrategias combinadas:

Pregunta 14 en encuesta a profesionales sanitarios	
Siguiendo la definición de empatía de Payás Puigarnau (2010: 258 / 2020: 13) «la capacidad del terapeuta de ponerse en los zapatos del paciente sin la intención de querer sacarle de ellos», ¿qué estrategias utiliza para conseguirlo?	
12	Escucha activa
15	Validación
70	Validación y escucha activa
7	La propia experiencia y decir que me he visto en situaciones similares.
8	No juicio
16	Escucha activa, no juicio
9	Estar en sintonía
3	Compasión
4	Establecer una relación de confianza, respeto e interés.
8	Respetar los tiempos del otro
10	Acompañar y aceptación incondicional
11	Comunicación no verbal
16	Silencio terapéutico y escucha activa
	Otras estrategias:
1	No soluciones rápidas, respeto al discurso y necesidad del paciente/doliente, no rescate y no transferencia.
1	Parafrasear y escuchar.
1	Mostrarle al paciente mi competencia para ayudarlo como mi compasión para acompañarlo.
1	Animar al paciente a expresar lo que siente y lo que necesita en ese momento, guardar silencio, contacto físico y abrazar si lo necesita.
1	Flexibilidad, enfocar en comprender y no aconsejar ni juzgar.
1	Diálogo empático.
1	Exploración e intervención.
1	Acompañar con la mirada y dejar la máxima autonomía y responsabilidad personal en el proceso y valoro los recursos que dispone el paciente o doliente para construir una buena alianza terapéutica.
1	Leer la historia clínica del paciente, hablar con él sin prisa y pensar si yo estuviese en su lugar.
1	Cercanía, llamarle por su nombre y estar disponible para él.
1	Dar seguridad y respetar su percepción subjetiva de la realidad y del sufrimiento.
1	Permitir que el paciente se explique sin interrupción y desde las diferencias personales tratar de identificar y comprender las razones y causas de sus sentimientos.
1	Comprender la individualidad de las experiencias.
1	Disponibilidad, accesibilidad y permanencia relacional sin salirme del plan terapéutico del equipo.
1	Trabajar en base a sus valores y barreras y a veces es necesaria una reestructuración cognitiva desde la identificación propia del paciente.
1	Interesarse no solo por la patología sino también por sus preocupaciones sobre la enfermedad, si tiene personas que puedan ayudarlo, cómo es su entorno familiar, etc.

Cuadro 82. Respuestas de los profesionales al bloque 6 pregunta 14

Las estrategias que más han mencionado los informantes han sido la validación y la escucha activa seguidas de la sintonía, compasión, aceptación incondicional, comunicación no verbal, silencio terapéutico y el no juicio respetando los tiempos y estableciendo una relación de confianza, respeto e interés.

La siguiente pregunta ocupa el lugar decimoquinto en la encuesta a profesionales y el decimotercero en la de estudiantes:

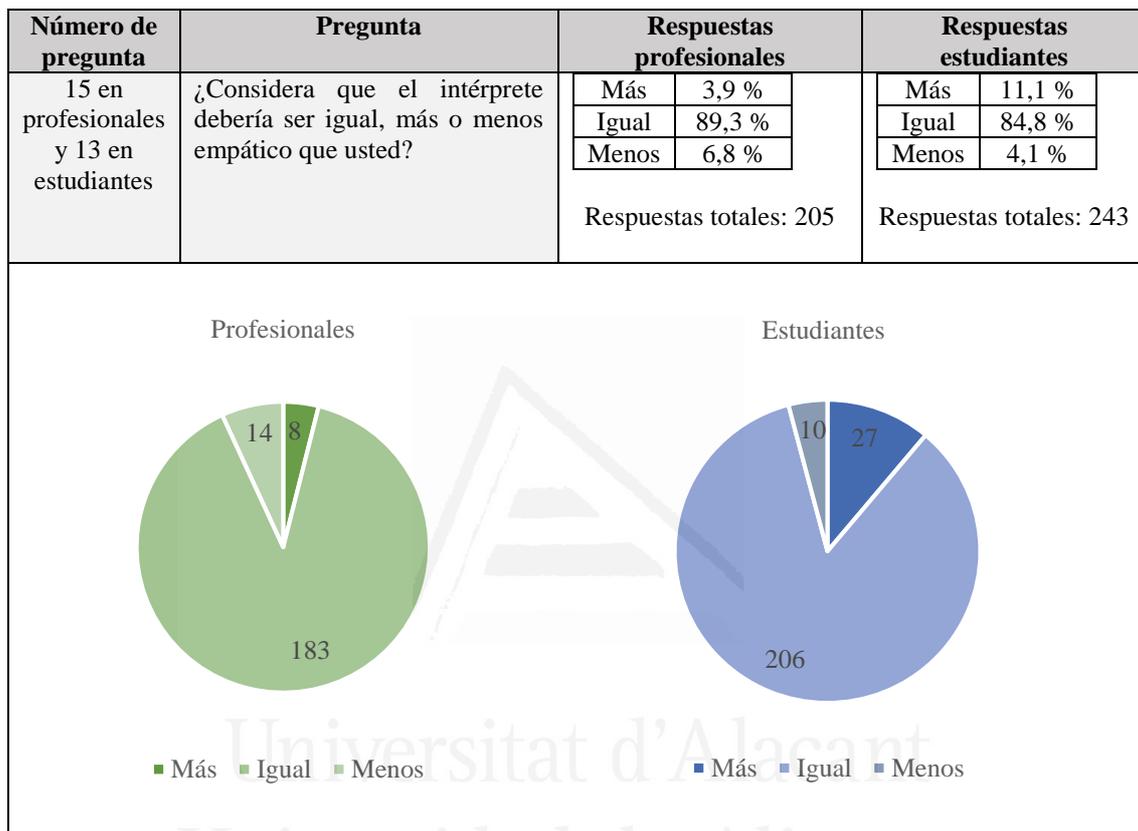


Gráfico 23. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13

A la pregunta sobre si consideran que el intérprete debería ser igual, más o menos empático que el profesional, los dos grupos de informantes coinciden en el porcentaje más alto a la opción de igual (89,3 % / 183 profesionales y 84,8 % / 206 estudiantes). Sin embargo, en las dos opciones restantes, los porcentajes difieren puesto que los profesionales han otorgado un número mayor de respuestas a menos (6,8 % / 14) que a más (3,9 % / 8) y los estudiantes, al contrario. El porcentaje a la opción más en estudiantes (11,1 % / 27) es mayor que el de menos (4,1 % / 10). Los siguientes cuadros recopilan los argumentos de los informantes para justificar sus respuestas:

¿Podría argumentar su respuesta a la pregunta anterior?			
RESPUESTAS PROFESIONALES		RESPUESTAS ESTUDIANTES	
ARGUMENTOS A LA RESPUESTA MÁS		ARGUMENTOS A LA RESPUESTA MÁS	
1	Alguien debe mantener un punto de objetividad.	3	Lo ideal sería el máximo posible aunque no sea su competencia.
3	Porque habla el idioma del paciente y es el que mejor lo entiende.	16	Más porque es el que realmente está generando la conversación verbal con el paciente.
2	Porque si es un familiar o conocido debe ser empático en todo momento y no solo cuando acudimos los sanitarios.	1	Porque creo que yo soy empática pero si el intérprete puede mejorarlo pues mejor porque nadie se puede asumir que no habrá alguien con mayor empatía que tú.
2	Cuanto más empático sea mejor podrá trasladar mi empatía y trasladarme a mí la del paciente.	5	En casos de duelo o comunicar malas noticias debería tener la máxima empatía posible aunque el profesional no la tenga.
		2	Cuanta mayor empatía, mejor.

Cuadro 83. Argumentos para la respuesta a «más» de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13

¿Podría argumentar su respuesta a la pregunta anterior?			
RESPUESTAS PROFESIONALES		RESPUESTAS PROFESIONALES	
ARGUMENTOS A LA RESPUESTA IGUAL		ARGUMENTOS A LA RESPUESTA IGUAL	
89	Mantener la empatía es básico en estas situaciones porque el intérprete forma parte del proceso también.	46	Si el intérprete no es empático se perderá mucha información que afectaría a la comunicación.
45	Mantener la empatía igual es importante.	102	Entiendo al traductor como una extensión del terapeuta y deben hilar muy fino juntos.
6	Necesito que sea igual para poder entenderlo bien.	16	Es necesario para una buena intervención.
1	No hay que sobrereactuar ni que sea menos empático.	16	Es necesario para poder trabajar cómodamente con el intérprete.
32	Es la manera más fiel y exacta de trasladar el mensaje	21	Esencial para entender cómo el paciente está viviendo su experiencia.
1	Tiene que respetar el tono y la expresión no verbal.	5	Para estar todos en el mismo plano de la comunicación.
5	Es lo mejor para trabajar en equipo.	de Alicante	
1	Igual porque es una estrategia para adaptarme y ver lo que entiende y lo que no y cómo fluye la comunicación.		
1	Igual porque su presencia también influye en el clima y el acompañamiento del paciente.		
1	Igual porque si fuese menos creo que no me gustaría.		
1	Igual porque tiene que tener capacidad de entender al otro y comprender lo que dice, lo que siente y lo que necesita. Sin ser empático eso no es posible.		

Cuadro 84. Argumentos para la respuesta a «igual» de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13

¿Podría argumentar su respuesta a la pregunta anterior?			
RESPUESTAS PROFESIONALES		RESPUESTAS PROFESIONALES	
ARGUMENTOS A LA RESPUESTA MENOS		ARGUMENTOS A LA RESPUESTA MENOS	
3	El terapeuta soy no y no el intérprete	1	No sería necesaria la intervención del intérprete más allá de traducir el idioma y expresarlo de manera apropiada a la situación.
1	Debe hacer el trabajo que se le asignó (interpretar) y si es más empático quizás se mezclen sentimientos y no se traduzca como es debido.	8	Se tiene que limitar a la traducción.
1	Porque el intérprete es un medio y no es imprescindible que sea empático siempre y cuando sea capaz de transmitir correctamente los matices de la conversación. Aunque haya intérprete yo sigo estando atento al lenguaje no verbal del paciente.	1	Menos porque acude en ocasiones puntuales.
6	Puede no saber gestionar las emociones generadas de esa empatía.		
3	No creo que se le pueda pedir empatía al intérprete pero sería de ayuda que lo fuese.		

Cuadro 85. Argumentos para la respuesta a «menos» de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 15/13

En cuanto a los argumentos para la postura de que el intérprete debería ser más empático que el proveedor del servicio, los profesionales consideran que si es un familiar debería serlo no solo en el momento de la consulta sino en todo momento. Además, creen que el hecho de compartir la lengua del paciente ya le otorga una mayor empatía y así debería serlo para poder trasladar la de las dos partes (*cuanto más empático sea mejor podrá trasladar mi empatía y trasladarme a mí la del paciente*). En esta línea, los estudiantes creen que debe ser más empático porque *es el que genera la conversación verbal* y puede mejorar la comunicación si el profesional no es empático.

El cuadro anterior recopila los argumentos de los informantes que han marcado el porcentaje más alto otorgándolo a la opción de que el intérprete debe ser igual de empático que el proveedor de servicios. Como se puede observar, la mayoría de ellos creen que es básico que el intérprete mantenga el mismo nivel de empatía por formar parte de la situación, del acompañamiento y porque su presencia también influye en el trabajo en equipo. Otros argumentos han hecho referencia a la necesidad de ser igual de empático para trasladar el mensaje con fidelidad y exactitud. Además, un informante argumenta la necesidad de tener una actitud empática para ser capaz de comprender y atender las necesidades de los interlocutores. Por otro lado, el argumento de mayor peso para los estudiantes que han seleccionado la opción de que el intérprete debe ser igual es *porque lo consideran una extensión del terapeuta y deben hilar muy fino juntos* para que no se pierda información, poder hacer una buena intervención, entender cómo está el paciente viviendo su experiencia y trabajar con comodidad.

Finalmente, los argumentos de los profesionales para la postura de que el intérprete debe ser menos empático hacen referencia a que quizá no sabría gestionar las emociones generadas de un exceso de empatía y a que dicha capacidad no tiene porqué formar parte del trabajo del intérprete. Para los estudiantes, el intérprete debe limitarse a la interpretación y, en palabras de un informante, *ceñirse a traducir el idioma y expresarlo de manera apropiada a la situación*.

Por tanto, aunque la mayoría de respuestas hayan sido para la opción igual por considerar la empatía un elemento esencial del proceso y al intérprete como un miembro que influye en la comunicación, también hay argumentos sobre si la empatía forma parte o no de las capacidades del intérprete que dejan entrever el desconocimiento del papel del intérprete. Asimismo, argumentos sobre si el intérprete debería ser más empático en contextos de final de vida y duelo si el profesional no es demasiado empático, sobre si el intérprete puede mejorar dicha empatía o sobre la gestión de las emociones que se desprenden de la empatía son indicadores de la necesidad de plantear estas cuestiones y debatirlas con todos los interlocutores para sacar conclusiones más claras. Por este motivo, en esta investigación también encuestamos y entrevistamos a otros grupos de informantes para obtener un plano general de cada participante en contextos de final de vida y duelo.

La última pregunta de este quinto bloque versa sobre la comunicación terapéutica y si el intérprete debe tener conocimientos sobre la misma.

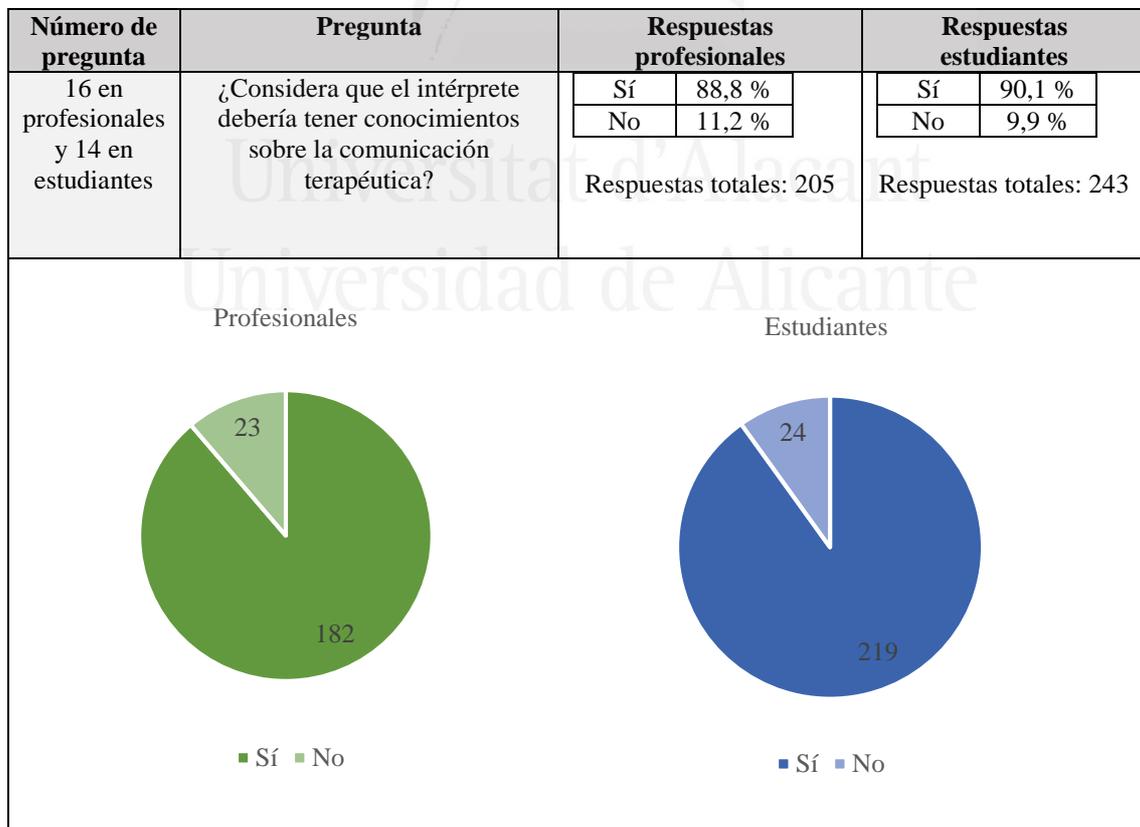


Gráfico 24. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 5 pregunta 16/14

Como se ha observado a lo largo de los capítulos anteriores, la empatía es clave en la comunicación terapéutica en la atención a pacientes, familiares y dolientes en situaciones de final de vida y duelo. Por ello, decidimos pedir la opinión de los profesionales y estudiantes acerca de si es importante que el intérprete esté formado en dicha comunicación. Ambos grupos otorgaron el porcentaje mayor a la respuesta afirmativa (88,8 % / 182 profesionales y 90,1 % / 219 estudiantes).

En la encuesta a profesionales se añadió una pregunta sobre la gestión de la comunicación y los turnos del diálogo cuando el intérprete está presente. Por este motivo solo se incluyó en esta encuesta y no en la de estudiantes ya que buscábamos conocer la opinión de los profesionales en activo y que ya han trabajado con intérpretes.

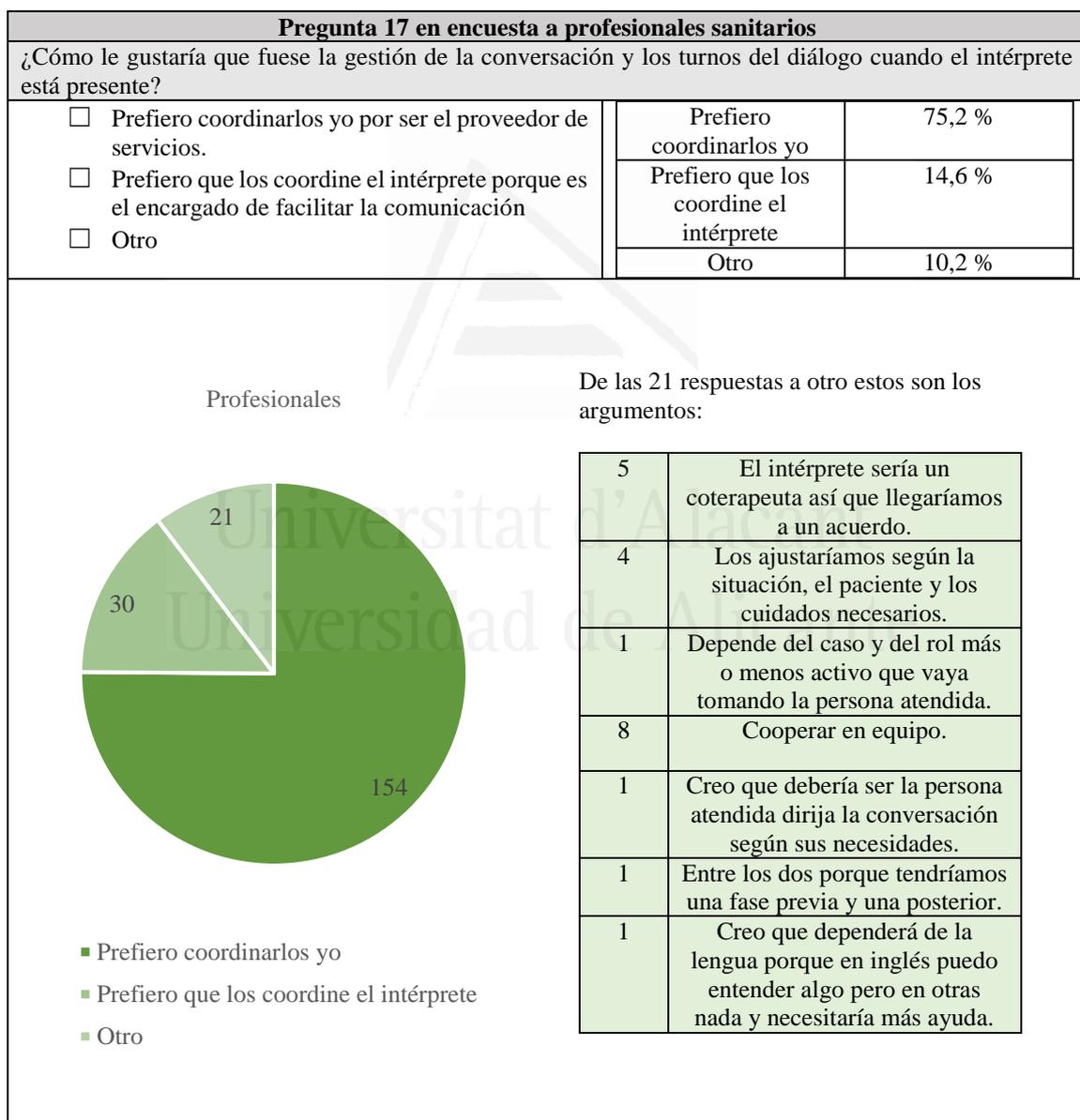


Gráfico 25. Respuestas de los profesionales al bloque 6 pregunta 17

Los profesionales tenían que elegir entre tres opciones de respuesta: si preferían coordinarlos ellos, si preferían que los coordinase el intérprete o se decantaba por otro modo de gestión. La mayoría eligió que preferían coordinarlos ellos por ser los proveedores del servicio (75,2 % / 154 de 205). No obstante, un porcentaje bastante más bajo (14,6 % / 30) le gustaría que fuese el intérprete quien los coordinase y otro porcentaje similar (10,2 % / 21) consideró que utilizaría otros modos de gestión que también se nombran en el gráfico anterior y que están referidos al rol del intérprete y la necesidad de ajustar la gestión a la situación, al caso y al equipo. Conviene resaltar que 5 informantes, de 21 que habían señalado la opción otro, consideran al intérprete como un coterapeuta y que tendrían que llegar a un acuerdo sobre la gestión de la conversación. De esta línea sobre el rol del intérprete versa el siguiente bloque de preguntas.

Pregunta 18 en encuesta a profesionales sanitarios		
De los posibles papeles que podría adoptar el intérprete, ¿cuál/cuáles esperaba que desempeñase?		
<input type="checkbox"/> Conducto (se limita al trasvase de información, no se involucra, rol neutral)	Conducto	5,3 %
<input type="checkbox"/> Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas, pero mantiene un rol neutral)	Clarificador	6,8 %
<input type="checkbox"/> Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar malentendidos culturales y lingüísticos)	Mediador	24,4 %
<input type="checkbox"/> Defensor del bienestar del paciente	Defensor del bienestar del paciente	2,5 %
<input type="checkbox"/> Defensor del bienestar del profesional		
<input type="checkbox"/> Intérprete-asistente-ayudante (interpretación de la consulta, interviene para aclaraciones culturales, lingüísticas o personales (si conoce al paciente), facilita la cooperación entre los involucrados y realiza funciones como: desplazamiento, seguimiento y/o renarración de la consulta).	Defensor del bienestar del profesional	0,5 %
<input type="checkbox"/> Otro	Intérprete-asistente-ayudante	59,5 %
	Otro	1 %

Cuadro 86. Respuestas de los profesionales al bloque 7 pregunta 18

En esta pregunta se han recopilados los roles descritos en el marco teórico, y también utilizados en la encuesta a las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones, para conocer su opinión sobre el rol que esperan los profesionales de final de vida y duelo que adopte el intérprete. En sus respuestas se observa que el rol que más han señalado ha sido el de intérprete-asistente-ayudante (59,5 % / 122), seguido del de mediador (24,4 % / 50), clarificador (6,8 % / 14), conducto (5,3 % / 11), defensor del bienestar del paciente (2,5 % / 5), otro (1 % / 2) y defensor del bienestar del profesional (0,5 % / 1). De los dos informantes que han optado por la opción otros, uno ha indicado que no le preocupa tanto el papel sino la neutralidad y, el otro, prefiere un rol más activo, aunque no solo a nivel lingüístico, si el intérprete conoce a la persona y cree que el terapeuta está cometiendo algún malentendido. Esta información se resume en el gráfico siguiente:

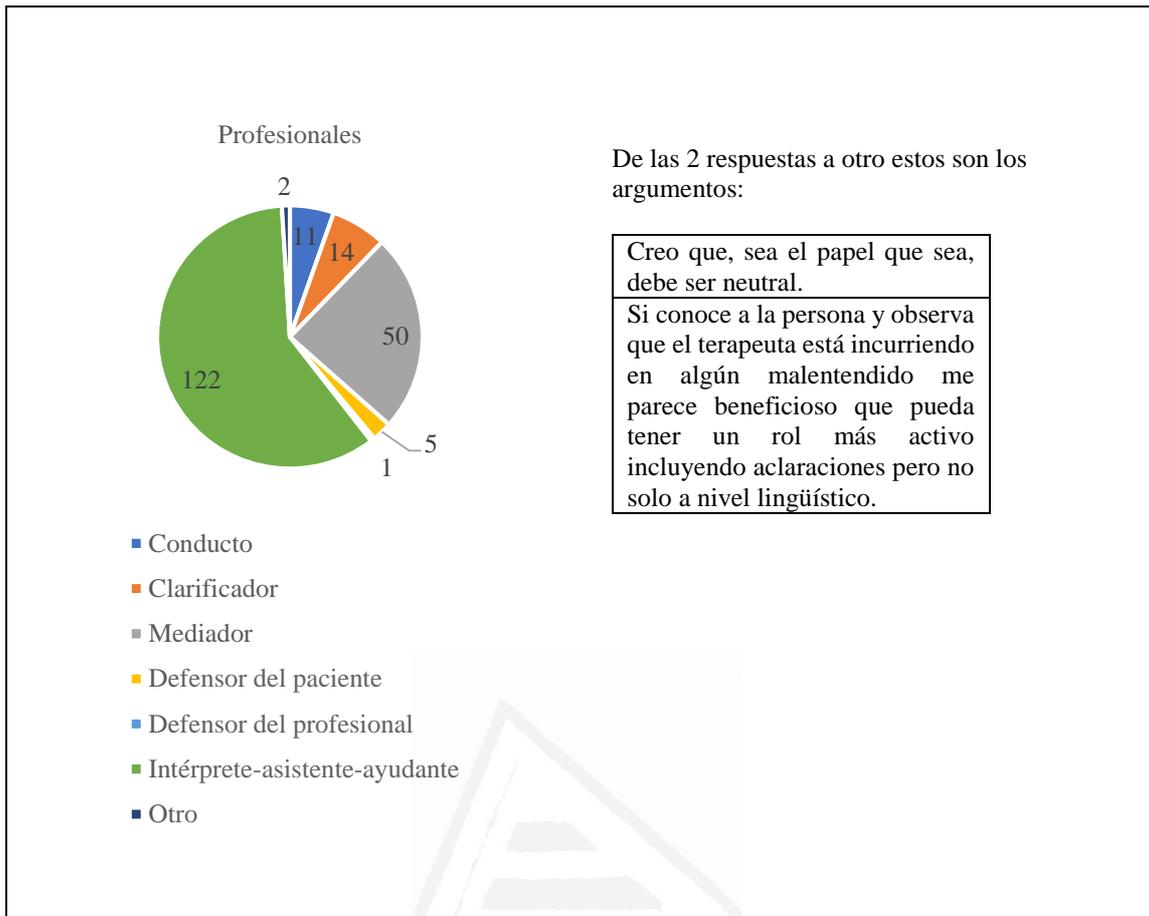


Gráfico 26. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 7 pregunta 18

Además de ahondar en el papel del intérprete, la pregunta 19 a los profesionales está formulada con la intención de conocer cómo se sienten más cómodos: si el intérprete adopta la primera o la tercera persona. Los resultados están ajustados entre una opción y la otra, aunque sobrepasa por un 4,4 % la opción de la primera persona como presentamos en el siguiente gráfico:

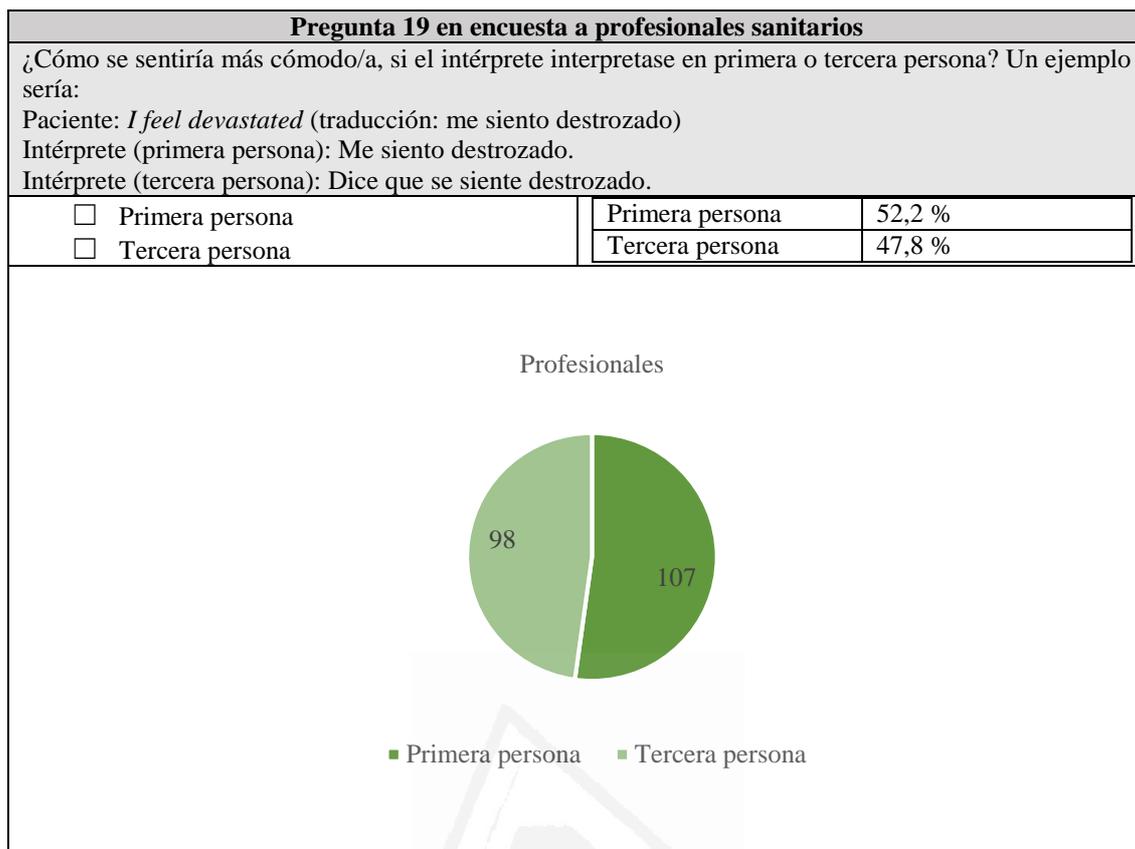


Gráfico 27. Respuestas de los profesionales al bloque 7 pregunta 19

Estos resultados también demuestran la necesidad de un debate entre todos los interlocutores para plantear distintos puntos de vista y reflexiones. Esta investigación pretende contribuir a ello.

A continuación, se exponen las preguntas del bloque octavo relativo a las expectativas de los profesionales sobre la calidad de la interpretación con los parámetros que hemos incluido en el modelo de las cinco vertientes.

Número de pregunta (20 en profesionales y 15 en estudiantes)																
Pregunta: En una escala del 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, otorgue una valoración según sus expectativas sobre la calidad de la interpretación en cada uno de estos parámetros:																
Parámetros	Respuestas profesionales (total = 205 respuestas)				Respuestas estudiantes (total = 243 respuestas)											
<input type="checkbox"/> Transmisión completa del mensaje	5	1 %	8	10,7 %	5	0 %	8	15,2 %	6	1,6 %	9	17,7 %	7	4,9 %	10	60,5 %
<input type="checkbox"/> Transmisión correcta del mensaje	5	0 %	8	9,8 %	5	0 %	8	9,5 %	6	0 %	9	19,3 %	7	2,5 %	10	68,7 %
<input type="checkbox"/> Conocimientos de la terminología específica	5	1,5 %	8	23,9 %	5	3,4 %	8	19,3 %	6	7 %	9	19,3 %	7	14 %	10	37 %
<input type="checkbox"/> Fluidez en la transmisión del mensaje	5	2 %	8	20,5 %	5	0,8 %	8	22,6 %	6	2,1 %	9	24,3 %	7	10,7 %	10	39,5 %
<input type="checkbox"/> Respeto por las emociones	5	0 %	8	7,8 %	5	0 %	8	10,7 %	6	1,2 %	9	17,7 %	7	3,7 %	10	66,7 %
<input type="checkbox"/> Transmisión de confianza	5	0 %	8	11,7 %	5	0 %	8	11,9 %	6	0,8 %	9	18,5 %	7	2,5 %	10	66,3 %
<input type="checkbox"/> Transmisión de comodidad	5	1 %	8	12,1 %	5	0 %	8	8,6 %	6	1,2 %	9	23,5 %	7	4,5 %	10	62,1 %
<input type="checkbox"/> Transmisión de naturalidad	5	0 %	8	14,1 %	5	0,8 %	8	16 %	6	1,2 %	9	25,5 %	7	6,7 %	10	49,8 %
<input type="checkbox"/> Confidencialidad	5	0 %	8	6,3 %	5	0 %	8	4,9 %	6	0 %	9	15,3 %	7	1,2 %	10	78,6 %

Cuadro 87. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 8 pregunta 20/15

Esta pregunta está planteada para que se pueda responder en una escala del 0 (no importa en absoluto) al 10 (muy importante) cada parámetro. Los nueve parámetros han obtenido respuestas en la escala del 5 al 10 por lo que todos los informantes los consideran de importantes a muy importantes. Además, en todos los parámetros, la puntuación más alta (10 puntos) ha obtenido el mayor porcentaje, seguida en orden descendente hasta el punto 5. El parámetro de confidencialidad ha obtenido una puntuación de los profesionales de entre 8 y 10 y de los estudiantes entre 7 y 10. El respeto por las emociones, la transmisión de naturalidad y la de confianza en los profesionales también han sido valoradas entre un 7 y un 10 así como la transmisión correcta del mensaje en los estudiantes.

El parámetro que más elevado ha obtenido el porcentaje en la puntuación 10 ha sido el de confidencialidad con un 87,4 % (179) por los profesionales y un 78,6 % (191) por los estudiantes. Los parámetros cuya máxima puntuación ha estado entre un 60 y un 70 % han sido: transmisión completa del mensaje (63,4 % / 130 profesionales y 60,5 % / 147 estudiantes), transmisión correcta del mensaje (64,9 % / 133 profesionales y 68,7 % / 167 estudiantes), respeto por las emociones (69,8 % / 143 profesionales y 66,7 % / 162 estudiantes), transmisión de confianza (70,2 % / 144 profesionales y 66,3 % / 161 estudiantes) y transmisión de comodidad (63,9 % / 131 profesionales y 62,1 % / 151 estudiantes). Por otro lado, los parámetros cuya puntuación máxima ha estado por debajo del 60 % han sido: conocimientos de la terminología específica (44,4 % / 91 profesionales y 37 % / 90 estudiantes), fluidez en la transmisión del mensaje (45,9 % / 94 profesionales y 39,5 % / 96 estudiantes) y transmisión de naturalidad (57,1 % / 117 profesionales y 49,8 % / 121 estudiantes). Los dos siguientes gráficos resumen las respuestas a esta pregunta:

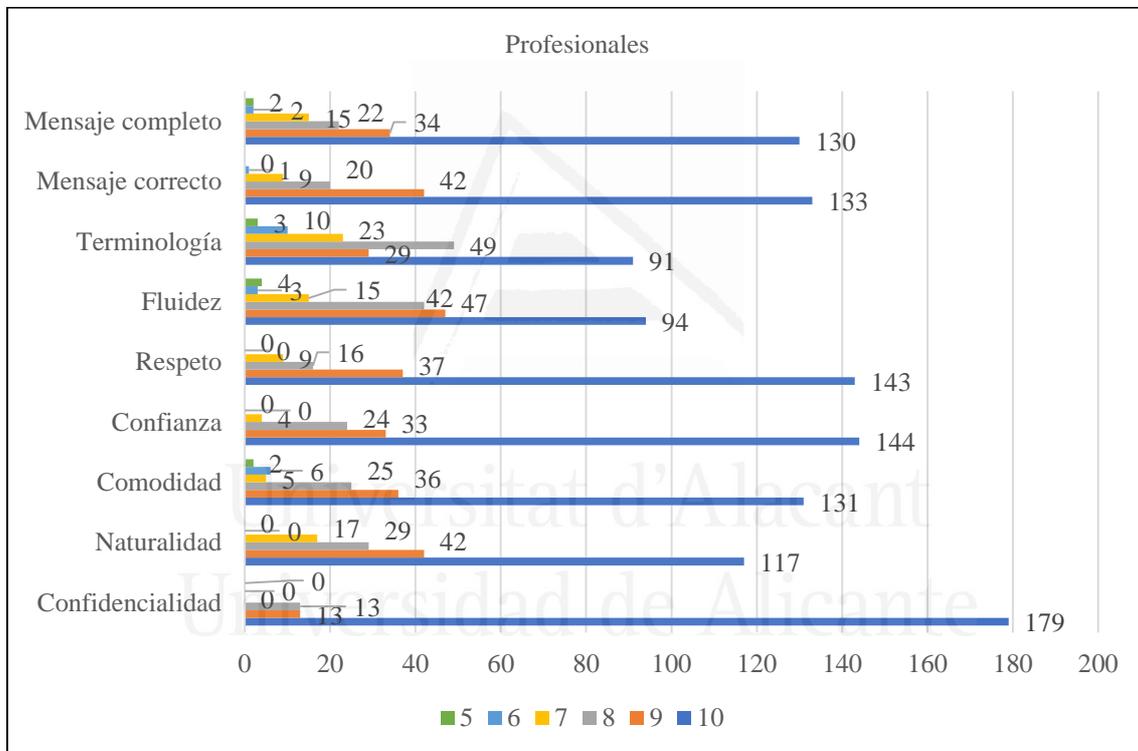


Gráfico 28. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 8 pregunta 20

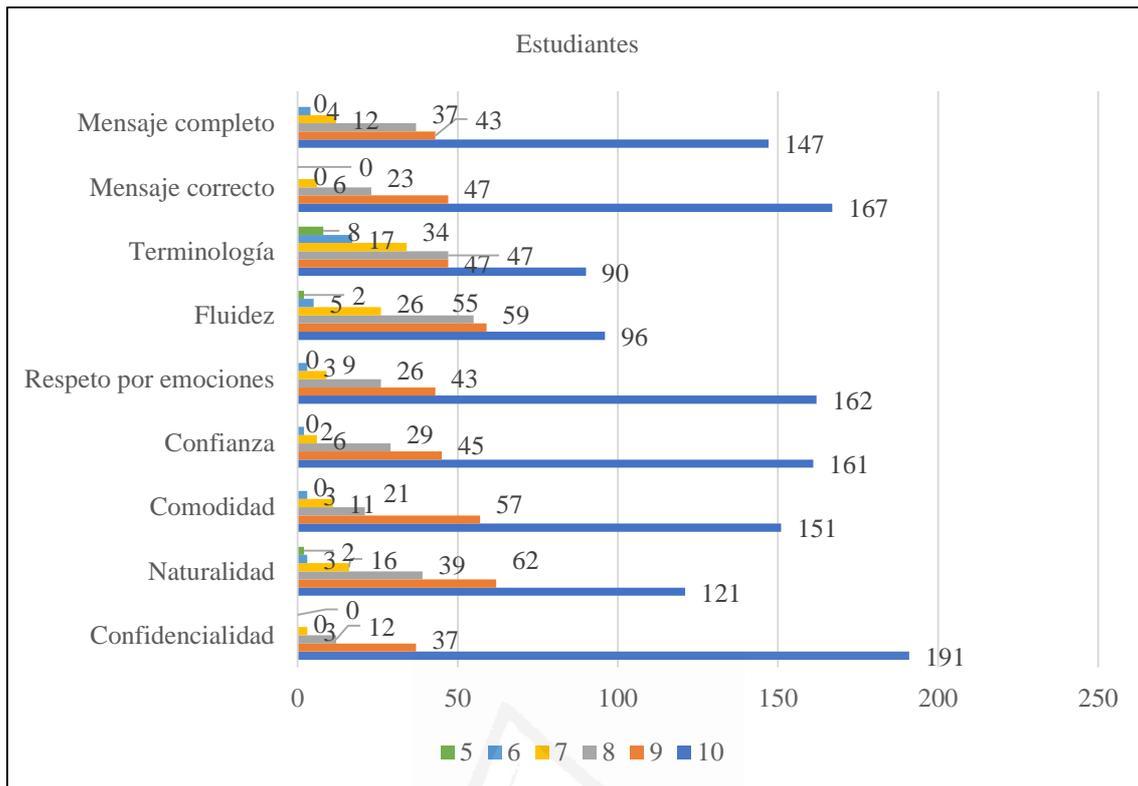


Gráfico 29. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 8 pregunta 15

Las dos siguientes preguntas de este octavo bloque plantean dos situaciones distintas. En la primera se plantea si el que el paciente y el intérprete se conozca podría afectar a los parámetros planteados y la segunda si el que el intérprete y el profesional hayan trabajado juntos anteriormente puede contribuir de manera positiva o negativa.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Número de pregunta (21 en profesionales y 16 en estudiantes)				
Pregunta: ¿Considera que si el intérprete y el paciente se conocen (bien porque ya ha interpretado más veces para el mismo paciente o bien porque es el paciente quien trae al intérprete) puede afectar de manera positiva o negativa a alguno de los siguientes parámetros?				
Parámetros	Respuestas profesionales (total = 205 respuestas)		Respuestas estudiantes (total = 243 respuestas)	
<input type="checkbox"/> Precisión de la terminología de especialidad	Positiva	72,2 %	Positiva	65,8 %
	Negativa	11,2 %	Negativa	10,7 %
	No afectaría	16,6 %	No sabe/no contesta	23,5 %
<input type="checkbox"/> Exactitud del mensaje	Positiva	73,2 %	Positiva	67,5 %
	Negativa	13,2 %	Negativa	12 %
	No afectaría	13,6 %	No sabe/no contesta	20,5 %
<input type="checkbox"/> Mayor respeto por las emociones y mayor empatía	Positiva	85,4 %	Positiva	87,2 %
	Negativa	5,4 %	Negativa	2,5 %
	No afectaría	9,2 %	No sabe/no contesta	10,3 %
<input type="checkbox"/> Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente	Positiva	92,7 %	Positiva	90,1 %
	Negativa	3,4 %	Negativa	2,1 %
	No afectaría	3,9 %	No sabe/no contesta	7,8 %
<input type="checkbox"/> Mejor conocimiento del estado emocional del paciente	Positiva	90,2 %	Positiva	86,4 %
	Negativa	6,8 %	Negativa	2,9 %
	No afectaría	3 %	No sabe/no contesta	10,7 %
<input type="checkbox"/> Mejor gestión de la comunicación	Positiva	84,9 %	Positiva	88,9 %
	Negativa	5,9 %	Negativa	2 %
	No afectaría	9,2 %	No sabe/no contesta	9,1 %
<input type="checkbox"/> Mayor comodidad en la relación intérprete-paciente	Positiva	94,2 %	Positiva	89,7 %
	Negativa	3,4 %	Negativa	2,9 %
	No afectaría	2,4 %	No sabe/no contesta	7,4 %
<input type="checkbox"/> Reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente	Positiva	96,1 %	Positiva	90,1 %
	Negativa	3,9 %	Negativa	2,5 %
	No afectaría	0 %	No sabe/no contesta	7,4 %

Cuadro 88. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 8 pregunta 21/16

Todos los informantes han indicado que el que el intérprete y el paciente se conozcan, bien porque el intérprete ya ha interpretado para el mismo paciente o bien porque el paciente es el que trae al intérprete, influye de manera positiva en los ocho parámetros analizados. No obstante, es necesario tener en cuenta que la opción de respuesta negativa y la de no afectaría en los profesionales y la de no sabe / no contesta en la de estudiantes también han sido elegidas por parte de los informantes a excepción del último parámetro (reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente) que no ha sido marcado por ningún profesional.

Los parámetros cuya respuesta positiva es mayor de un 90 % son mejor conocimiento del entorno situacional del paciente (92,7 % / 190 profesionales y 90,1 % / 219 estudiantes), mejor conocimiento del estado emocional del paciente (90,2 % / 185 profesionales), mayor comodidad en la relación intérprete-paciente (94,2 % / 193 profesionales) y reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente (96,1 % / 197 profesionales y 90,1 % / 219 estudiantes). Tras estos porcentajes, entre un 80 y 90 % para la respuesta positiva se encuentran los parámetros de mayor respeto por las emociones y mayor empatía (85,4 % / 175 profesionales y 87,2 % / 212 estudiantes), mejor conocimiento del entorno situacional del paciente (87,2 % / 219 estudiantes), mejor conocimiento del estado emocional del paciente (86,4 % / 210 estudiantes), mejor gestión de la comunicación (84,9 % / 174 profesionales y 88,9 % / 216 estudiantes) y mayor comodidad en la relación intérprete-paciente (89,7 % / 218 estudiantes). En el resto de parámetros, la respuesta positiva ha obtenido un porcentaje entre el 65 % y 75 % como se observa en precisión de la terminología de especialidad (72,2 % / 148 profesionales y 65,8 % / 160 estudiantes) y en exactitud del mensaje (73,2 % / 150 profesionales y 67,5 % / 164 estudiantes).

Por otro lado, los parámetros cuya respuesta negativa ha obtenido un porcentaje mayor del 10 % han sido «precisión de la terminología de especialidad» (11,2 % / 23 profesionales y 10,7 % / 26 estudiantes) y «exactitud del mensaje» (13,2 % / 27 profesionales y 12 % / 29 estudiantes). Para el resto de parámetros, la opción de respuesta negativa oscila entre un 2 % (5) de los estudiantes para el parámetro «mejor gestión de la comunicación» y un 6,8 % (14) de los profesionales para «mejor conocimiento del estado emocional del paciente». Por tanto, por orden ascendente de menor a mayor afectación negativa entre estos porcentajes estarían «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» (2,1 % / 5 estudiantes), «mayor respeto por las emociones y mayor empatía» (2,5 % / 6 estudiantes), «reducción del nivel de estrés» (2,5 % / 6 estudiantes), «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» (2,9 % / 7 estudiantes), «mayor comodidad en la relación intérprete-paciente» (2,9 % / 7 estudiantes), «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» (3,4 % / 7 profesionales), «mayor comodidad en la relación intérprete-paciente» (3,4 % / 7 profesionales), «reducción del nivel de estrés» (3,9 % / 8 profesionales), «mayor respeto por las emociones y mayor empatía» (5,4 % / 11 profesionales), «mejor gestión de la comunicación» (5,9 % / 12 profesionales) y «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» (6,8 % / 14 profesionales).

Por último, la opción de respuesta «no afectaría» en la encuesta de profesionales que ha obtenido el porcentaje más elevado es la «precisión de la terminología» con un 16,6% (34), seguida en orden descendente de la «exactitud del mensaje» con un 13,6 % (28), «mayor respeto por las emociones» y «mayor empatía» con un 9,2 % (19) al igual que «mejor gestión de la comunicación», «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» con un 3,9 % (8), «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» con un 3 % (6) y «mayor comodidad en la relación intérprete-paciente» con un 2,4 % (5).

Finalmente, también es reseñable el porcentaje de estudiantes que han optado por la opción de «no sabe / no contesta» con un mayor porcentaje para el parámetro «precisión de la terminología de especialidad» con un 23,5 % (57), seguido de la «exactitud del mensaje» con un 20,5 % (50), «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» con un 10,7 % (26), «mayor respeto por las emociones y mayor empatía» con un 10,3 % (25), «mejor gestión de la comunicación» con un 9,1 % (22), «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» con un 7,8 % (19) y «mayor comodidad en la relación intérprete-paciente» con un 7,4 % (18) al igual que «reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente».

Los siguientes dos gráficos recopilan las respuestas a esta pregunta:

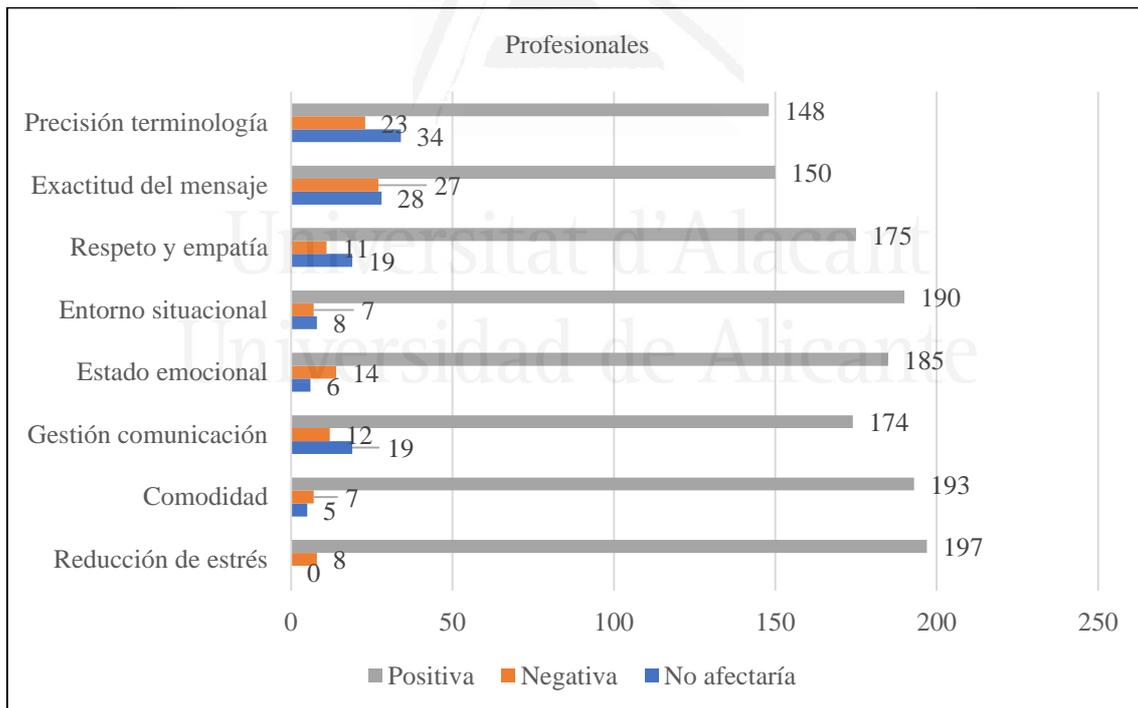


Gráfico 30. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 8 pregunta 21

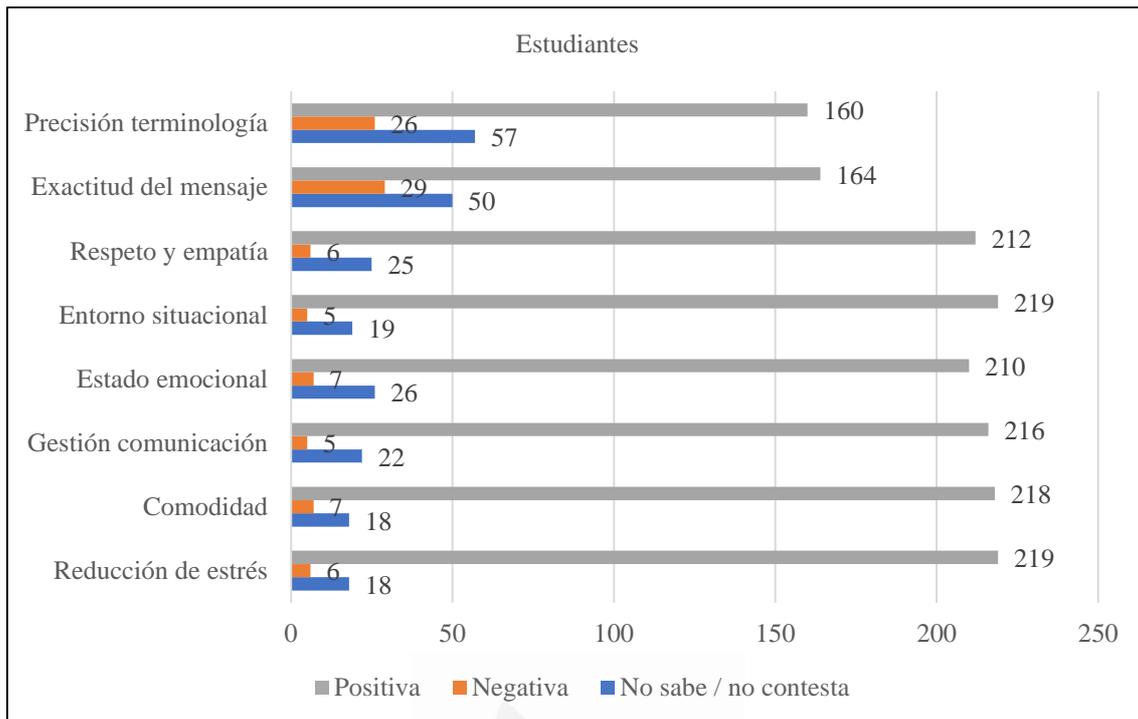


Gráfico 31. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 8 pregunta 16

La última pregunta de este octavo bloque plantea otro escenario a los informantes sobre la afectación que podría tener el que el intérprete y el profesional ya hayan trabajado juntos anteriormente para los mismos parámetros que en la pregunta anterior.

Número de pregunta (22 en profesionales y 17 en estudiantes)				
Pregunta: ¿Considera que si el intérprete y el profesional se conocen (porque han trabajado juntos anteriormente) puede afectar de manera positiva o negativa a alguno de los siguientes parámetros?				
Parámetros	Respuestas profesionales (total = 205 respuestas)		Respuestas estudiantes (total = 243 respuestas)	
<input type="checkbox"/> Precisión de la terminología de especialidad	Positiva	79,5 %	Positiva	76,5 %
	Negativa	2,5 %	Negativa	4,5 %
	No afectaría	18 %	No sabe/no contesta	18,5 %
<input type="checkbox"/> Exactitud del mensaje	Positiva	83,4 %	Positiva	81,9 %
	Negativa	2 %	Negativa	6,2 %
	No afectaría	14,6 %	No sabe/no contesta	11,9 %
<input type="checkbox"/> Mayor respeto por las emociones y mayor empatía	Positiva	84,9 %	Positiva	82,3 %
	Negativa	2 %	Negativa	2,5 %
	No afectaría	13,1 %	No sabe/no contesta	15,2 %
<input type="checkbox"/> Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente	Positiva	83,4 %	Positiva	79 %
	Negativa	2,9 %	Negativa	3,7 %
	No afectaría	13,7 %	No sabe/no contesta	17,3 %
<input type="checkbox"/> Mejor conocimiento del estado emocional del paciente	Positiva	80 %	Positiva	79,4 %
	Negativa	3,4 %	Negativa	2,9 %
	No afectaría	16,6 %	No sabe/no contesta	17,7 %
<input type="checkbox"/> Mejor gestión de la comunicación	Positiva	89,8 %	Positiva	91 %
	Negativa	2 %	Negativa	1,2 %
	No afectaría	8,2 %	No sabe/no contesta	7,8 %
<input type="checkbox"/> Mayor comodidad en la relación intérprete-profesional	Positiva	92,7 %	Positiva	93,4 %
	Negativa	1,5 %	Negativa	0,8 %
	No afectaría	5,8 %	No sabe/no contesta	5,8 %
<input type="checkbox"/> Reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente	Positiva	93,7 %	Positiva	89,7 %
	Negativa	6,3 %	Negativa	2,5 %
	No afectaría	0 %	No sabe/no contesta	7,8 %

Cuadro 89. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 8 pregunta 22/17

Al igual que en el escenario de la pregunta anterior (si el intérprete y el paciente se conocen), para esta situación todos los porcentajes de respuesta «positiva» han sido los más elevados siendo el más bajo el de «precisión de la terminología de especialidad» de un 76,5 % (186) de estudiantes y el más alto el de «reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente» con un 93,7 % (192) de profesionales. Entre este rango de porcentajes se encuentran de mayor a menor «mayor comodidad en la relación intérprete-profesional» con un 93,4 % (227) de estudiantes y un 92,7 % (190) de profesionales, «mejor gestión de la comunicación» con un 91 % (221) de estudiantes y un 89,8 % (184) de profesionales, «reducción del nivel de estrés» con un 89,7 % (218) de estudiantes, «mayor respeto por las emociones y mayor empatía» con un 84,9 % (174) de profesionales, «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» y «exactitud del mensaje» con un 83,4 % (171) de profesionales, «mayor respeto por las emociones y

mayor empatía» con un 82,3 % (200) de estudiantes, «exactitud del mensaje» con un 81,9 % (199) de estudiantes, «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» con un 80 % (164) de profesionales, «precisión de la terminología» con un 79,5 % (163) de profesionales, «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» con un 79,4 % (193) de estudiantes, «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» con un 79 % (192) de estudiantes y «precisión de la terminología de especialidad» con un 76,5 % (186) de estudiantes.

A pesar de que el parámetro «reducción de nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente» ha recibido el porcentaje más alto a la opción «positiva», también lo ha sido para la opción «negativa» en comparación con los demás parámetros, obteniendo un 6,3 % (13) y quedando la opción de «no afectaría» sin ningún voto. Para el resto de parámetros, la opción de que afectaría de manera «negativa» oscila entre un 6,2 % (15) de los estudiantes a la «exactitud del mensaje» y un 0,8 % (2) de los estudiantes para «mayor comodidad en la relación intérprete-profesional». Entre este rango y de modo descendente se situaría el parámetro de «precisión de la terminología de especialidad» con un 4,9 % (12) de los estudiantes, seguido de «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» con un 3,7 % (9) de estudiantes, «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» con un 3,4 % (7) de profesionales y 2,9 % (7) de estudiantes, «mejor conocimiento del entorno situacional» con un 2,9 % (6) de profesionales, «mayor respeto por las emociones» y «mayor empatía y reducción del nivel de estrés» con un 2,5 % (6) de los estudiantes, «precisión de la terminología de especialidad» con un 2,5 % (5) de profesionales, «exactitud del mensaje» y «mejor gestión» con un 2 % (4) de los profesionales, «mayor comodidad en la relación intérprete-profesional» con un 1,5 % (3) de profesionales y «mejor gestión de la comunicación» con un 1,2 % (3) de estudiantes.

Por otro lado, el parámetro «precisión de la terminología de especialidad» si el intérprete y el profesional se conocen, ha recibido el mayor porcentaje de la opción «no afectaría», comparado con esta opción en el resto de parámetros en la encuesta de profesionales con un 18 % (37). Le sigue el parámetro «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» con un 16,6 % (34), «exactitud del mensaje» con un 14,6 % (30), «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» con un 13,7 % (28), «mayor respeto por las emociones» y «mayor empatía» con un 13,1 % (27), «mejor gestión de la comunicación» con un 8,3 % (17) y «mayor comodidad en la relación intérprete-profesional» con un 5,8 % (12).

Por último, los porcentajes a la opción de respuesta «no sabe / no contesta» en la encuesta a estudiantes van desde 18,5 % (45) para el parámetro «precisión de la terminología de especialidad» hasta el 5,8 % (14) para «mayor comodidad en la relación intérprete-profesional» quizá por no haber tenido experiencia previa. Entre este rango de porcentajes se encuentran, de mayor a menor, los parámetros de «mejor conocimiento del estado emocional del paciente» con un 17,7 % (43), «mejor conocimiento del entorno situacional del paciente» con un 17,3 % (42), «mayor respeto por las emociones» y «mayor empatía»

con un 15,2 % (37), «exactitud del mensaje» con un 11,9 % (29) y «mejor gestión de la comunicación» y «reducción del nivel de estrés» con un 7,8 % (19).

Los dos siguientes gráficos resumen la información aportada a esta pregunta:

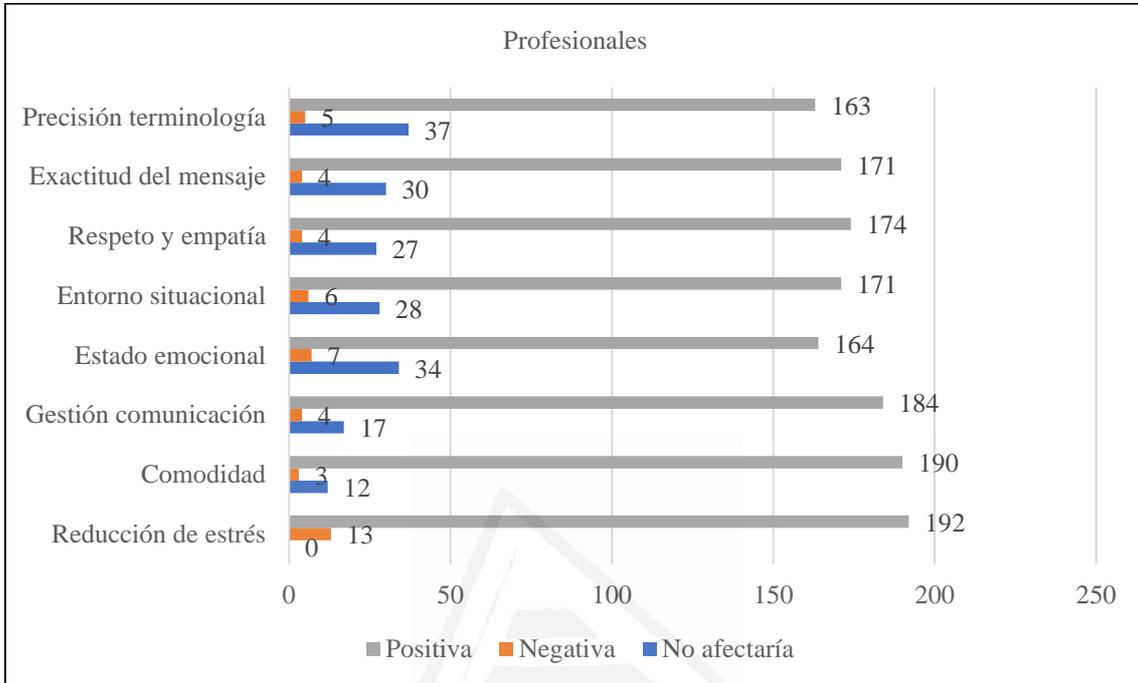


Gráfico 32. Resumen de las respuestas de los profesionales al bloque 8 pregunta 22

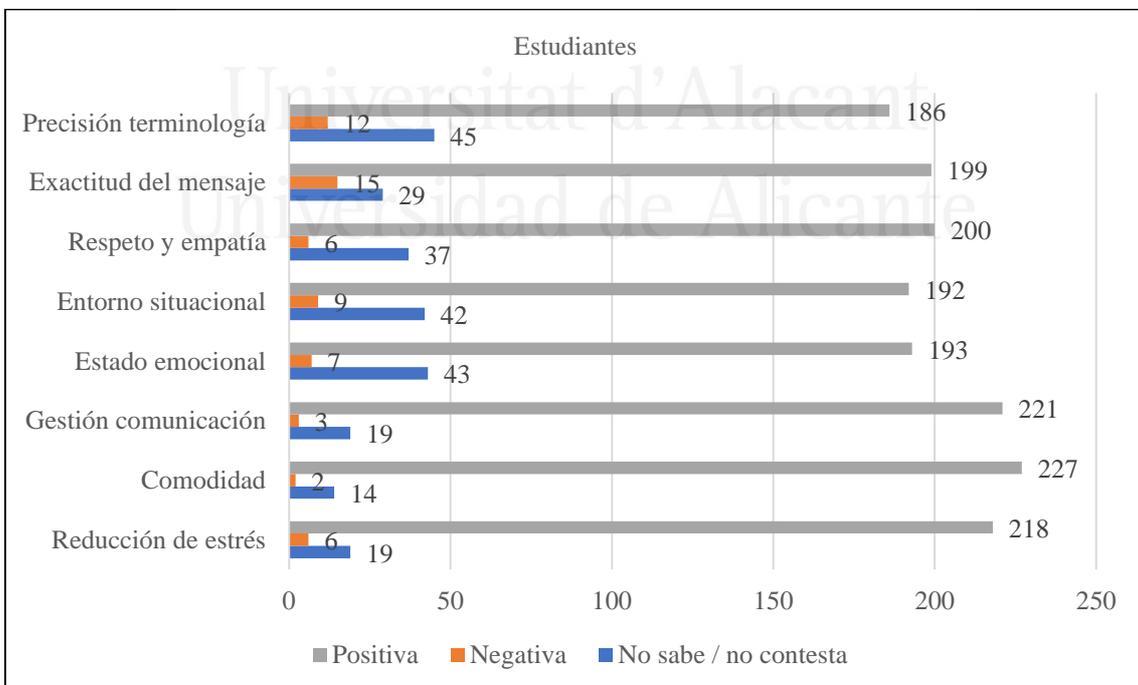


Gráfico 33. Resumen de las respuestas de los estudiantes al bloque 8 pregunta 17

Tras la revisión de las respuestas a las dos situaciones planteadas en las preguntas 21/16 (intérprete y paciente se conocen) y 22/17 (intérprete y profesional se conocen), observamos que, para los profesionales y estudiantes, el que el intérprete y el paciente se conozcan es un dato positivo para las cuestiones relacionadas con las emociones, el entorno situacional y la gestión de la comunicación. Sin embargo, cuando son el profesional y el intérprete los que ya han trabajado juntos con anterioridad, los parámetros relativos al mensaje ven aumentados los porcentajes de afectación positiva, así como el de la reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente quedando más reducidos los referidos al conocimiento de las emociones y el contexto situacional del paciente. Además, a través de sus respuestas también se observa que cuando el intérprete y el profesional se conocen, los porcentajes de afectación negativa de todos los parámetros son más bajos que cuando el intérprete y el paciente se conocen. En ambas preguntas, la opción de no afectaría no ha recibido ninguna respuesta por parte de los profesionales para el parámetro de reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente. No obstante, este parámetro ha recibido un porcentaje ligeramente elevado de los profesionales cuando son el intérprete y el paciente los que se conocen (96,1 % / 197 para la respuesta positiva y 3,9 % / 8 para la negativa) frente a cuando son el profesional y el intérprete (93,7 % / 192 para la positiva y 6,3 % / 13 para la negativa). Lo mismo ha ocurrido con los estudiantes en su evaluación de la afectación a la reducción del nivel de estrés siendo un 90,1 % (219) para la opción positiva, un 2,5 % (6) para la negativa y un 7,4 % (18) para la de no sabe / no contesta en la primera situación donde el intérprete y el paciente se conocen frente a un 89,7 % (218) para la positiva, 2,5 % (6) para la negativa y 7,8 % (19) para no sabe / no contesta en la segunda situación (pregunta 17).

Por otro lado, en los dos parámetros relativos al mensaje (precisión de la terminología de especialidad y exactitud del mensaje) es donde ha habido más diferencias entre los porcentajes de respuesta sin quedar tan clara la opinión de los informantes, a pesar de ser más elevado el porcentaje de afectación positiva, quizá por ser dos parámetros que pueden resultarles más complicados de detectar. En cuanto a precisión de la terminología de especialidad, los profesionales en la primera situación (intérprete y paciente se conocen) han marcado un 72,2 % (148) positiva, un 11,2 % (23) negativa y un 16,6 % (34) no afectaría y para la segunda (intérprete y profesional se conocen), un 79,5 % (163) para positiva, un 2,5 % (5) para negativa y un 18 % (37) para no afectaría. Los estudiantes, por su parte, han valorado la afectación de este parámetro en la primera situación con un 65,8 % (160) para la opción positiva, un 10,7 % (26) para la negativa y un 23,5 % (57) para no sabe / no contesta y para la segunda situación un 76,5 % (186) positiva, un 4,9 % (12) negativa y un 18,5 % (45) no sabe / no contesta. En lo que a exactitud del mensaje se refiere, los profesionales se han decantado por positiva un 73,2 % (150), por negativa un 13,2 % (27) y por no afectaría un 13,6 % (28) por la primera situación y por un 83,4 % (171) por positiva, 2 % (4) por negativa y 14,6 % (30) por no afectaría para la segunda.

Para este mismo parámetro, los estudiantes en la primera situación han optado un 67,5 % (164) por positiva, un 12% (29) por negativa y un 20,5 % (50) por no sabe / no contesta y para la segunda situación por un 81,9 % (199) por positiva, 6,2 % (15) por negativa y 11,9 % (29) por no sabe / no contesta.

El noveno bloque es el dedicado a la formación y consta de dos preguntas para los estudiantes y de tres para los profesionales. La primera de ellas cuestiona si sabrían dónde recurrir para buscar a un intérprete profesional:

Número de pregunta	Pregunta	Respuestas profesionales (total = 205 respuestas)		Respuestas estudiantes (total = 243 respuestas)	
23 en profesionales y 18 en estudiantes	¿Sabría dónde recurrir para buscar a un intérprete profesional?	Sí	33,2 %	Sí	15,6 %
		No	66,8 %	No	84,4 %

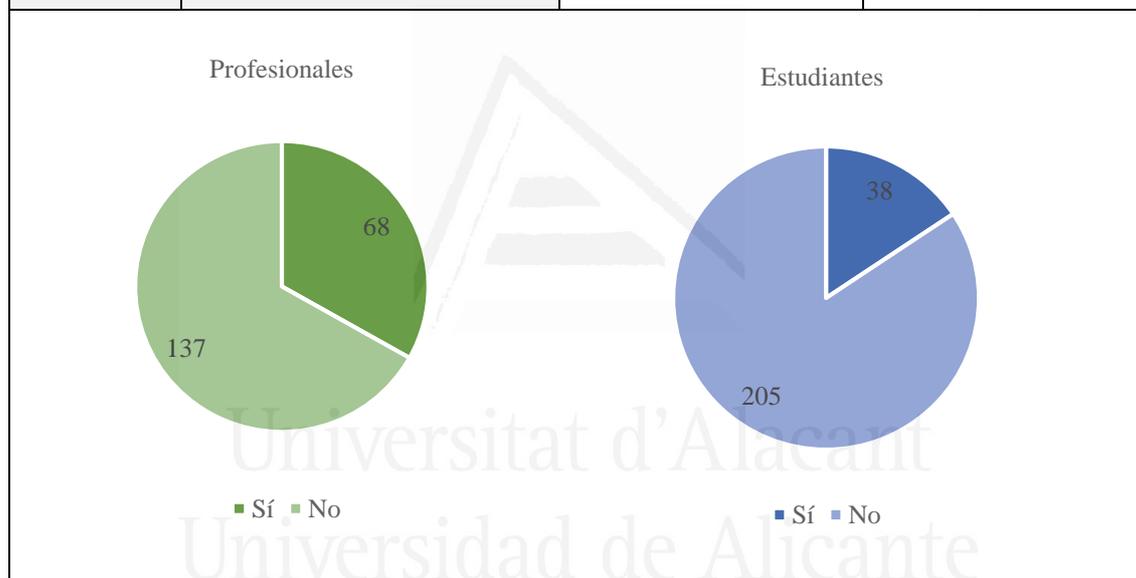


Gráfico 34. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 9 pregunta 23/18

Como se puede observar en el gráfico anterior, en ambos grupos de informantes, la mayoría tendría dificultades para encontrar a un intérprete profesional puesto que no sabrían dónde recurrir siendo la respuesta negativa de un 66,8 % (137) en profesionales y un 84,4 % (205) en estudiantes.

Relacionada con esta pregunta se ha formulado la siguiente sobre su predisposición para acudir a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes:

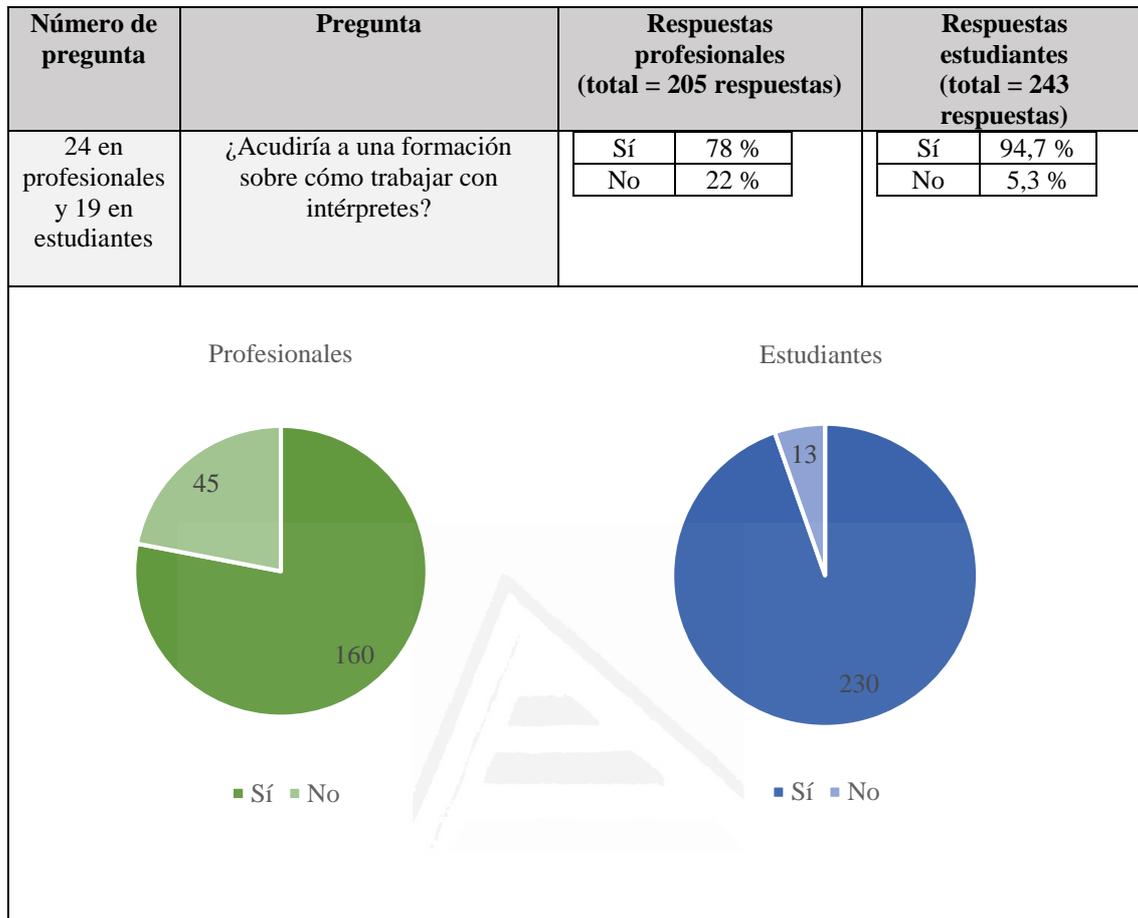


Gráfico 35. Respuestas de los profesionales y estudiantes al bloque 9 pregunta 24/19

Los resultados indican que la mayoría de informantes de ambos grupos sí acudirían a una formación ya que el 78 % (160) de profesionales y el 94,7 % (230) de estudiantes han respondido de manera afirmativa.

La siguiente pregunta, solo formulada a los profesionales por estar en activo, trata los aspectos que consideran que deberían incluirse en un módulo de formación a intérpretes en contextos de malas noticias, últimos días y duelo.

Pregunta 25 en encuesta a profesionales sanitarios	
¿En qué aspectos cree que se debería insistir en un módulo de formación de intérpretes en contextos de malas noticias, últimos días y duelo?	
35	Empatía
19	Escucha activa y respeto por los silencios.
6	Comunicación terapéutica.
13	Gestión de las emociones.
12	Autocuidado.
6	Crear un entorno de seguridad, tranquilidad y comodidad para todos los interlocutores.
10	Comunicación no verbal.
4	Terminología específica.
8	Necesidad de no juzgar.
3	Cómo comunicar malas noticias.
5	Conocimientos culturales.
16	Conocimientos del contexto al que se van a enfrentar (malas noticias, últimos días y duelo).
8	Tipos de duelo y afrontamientos.
2	Habilidades sociales y comunicativas.
7	Acompañamiento emocional.
2	Conocimientos transversales del proceso de final de vida y duelo.
1	Necesidades relacionales de la persona en duelo, empatía y sintonía.
1	No anticipar miedos.
1	No proyectar sus emociones al otro.
5	Qué decir y qué no decir.
2	Respetar los tiempos de cada persona.
5	Conocimientos de procesos psicológicos.
3	Respetar las creencias y las decisiones y no imponer las propias.
2	Hace prácticas en plantas de hospitalización, UHD y en urgencias.
4	Realizar su terapia personal o introspección interior.
3	Conocimientos sobre intimidad y dignidad de la persona.
6	Conocimientos sobre qué puede ocurrir y cómo puede estar un paciente en estado terminal.
1	Antropología clínica del sufrimiento, naturalidad del ciclo vida-muerte, atención centrada en la persona acompañada, respeto, presencia auténtica, compasión, dimensión cultural, honestidad informativa, esperanza realista y asuntos vitales pendientes.
1	Un mínimo conocimiento de aspectos técnicos de la enfermedad que ayuden a entender el contenido del mensaje. Empatía. Lenguaje verbal y no verbal. Tacto, suavidad y respeto.
1	Habilidades de contención.
2	Espiritualidad.
9	Conspiración del silencio.
2	Fomento de la atención plena y presencia.

Cuadro 90. Respuestas de los profesionales al bloque 9 pregunta 25

Como se aprecia en el cuadro anterior, los aspectos que más respuestas han recibido son los relativos a la empatía, la escucha activa, el respeto por los silencios, la gestión de las emociones, el conocimiento del contexto, la comunicación no verbal y cuestiones relativas al duelo como los tipos y afrontamientos.

El noveno bloque supone el final de la encuesta a los estudiantes. Sin embargo, en la encuesta a los profesionales se les incluyó un décimo bloque con cuatro preguntas para ahondar en la parte del duelo.

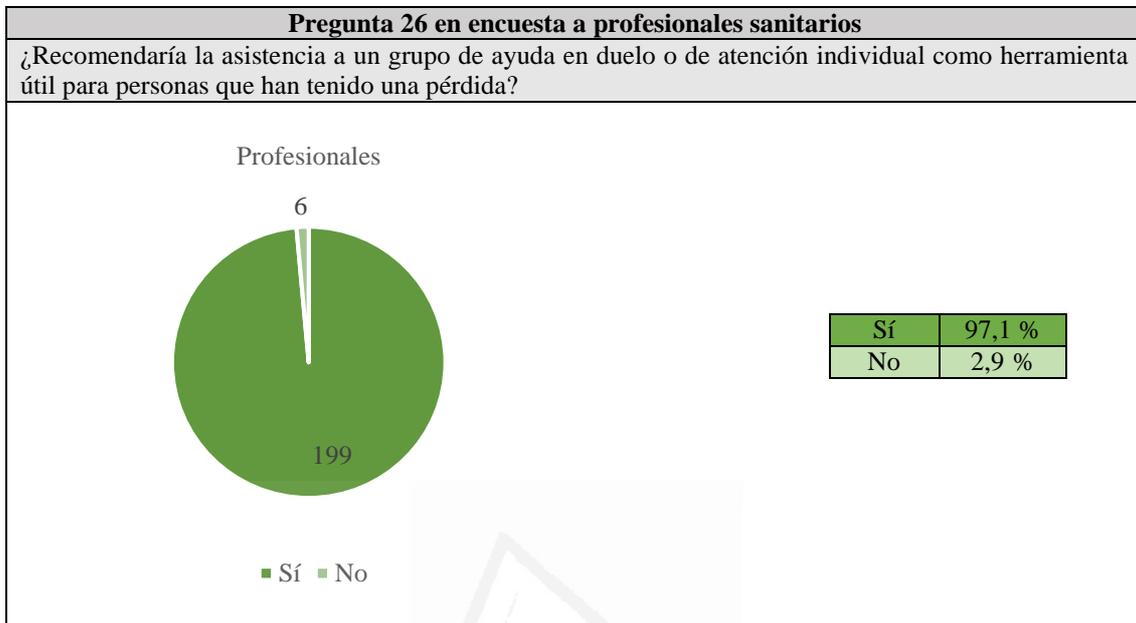


Gráfico 36. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 26

En las respuestas a esta primera pregunta sobre el duelo, la mayoría de los informantes sí recomendarían la asistencia a un grupo de ayuda en duelo o de atención individual como herramienta útil para las personas que han tenido una pérdida siendo el porcentaje afirmativo de un 97,1 % (199).

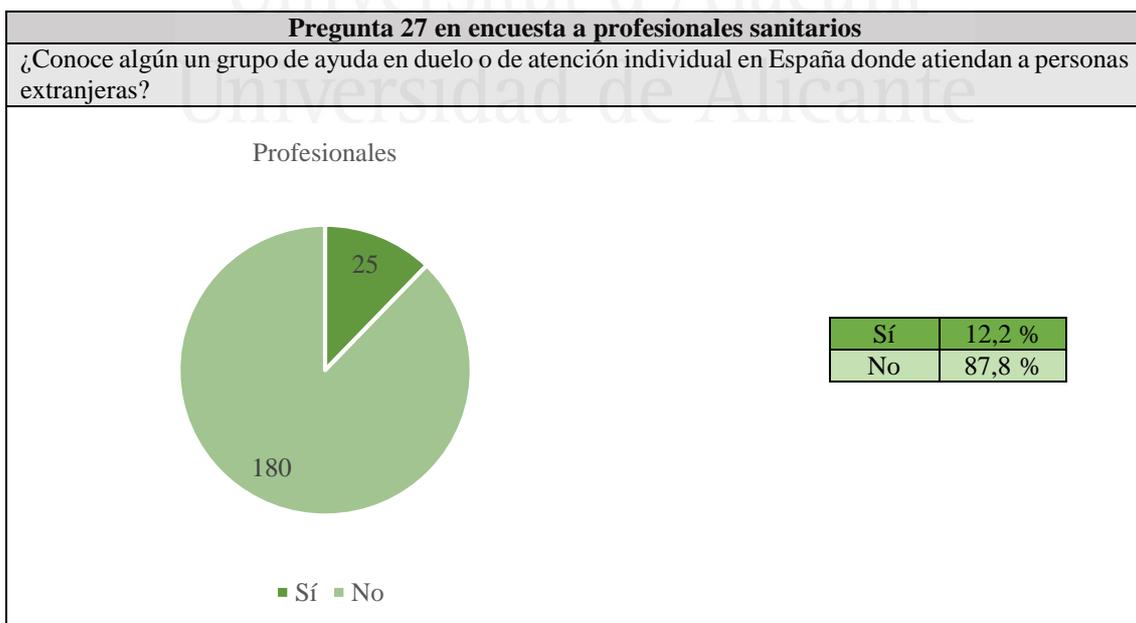


Gráfico 37. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 27

Los resultados de la pregunta 27 sobre si conocen algún grupo o ayuda individual en España que atienda a personas extranjeras indican que el porcentaje mayor lo ha recibido la opción negativa con un 87,8 % (180 de 205). Sin embargo, conviene también resaltar que el 12,2 % (25) sí conoce algún grupo o atención individual; dato interesante para la presente investigación que, a pesar de ser un porcentaje bajo, indica que en algunas partes sí hay ayuda para dicho colectivo. No obstante, ampliaremos esta información en las entrevistas a profesionales. En cambio, los resultados expresan claramente que no conocen ningún grupo o ayuda individual que disponga de intérprete para las personas extranjeras en España como se observa en el siguiente gráfico:

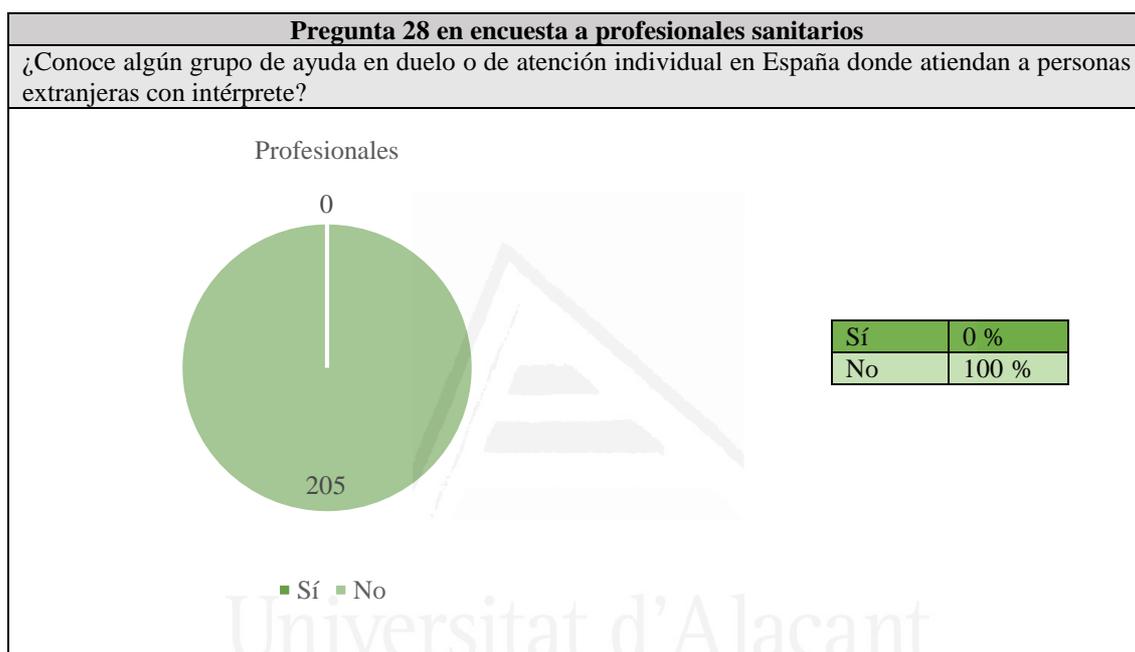


Gráfico 38. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 28

Los resultados a la última pregunta de la encuesta a profesionales expresan que la mayoría de los informantes, un 98,5 % (202 de 205), sí recomendaría la asistencia a un grupo de ayuda mutua o de atención individual con intérprete a personas extranjeras residentes en España que hayan sufrido una pérdida como se expresa en el siguiente gráfico:

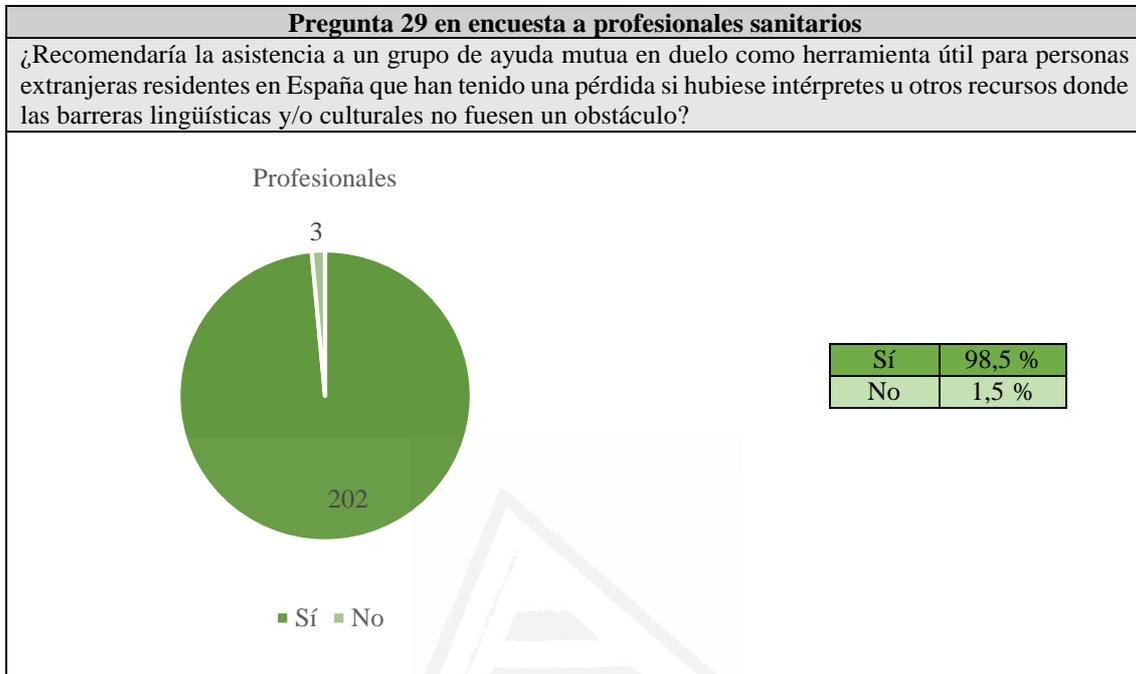


Gráfico 39. Respuestas de los profesionales al bloque 10 pregunta 29

6.3.1.1 Resumen de los resultados de la encuesta a profesionales y estudiantes

A través de la exposición de los resultados obtenidos en la encuesta a profesionales y a estudiantes de Ciencias de la Salud, observamos que sí otorgan una gran importancia a la comunicación con los pacientes en final de vida, con sus familiares y con los dolientes tras el fallecimiento del paciente estando todas sus respuestas en una puntuación de 6 a 10 en una escala donde 0 significa no importan en absoluto y 10, muy importante. Esta misma importancia también se otorga si los pacientes, familiares o dolientes son extranjeros.

Dentro del primer bloque de preguntas también se ha apreciado que la mayoría de informantes profesionales (77,1 % / 158 de 205) se han encontrado con problemas de comunicación que han tratado de solventar con diferentes recursos como el uso de un intérprete profesional, un intérprete *ad-hoc* o de otros profesionales del hospital que actuaron como intérpretes. No obstante, no siempre se han podido solventar; hecho que ha provocado una comunicación deficiente, limitada y con menos intervención.

Sobre el nivel de inglés, por considerarse la lengua vehicular, la mayoría de profesionales consideran que tienen un nivel entre intermedio y bajo mientras que en los estudiantes se ha obtenido un porcentaje mayor a intermedio. No obstante, cuando han sido preguntados si con su nivel de inglés podrían atender a un paciente, familiar o doliente extranjero en las mismas condiciones de calidad que con un autóctono, solo un porcentaje muy bajo de cada grupo de informantes consideran que sí podrían (un 13,2 % / 11 profesionales y un 18,5 % / 27 estudiantes) mientras que el resto considera que tendrían que recurrir a un intérprete por tener muchas dificultades para mantener las mismas condiciones. Estos porcentajes son mayores cuando la pregunta es si recurrirían a un intérprete en caso de desconocer el idioma de su paciente, familiar o doliente donde más de un 90 % en los dos grupos de informantes valoran que sí recurrirían.

De los profesionales que ya han trabajado con intérprete, un 58 % (119 de 205), solo el 19,5 % (40) lo ha hecho con un intérprete profesional y, en su mayoría, han indicado que sí pudieron preguntar todo lo que querían, que fue una experiencia positiva y que encontraron diferencias a la hora de conducir la sesión con intérprete. Por otro lado, el 38,5 % (79 de 119 que habían trabajado con intérprete) lo han hecho con uno *ad-hoc* y han encontrado dificultades para preguntar todo lo que querían, todos han observado variaciones en la manera de conducir la sesión y para un porcentaje ligeramente más elevado de la mitad de ellos (un 21,5 % / 44 de 79) la experiencia ha sido negativa.

Estos resultados advierten que los profesionales han encontrado dificultades comunicativas con los intérpretes *ad-hoc* y, por el contrario, con intérprete profesional la experiencia ha sido más positiva a pesar de que un porcentaje mínimo (4,5 % / 9 de 40) considere que no pudo preguntar todo lo que quería. Sin embargo, también se observa que una cuarta parte de los informantes no ha trabajado con intérpretes.

Sobre el lenguaje no verbal, los resultados de los dos grupos de informantes le otorgan una importancia entre 7 y 10 puntos en una escala del 0 al 10 y, alrededor de un 80 % de los encuestados sí esperarían que el intérprete tuviese en cuenta el lenguaje no verbal del paciente porque añade información, beneficia el trabajo en equipo, evita malentendidos culturales, sirve para aclaraciones y es una parte esencial del acompañamiento para demostrar empatía. Respecto a la empatía, más del 80 % de los informantes la valoran con un 10 (puntuación más alta) en la escala de importancia. Los profesionales alegaban como estrategias para conseguir empatía la escucha activa, la validación y el establecer una relación de confianza, respeto e interés. Además, casi un 90 % de profesionales y un 85 % de estudiantes consideran que el intérprete debe ser igual de empático que el profesional, aunque hay respuestas que indican que debería serlo más cuando el profesional no es demasiado empático o menos porque debería ceñirse a solamente interpretar. Estas respuestas advierten de la necesidad de una reflexión y puesta en común con todos los interlocutores que intervienen en situaciones de final de vida y duelo sobre el papel del intérprete, el trabajo de los profesionales y los pilares de la comunicación terapéutica que un 90 % de los informantes considera que el intérprete debería tener conocimientos de la misma.

Esta necesidad de reflexión también se desprende de los resultados sobre la gestión de la conversación y el papel del intérprete. En cuanto a la gestión, un 75 % de profesionales cree que preferiría gestionar la conversación frente a un 15 % que prefiere que sea el intérprete y un 10 % que considera que lo analizaría según la situación. Sobre el papel que esperarían que desempeñase el intérprete también hay disparidad en los resultados, aunque un 60 % se ha decantado por el rol propuesto en esta investigación de intérprete-asistente-ayudante. Relacionado con el rol del intérprete, también se les ha cuestionado sobre sus expectativas sobre unos parámetros propuestos relacionados con la transmisión del mensaje, las emociones y el clima de confianza entre las partes. Todos los parámetros han sido valorados del 5 al 10 en una escala de 0 a 10, por tanto, todos los informantes esperan que el intérprete valore dichos parámetros. No obstante, el parámetro que más preocupa y que más expectativas tienen de que el intérprete lo respete es la confidencialidad. Además, los parámetros relativos a las emociones y a un clima de confianza también han recibido una valoración más elevada en los puntos más altos de la escala (entre 8 y 10) y los relacionados con el mensaje, a pesar de haber recibido una puntuación de importancia alta, no ha sido tan elevada en los puntos más altos de la escala, sino que han estado más repartidos (entre 5 y 10). Consideramos que hemos obtenido estos resultados por analizar un contexto altamente sensible –final de vida y duelo– donde, a pesar de que sea necesaria una transmisión completa y correcta del mensaje, es más importante, en la opinión de los profesionales y los estudiantes, que el intérprete respete las emociones y el clima de confianza y comodidad entre las partes.

Los informantes también fueron preguntados acerca de si el hecho de que el intérprete y el paciente o el intérprete y el profesional se conozcan o hayan trabajado juntos anteriormente puede tener una afectación positiva o negativa o no influir en los parámetros analizados. Todos los parámetros han sido valorados con una afectación positiva mayor en los dos escenarios propuestos. No obstante, también han recibido un porcentaje de respuestas las otras dos opciones (negativa y no afectaría en la encuesta a profesionales y negativa y no sabe / no contesta en la de los estudiantes). La diferencia que apreciamos entre las dos situaciones planteadas es que cuando el intérprete y el paciente se conocen, el valor de afectación positiva para los parámetros sobre emociones, entorno situacional y gestión de la comunicación está ligeramente por arriba de estos mismos parámetros cuando son el intérprete y el profesional los que se conocen. En esta segunda situación son los parámetros sobre el mensaje los que el valor positivo está más elevado. Sobre el valor de afectación negativa, se observa que los porcentajes son menores cuando el profesional y el intérprete se conocen. El único parámetro que no ha recibido un valor para la variable de no afectación por parte de los profesionales es el de la reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente.

Por tanto, para los profesionales, el que el intérprete y el paciente se conozcan tiene una afectación positiva del 96,1 % y del 93,7 % cuando son el profesional y el intérprete los que se conocen. Estos resultados concuerdan con la primera hipótesis de este estudio de que la intervención del intérprete mejora la comunicación interlingüística, aunque corroboraremos dicha hipótesis una vez analizados todos los datos obtenidos de los distintos estudios que conforman la presente investigación.

El bloque noveno de preguntas en las encuestas relativo a la formación indica que más de un 60 % de profesionales y más de un 80 % de estudiantes no sabría dónde recurrir para encontrar a un intérprete profesional pero que sí estarían dispuestos a acudir a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes. En esta formación, los profesionales sanitarios consideran que un módulo sobre malas noticias, últimos días y duelo debería incluir cuestiones relativas a la empatía, la escucha activa, los silencios, la gestión de las emociones, la comunicación terapéutica, el autocuidado, las bases del acompañamiento y los tipos de duelo y afrontamientos. Estos resultados también aumentan la necesidad de una reflexión y una formación junto con los intérpretes sobre las estrategias de intervención de los profesionales y el papel del intérprete.

Finalmente, los profesionales consideran como una herramienta útil el acudir a un grupo de ayuda o de atención individual en duelo tras la pérdida de un ser querido para dolientes autóctonos y extranjeros, aunque desconocen en su mayoría (un 87,8 %) si hay grupos o atención individual para personas extranjeras en España. Un resultado indiscutible es el obtenido en la pregunta sobre si conocen algún grupo de ayuda o atención individual donde se atiende a personas extranjeras con intérprete puesto que el 100 % de los profesionales ha respondido que no. Sin embargo, a excepción de 3 informantes, el resto (202 de 205) sí recomendaría esta ayuda a personas extranjeras residentes en España que hayan tenido una pérdida si hubiese intérprete u otros recursos donde las barreras lingüísticas y/o culturales no fuesen un obstáculo.

6.3.2 Entrevistas a profesionales involucrados en final de vida y duelo

Una vez detallados los resultados del análisis cuantitativo, se diseñó el guion de las entrevistas con los profesionales involucrados en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo. Como se ha indicado en el capítulo dedicado a la metodología, los 71 informantes se han dividido en 9 grupos según su perfil.

Los puntos en los que se ha incidido en las entrevistas han sido: su visión de la comunicación; si han atendido a personas extranjeras; si han trabajado con intérpretes profesionales o *ad-hoc*; los requisitos que consideran que debe tener un intérprete profesional; si la experiencia personal puede influir en el estrés y bienestar del intérprete; si acudirían a una formación con intérpretes; y los aspectos que consideran esenciales en una formación de intérpretes para este tipo de situaciones. Las respuestas se presentan aquí resumidas dado que la extensión de las transcripciones ocupa un total de 366 páginas. Por tanto, se recopilan de forma resumida las transcripciones en 8 columnas (la primera referida a los informantes y las restantes sobre los puntos en los que se ha incidido). A continuación, se puede observar a modo de ejemplo un cuadro que contiene la versión abreviada de la presentación de las respuestas:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN

Cuadro 91. Ejemplo de presentación de las respuestas de los profesionales entrevistados

A lo largo de las siguientes páginas se muestra el contenido resumido de las entrevistas por grupos de informantes y citando partes de las entrevistas.

6.3.2.1 Profesionales sanitarios de paliativos a domicilio

El primer grupo de informantes está compuesto por 15 informantes cuyo perfil responde al de profesionales sanitarios de paliativos a domicilio. Para la descripción de su perfil hemos respetado la terminología que ellos mismos han empleado dependiendo del servicio al que pertenezcan. Así pues, tenemos personal de UHD (Unidad de Hospitalización a Domicilio) y PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo).

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I1: Médica UHD	Complicada, emocional	Sí (muchos).	Ella es rumana y ha atendido en inglés y francés y español con dificultades. No ha trabajado con intérpretes profesionales. Solo en una ocasión con un intérprete <i>ad-hoc</i> ruso.	Empatía, conocimiento de la terminología médica, saber transmitir la verdad y ajustar el vocabulario al nivel de comprensión del paciente y familiares. Respeto por las emociones.
I2: Médico UHD	Habilidad fundamental tanto verbal como no verbal. Necesidad de respetar el entorno y las voluntades, sobre todo, en domicilio.	Sí.	Intérpretes en hospital puntualmente y familiares en los domicilios. La comunicación puede estar más sesgada por el elemento de protección y afectar al pronóstico.	Conocer costumbres, culturas y saber adaptarse a los registros. Respeto.
I3: Médica PADES	Que sea entendible para los pacientes y familiares. Difícil. Delicada.	Sí.	En domicilio con familiares, en hospital con algún mediador (buscado por trabajo social para ocasiones puntuales).	Delicadeza, no hacer daño, respeto por los ritmos, empatía.
INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I1: Médica UHD	Puede ser positivo.	Sí.	Entender cómo funciona una unidad de paliativos. Necesidad de informar de manera fiel y verdadera. Explicar terminología.	No sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales. Preguntaría a la trabajadora social del hospital.
I2: Médico UHD	Totalmente positivo.	Sí.	Enfrentarse sin miedo a una persona en su estado final. Conocer el contexto al que se pueden enfrentar.	Le encantaría contar con intérpretes.
I3: Médica PADES	Positivo. No tiene que pesar la mochila propia. Hay que diferenciar la parte profesional de la personal.	Sí.	Gestión emocional. Saber a qué se puede enfrentar un profesional en final de vida.	Considera que podría el intérprete profesional formar parte del equipo y que hubiese conversaciones previas y posteriores a la visita.

Cuadro 92. Respuestas de los informantes 1 a 3 grupo 1

Estos 3 primeros informantes consideran la comunicación en su área de especialidad de paliativos a domicilio como complicada, emocional, delicada y difícil pero necesaria para respetar el entorno y las voluntades del paciente. El segundo informante incluso hace alusión a la necesidad de prestar atención a la comunicación no verbal:

En ese sentido sabemos mucho sobre las barreras en la comunicación verbal. En muchas ocasiones desde el lado de los profesionales sanitarios intentamos aprender a cómo comunicar malas noticias y todas estas cosas, pero muchas veces nos olvidamos de la otra parte. Aprendemos la parte del emisor, pero la parte del receptor no la trabajamos tanto entonces para que la comunicación sea buena, que, seguro que de esto sabes tú más que yo, si las dos partes no funcionan no hay comunicación. Entonces en ese sentido el trabajar en el domicilio del paciente es muy importante porque hay mucha parte de comunicación no verbal, conocemos al paciente en su entorno y conocemos su entorno social y familiar, conocemos a la gente que va a estar alrededor influyendo en su bienestar y en su toma de decisiones también.

Los tres han trabajado con pacientes extranjeros y solos dos de ellos han dispuesto de intérprete profesional en momentos puntuales en el entorno hospitalario, pero no en domicilio donde los intérpretes han sido familiares. El segundo informante también menciona que la información a través de un intérprete *ad-hoc* llega más sesgada:

Cuando hay alguien o algún intérprete por medio que sea un conocido o un familiar pues siempre van a modular esta respuesta entonces interpretamos o aceptamos la parte verbal pero también tenemos que interpretar la no verbal que vemos del propio paciente. [...] A lo mejor porque nuestra obligación como profesionales sanitarios es la de explorar previamente cuáles son sus deseos, es decir, vale a esta persona le quedan pocas semanas o pocos meses ¿cómo quiere vivir el final de su vida? Entonces esa exploración, que en muchas ocasiones la podemos adivinar por el contexto, en estos casos [con paciente extranjero] quizá no lo exploramos lo suficientemente bien y no sabemos cuáles son sus deseos ni qué es lo que quiere al final de su vida.

Y la tercera informante añade que se reduce la información a lo esencial lo que puede reducir el vínculo de confianza:

Por norma hay un vecino que también sea de la comunidad, de su cultura o hay un nieto, hay un hijo, aunque el paciente no te diga absolutamente nada pues encontramos a alguien que está allí [en el domicilio] para ayudarnos a comunicarnos. Eso sí vas más al grano por así decirlo, o sea, a lo mejor no te sientas a preguntar pues como ha ido el fin de semana que eso a veces también está bien para crear más vínculo, más confianza, pues con ellos la verdad es que a lo mejor es más complicado y no podemos entrar en detalles.

En cuanto a los requisitos que consideran que debe cumplir un intérprete que trabaje en estos contextos incluyen la empatía, el conocimiento de la terminología, el saber transmitir la verdad y ajustarse al registro del paciente y familiares, la delicadeza, el respeto por los ritmos y las emociones. Sin embargo, no sabrían dónde recurrir a intérpretes profesionales a pesar de que les encantaría contar con ellos como parte del equipo. En este respecto, la tercera informante piensa que son muy necesarios cuando ya no hay tratamiento posible y lo importante es la parte comunicativa:

Yo estaría encantada [del uso de intérpretes profesionales en domicilio] al igual que psicología y fisioterapia los veo como disciplinas absolutamente necesarias y en este caso por la parte comunicativa al final es lo que utilizamos y ayuda en final de vida cuando ya no hay tratamiento posible.

Sobre la cuestión de si el intérprete ha sufrido en su entorno una situación similar a la que va a interpretar puede ser positivo para el éxito comunicativo, estos tres primeros informantes creen que sí puede ser positivo.

Finalmente, respecto a la formación piensan que incluirían un módulo de explicación de cómo funciona una unidad de cuidados paliativos para que conozcan al contexto al que se enfrentan y una parte de gestión emocional.

Los siguientes dos informantes (4 y 5) añaden que es esencial establecer un vínculo de confianza para poder comunicar las noticias y que no haya cabida a ideas de falsa curación además de tener en cuenta la cultura y las tradiciones del paciente y la familia y así lo expresa el informante 4:

Quando le decimos a los pacientes o a los familiares 'estamos en una situación de últimos días' y para que nos crean tenemos que tener un vínculo importante o tenemos que argumentar bastante bien y si no hay vínculo no importa ya qué es lo que planteamos. Por eso yo creo que la característica principal es el vínculo. Pero el mayor problema no es solo el idioma sino todo lo que va asociado. Por eso si existiera una figura que nos ayudara a comunicar mejor con personas que no tienen un habla materna igual que los profesionales, no solamente nos acercaría para el mejor cumplimiento terapéutico, para la educación sanitaria sea más completa... sino también creo que nos acercaría a una dimensión más social porque una persona normalmente cuando estudia y es intérprete o traductor no solamente interpreta y traduce sino que también sabe el resto del tema social y cultural que va implicado con ello. Y ya si tiene formación específica sobre el duelo en esta situación y la muerte en esa sociedad mejor que mejor.

Además, este informante comenta problemas que se han encontrado con los intérpretes *ad-hoc* donde el lenguaje no verbal difiere del verbal:

Nos ha pasado veces que hemos utilizado a algún familiar que sabía un poco como intérprete, pero no es un profesional; es un familiar y nos hemos visto en situaciones muy complicadas. Por ejemplo, preguntarle a un hijo ¿tiene dolor tu madre? y le vemos la cara de dolor y me está diciendo que no porque no quiere que su hijo lo sepa.

La informante 5 considera que con intérpretes *ad-hoc* la parte emocional ha sido muy complicada de elaborar:

No tiene nada que ver porque yo le puedo preguntar a una persona de lengua castellana que cómo se encuentra y se refiere más a la parte personal y emocional pero cuando hay una barrera idiomática no puedes hacer un determinado tipo de preguntas y se trabaja muy poco. [...] En general hay que entrar con mucho respeto sabiendo que no es tu sitio porque cuando ellos van al hospital, van a tu sitio en el que tú te manejas. Entonces cuando vas a su sitio te tratan muy bien porque saben que vas a ayudarles y atenderles. Aunque haya una barrera idiomática saben que vas a ayudarles y te tratan con mucho respeto. Por ejemplo, a una familia española le puedo explicar para qué estoy allí y me puedo ganar su confianza más pronto, pero si voy a un domicilio de una persona africana y no me puedo comunicar me ganaré su confianza cuando vea que el parche de fentanilo le ha hecho efecto, pero no le podré explicar nada y se pierde toda la parte emocional.

Sin embargo, esta informante ha trabajado con una mediadora en el hospital y ha sido una buena experiencia ya que ha tenido una charla previa y posterior a la consulta. Por ello, no está segura de si acudiría a una formación para saber cómo trabajar con intérpretes. La información de estos dos informantes se recopila en el siguiente cuadro:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I4: Médico PADES	Complicada. En domicilio es diferente porque cuando se marchan puede haber ideas de falsa curación, esperanza... Lo importante es crear un vínculo y cómo decir las noticias.	Sí.	Necesidad de una figura que ayude a todo lo relacionado con comunicación como por ejemplo el adaptar comidas. Con familiares han tenido problemas de protección y el vínculo se ha visto afectado.	Vínculo Necesidad de formar parte del equipo y acudir a las reuniones que haga el equipo tanto previas como durante y posteriores.
I5: Médica PADES + urgencias en hospital	Hay que tener muy en cuenta la parte cultural y las tradiciones. En domicilio es muy respetuoso y tienes que saber que estás en su espacio.	Sí. Es muy importante ganarse la confianza (con pacientes españoles puede hacerlo hablando y con pacientes extranjeros cuesta más porque se va consiguiendo cuando ven que les has puesto un tratamiento y les ha aliviado).	Sobre todo, en el hospital. Los hijos y familiares son los que hacen de intérpretes, pero cree que es difícil porque no puede tocar la parte emocional. También hay una mediadora árabe en el hospital para atender a este colectivo. <i>Google translate</i> para idiomas que desconocen pero no hay empatía.	Empatía, cercanía y que transmita al paciente lo que él quiere y lo que el paciente quiere decir.

INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I4: Médico PADES	Aunque no ha tenido la experiencia cree que sí pero que dentro del equipo debe haber un apoyo para ventilar y poder hablar.	Sí.	Manejo de situaciones difíciles y saber dejar espacio cuando sea necesario. No sabe los límites que tiene un intérprete y cree que sería necesario una formación conjunta.	No sabría dónde recurrir a un intérprete profesional. Considera que sería necesario para la parte clínica y para la parte de conocimiento cultural, documentación y para hacer una terapia de duelo con dignidad.
I5: Médica PADES + urgencias en hospital	Depende. Lo ideal es que una persona pueda empatizar sin haberlo tenido que vivir. Si hay una pérdida tiene que haberla elaborado.	No está segura porque ya ha trabajado con la mediadora y tiene una buena experiencia.	Qué son los cuidados paliativos y cómo funcionan. Qué se hace en domicilio. Qué ocurre con una enfermedad avanzada.	La barrera idiomática impide hacer determinadas preguntas y se trabaja poco la parte emocional. Con la mediadora que trabaja en el hospital tienen charlas antes y después de atender a los pacientes.

Cuadro 93. Respuestas de los informantes 4 y 5 grupo 1

El informante sexto cuenta su experiencia con un intérprete *ad-hoc* contratado por el hospital por la cantidad de pacientes de nacionalidad china que tenían. En su entrevista cuenta que se siente más cómodo cuando son los familiares los que hacen de intérprete porque, en su experiencia, son personas dispuestas:

Este hombre [el intérprete *ad-hoc* contratado], a parte que yo creo que no es un buen intérprete porque toma una postura muy activa, yo creo que a veces no traduce literalmente, simplemente interpreta y a su manera le dice: oye que el médico te está diciendo que tal, o sea, yo sospecho que no son buenas traducciones en temas tan delicados evidentemente. [...] En la práctica diaria, o sea, en el caso por ejemplo, de los pacientes chinos, los hijos escolarizados son unos magníficos intérpretes porque, además él conoce muy bien al paciente y le puedes hablar incluso de sentimientos al traductor, una serie de ítems que es muy difícil con un profesional tratarlos, o sea, yo creo que es el traductor ideal, indudablemente, porque además un paciente al final de la vida que lo llevas tratando durante semanas, bien en el domicilio o en la consulta o incluso en planta, pues al final has trabajado ya mucho con ese cuidador principal que es un chaval, son gente dispuesta y esto es un chollo. De hecho, yo les pido, normalmente solo utilizo al traductor profesional en la primera consulta porque lo primero que les digo es: ¿tiene usted algún paciente, pariente cercano o amigo íntimo, familiar, hijo que conozca bien el español y pueda? La mayoría en la segunda visita ya vienen con él, y esto es fundamental, claro que sí.

Sobre los requisitos que cree que debe cumplir un intérprete en este contexto considera que el intérprete debería pasar un tiempo con ellos para observar cómo es el diálogo terapéutico, los silencios y el vocabulario específico.

Su visión se resume en el siguiente cuadro:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I6: Médico PADES + paliativos hospital	Muy activa, constante, fluida y muy importante para el paciente y la familia.	Sí. El hospital llegó a contratar un intérprete de chino por la cantidad de población de esta nacionalidad, pero le supone una dificultad porque esta persona es de esta nacionalidad, pero no es intérprete.	En domicilio son los familiares los que hacen de intérpretes (él lo prefiere a esta persona contratada por el hospital). Telefónico no le gusta porque no hay cercanía, no se pueden hacer silencios terapéuticos, no se puede mirar bien al paciente. Las sesiones de duelo también las han hecho con familiar como comunicador.	Conocimientos de cuidados paliativos y final de vida o al menos de medicina. Vocabulario específico. Que pasara un tiempo con ellos para ver cómo es el diálogo y silencios. El tema de la empatía no lo tiene muy claro porque cree que debe salir de uno mismo.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sin duda sí. Si está pasándolo en este momento debería comunicarlo.	Sí, sin duda.	Ahondar en qué se hace, cómo se hace. La comunicación es una de las herramientas terapéuticas más importantes. Empatía y compasión. A sus alumnos de ciencias de la salud también les habla de comunicación porque cree que es la clave.	Fue presidente de la SECPAL. Le parece que en el trayecto al domicilio se podría ir charlando con el intérprete antes y después de los casos. Le encantaría que fuese parte del equipo (le parecería un lujo).

Cuadro 94. Respuestas del informante 6 grupo 1

La opinión de los dos informantes siguientes, enfermeros en Unidades de Hospitalización a Domicilio, se presenta en el siguiente cuadro:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I7: Enfermera UHD	Emocional y empática	Sí (a diario). Ella estuvo viviendo 6 años en Inglaterra y con inglés más o menos puede atender a los pacientes.	Para pacientes que no hablan inglés ha utilizado un servicio de interpretación telefónica pero no siempre están disponibles y se pierde la parte no verbal. Incluso hay compañeros que la llaman a ella para que haga de intérprete. También ha habido casos en los que los familiares han sido los intérpretes pero han tenido dudas de si se ha transmitido todo y cómo.	Que transmitiese el significado más allá de las palabras. Que sea empático. Que respete la información compartida. Que llegue a entender la situación por la que puede estar pasando el paciente. Respeto por el domicilio al que se acude.
I8: Enfermero UHD	Saber adaptarse y saber adaptar el lenguaje. Imprescindible atender el binomio familia-paciente e identificar contexto social	Sí.	Familiares (marroquíes) y otros han traído su propio intérprete (ingleses, sobre todo). Considera que no se puede conseguir la misma atención que cuando se comparte la lengua materna.	Empatía y que ayude a atender las necesidades del paciente y del profesional.
INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I7: Enfermera UHD	Positivo. También depende del vínculo que se llegue a establecer con el paciente y la familia.	Sí.	Dar información sobre cuidados paliativos y la relación de ayuda. Hablar también de la empatía.	Considera muy útil la figura de un intérprete profesional que pudiese ir al domicilio.
I8: Enfermero UHD	Sí es beneficioso pero nunca dar consejos.	Sí.	Cuál es la base de los paliativos y cómo se controla la sintomatología y los afrontamientos.	Le gustaría disponer de intérprete en el equipo para atender mejor al paciente y para que la comunicación sea más fluida. Han aconsejado grupos de duelo.

Cuadro 95. Respuestas de los informantes 7 y 8 grupo 1

La informante 7 relata su experiencia con un servicio de interpretación telefónica que no le ha parecido muy satisfactorio porque la parte emocional no se puede cubrir. Además, también cuenta que vivió seis años en Reino Unido y considera que con su nivel de inglés puede atender razonablemente a pacientes de esta lengua y que incluso sus compañeros la han utilizado como intérprete en muchas ocasiones. También tiene experiencia con intérpretes *ad-hoc* en el domicilio que suelen ser familiares, pero ha dudado de si la información se ha transmitido de forma completa y de qué modo. Por ello, piensa que sería ideal contar con un intérprete profesional formado en esta área:

Es más impactante decirle a un familiar 'se está muriendo'... Es como madre mía, no es lo mismo que a lo mejor intentar explicarle cuál es el contexto de la situación en ese momento, que las cosas no están yendo bien, que se están complicando pero que no se preocupe que vamos a intentar hacer lo que podamos pues para que este paciente esté en las mejores condiciones de confort. Entonces claro sería ideal tener a una persona que realmente pueda transmitir lo que tú como profesional quieres transmitirle a ese paciente o a ese familiar o que tú puedas obtener de la información que esa persona te está dando, por supuesto que sería muy útil.

El informante 8 considera que es imprescindible atender al binomio paciente-familia y al contexto social en que se enmarca. Por ello, le gustaría contar con un intérprete profesional para que la comunicación sea más fluida y se consiga una mejor atención al paciente extranjero y a su familia. En un módulo de formación a intérpretes tendría claro que lo dividiría en cuál es la base de los cuidados paliativos, conocer el trabajo que desempeñan los profesionales en esta área y explicar los tipos de afrontamiento.

Los dos siguientes cuadros contienen la información de los informantes 9, 10 y 11 (enfermeros en PADES y UHD):

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I9: Enfermero PADES	Emocional, de reajuste de expectativas de la vida. Educación al familiar sobre alimentación, úlceras y cuidados en general.	Sí.	Familiar (muy complicado por filtraciones de la hija y por los pactos de silencio). Solo podían atender al dolor que mostraba físicamente. Había un servicio telefónico antes pero solo para consultas en hospital. Para domicilios ni se había planteado.	Empatía, escucha activa y confianza.
I10: Enfermera PADES	Más tiempo para dedicarlo en domicilio. Control de síntomas y acompañamiento emocional. Adecuar el lenguaje a las necesidades del paciente y la familia.	Sí.	Hace mucho tiempo algún mediador que incluso fue alguna vez al domicilio, pero desapareció esta figura. Ahora google <i>translate</i> (haciendo milagros). Familiares (se agradece tener a alguien pero no es lo mismo porque no tienes seguridad de cómo se está diciendo).	Entender la cultural y el idioma del paciente. Conocer el valor de la información en esa etapa. Conocimientos mínimos de paliativos. Importante el lenguaje no verbal, la empatía y el respeto por los silencios.
INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I9: Enfermero PADES	Depende, es muy importante la conexión y puedes conectar sin haber pasado por un caso. Igual el haber pasado ayudaría a la conexión. Cree que lo necesario e indispensable es tener formación.	Sí	Principios básicos <i>counseling</i> , cómo dar malas noticias y necesidad de veracidad.	Muy necesario contar con intérpretes en equipo porque es beneficioso para ambos lados (profesionales sanitarios y pacientes). También es necesario en grupos de duelo. No sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales.
I10: Enfermera PADES	Depende de la persona, la situación y el momento pero si se ha enfrentado antes puede ser bueno para favorecer la empatía.	Sí, aunque no sabe si existe.	Conocer síntomas, saber estar, saber escuchar, saber mantener un silencio largo tenso y duro. No sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales.	Vería la figura del intérprete como una gozada también para comprender la enfermedad como se comprende en distintas culturas. Sí recomiendan grupos de duelo.

Cuadro 96. Respuestas de los informantes 9 y 10 grupo 1

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I11: Enfermera UHD	Comunicación emocional donde intervienen muchos factores (culturales, contexto, creencias...)	Sí (a diario).	Profesionales contratados por pacientes (ha sido una buena opción porque era más exacto). Servicio telefónico (se pierde el 50% de la comunicación, sobre todo se pierde la parte emocional y no verbal). Familiares (tienen + carga emocional y no pueden transmitir toda la verdad porque a veces no pueden verla).	Empatía, respeto, conocimientos sanitarios y terminología de especialidad, así como respeto por los silencios.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Si es su profesión debería saber separar, aunque puede haber una mayor implicación emocional. Si lo ha pasado puede ser más sensible pero no es esencial haberlo pasado.	Sí, le parece muy interesante.	Estar pendiente de cómo se dice, qué no se dice, qué puede querer decir, qué «alarmas» hay que detectar.	No sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales. No recomiendan grupos de duelo a extranjeros porque no hay intérprete.

Cuadro 97. Respuestas del informante 11 grupo 1

El informante 9 añade a la descripción de cómo es la comunicación en este contexto que se trata de un reajuste de expectativas de la vida y el informante 11 menciona el respeto por las creencias del paciente y la familia.

Sobre el trabajo con intérprete, el informante 9 que ha trabajado con familiares indica que le ha sido muy complicado por los pactos de silencio:

Veíamos que no podíamos hablar sobre todo a la hora de responder a las preguntas que nos hacía la propia paciente. Si la paciente nos preguntaba y nos traducían efectivamente que pensaba y que preguntaba acerca de las expectativas de curación y de tratamiento. Muchos de los pacientes que ingresan a paliativos no son conscientes realmente de su gravedad porque se hace pacto de silencio y no se habla realmente de la importancia que tiene la situación en la que están realmente, ni el punto del que está. Entonces pues teníamos serias dudas acerca de si el mensaje se trasladaba de forma adecuada, que pensábamos que no, que simplemente pues que le decía que no que para estos tipos alimentación y tipo cuidado de úlceras pues sí, eso sí o para control del dolor, de que la paciente nos dijese si padecía dolor después de administrarse un rescate de fentanilo o de morfina pues que se quejase y lo pidiese, efectivamente que no aguantase dolor. Pero de ahí a pasar a aspectos más profundos acerca del estado de salud, o incluso de la propia espiritualidad de la paciente en el sentido de los miedos que pueda tener, o que esperar cuando se acerque la fase final de enfermedad, pues no hemos podido tratarlos con ella de forma directa y tenemos dudas de que la hija de la paciente por sobreproteger pues haya podido evitar que fluya la comunicación.

La informante 10 también coincide en esta opinión y en la inseguridad generada por no saber si está trasladando toda la información y la intencionalidad de la misma:

Se agradece tener una persona que traduzca, sin duda, lo que pasa que también es verdad que a veces no es lo que dices sino cómo lo dices, entonces la seguridad de que tú transmitas la información como tú quieres decirla no sabes si lo está haciendo porque, además, a mí me pasa como hablan y para mí es como si hablaran, yo que sé, no le veo la entonación ni le veo, entonces yo me imagino que perdemos muchos matices, y entonces al tener una persona que traduzca pues igual si que lo transmite a su manera, por lo que decía de los valores y de las creencias, pero a mí me da la sensación de que claro como no entiendo no tengo la seguridad que le transmita mi intención.

La informante 11 considera que el intérprete profesional sería la mejor opción ya que con la interpretación telefónica se pierde mucha información y con un familiar que haga de intérprete tiene una carga emocional grande que puede impedir no ver la gravedad de la situación:

Sí es cierto que nosotros en nuestra unidad tenemos un servicio de llamada a 3 del que podemos hacer uso de un servicio traducción, pero claro es algo mucho más frío y la persona no está aquí, no conoce, se pierde el 50% de la información por así decir. O sea, para transmitir algún dato puede servir, pero en situación de últimos días son muchas cosas las que se te escapan con una traducción así. La manera presencial sería más ideal. [...] está claro que, aunque el familiar siempre te va a transmitir todo lo mejor que pueda o lo mejor que él considere, siempre tiene implícita una carga emocional muy grande y a veces no te pueden transmitir realmente la verdad de todo porque no quieren verlo o porque sus emociones no les permite el ver las cosas tal como son. La parte positiva de un traductor externo por decirlo de alguna forma es que te va a dar la foto que hay, sin implicación emocional por decirle alguna.

El informante 9 considera que el intérprete profesional no solo es beneficioso para el paciente sino también para el profesional y sería ideal poder contar con él en grupos de duelo. No obstante, no sabría dónde buscar uno. La informante 11 tampoco sabría dónde recurrir y, por ello, no menciona la ayuda de los grupos de duelo o atención individual a los dolientes extranjeros porque no sabría dónde remitirlos.

Las dos siguientes informantes (12 y 13) son psicólogas en PADES y los dos siguientes cuadros recopilan la información que han aportado en sus entrevistas:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I12: Psicóloga PADES	Delicada. Tiene que ser clara y directa. Esencial para romper pactos de silencio. Indica que a veces los pacientes o familiares a los médicos no les suelen preguntar muchas cosas y es después cuando los psicólogos van allanando el terreno y dando confianza para que pregunten las dudas. Cuando se atiende en duelo la comunicación también depende de la edad y el vínculo con el fallecido.	Sí. Cree que en domicilio el tiempo se para un poco y se produce una comunicación más abierta pero cuando hay problemas de comunicación con la familia en el domicilio puede ser más complicado porque no se suele poder elegir hablar con el paciente a solas.	Por la gran cantidad de personas extranjeras en Almería ha trabajado con una mediadora solicitada por el hospital y también ha habido muchas veces en las que han interpretado familiares y le ha resultado muy difícil y caótico porque no lleva el ritmo de la sesión, está todo más descontrolado. Incluso, en alguna ocasión, también han recurrido a la ayuda de algún compañero que hablaba un poco inglés para salir del paso.	Le parece buena pregunta porque a veces han preguntado a algún extranjero para que les ayudase y no se ha sentido cómodo. Por ello, espera de un intérprete que conozca el contexto, que sea empático y que sea exacto y correcto en la transmisión y el cómo se transmite la información.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Cree que es necesario estar familiarizado con estos temas y si se ha pasado por una situación puede ser positivo pero si se ha integrado de manera correcta.	Sí.	Medidas de protección, modos de afrontamiento y técnicas de comunicación emocional.	Muy interesante las experiencias que cuenta sobre si influye que el profesional sanitario sea hombre o mujer en ciertas culturas. Un intérprete profesional les ayudaría muchísimo incluso presentaron antes de la pandemia un proyecto donde pedían incluir a un mediador en paliativos pediátricos. No sabría dónde recurrir a intérpretes, cree que hablarían con Cruz Roja.

Cuadro 98. Respuestas de la informante 12 grupo 1

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I13: Psicóloga PADES	Muy emocional. También considera muy importante la comunicación con el equipo para que no se segmente la información que reciben los pacientes y familiares. Para ella la comunicación también depende de la edad y la cultura y estigmas de la psicología.	Sí.	En los domicilios solo se han encontrado casos en los que la familia ha hecho de intérprete, pero la información que llegaba era muy sesgada y casi no se ha podido hacer una intervención psicológica. En duelo no ha trabajado con intérpretes, pero cree que sería súper útil. Si el paciente trajese su intérprete profesional se sentiría muy cómoda.	Sensibilidad y predisposición para trabajar codo con codo. Que informe de la parte cultural. Que sea capaz de transmitir las connotaciones que el profesional necesita y que juntos pudiesen detectar pistas indirectas.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Depende, no hay que perder la profesionalidad, pero no es necesario haber pasado por un caso, pero sí puede aportar sensibilidad. Prefiere la integridad (saber decir cuando un caso puede resultar difícil) y es esencial comunicarlo al equipo.	Sí. Cree que es muy necesario que los intérpretes se especialicen en estos contextos.	Debatir situaciones para mostrar la importancia del respeto y el no juzgar. Empatía. Escuchar mucho. Preguntar, no dar nada por supuesto. Acompañar.	Le parece muy triste que el no compartir la lengua sea un obstáculo para acudir a ciertos servicios. No sabría dónde recurrir a intérpretes, pero preguntaría a trabajo social. Le parecería muy interesante que el intérprete pudiese formar parte del equipo. Le gustaría trabajar antes con el intérprete para explicar su trabajo y que no haya sesgos a la hora de informar.

Cuadro 99. Respuestas de la informante 13 grupo 1

Ambas psicólogas describen la comunicación en cuidados paliativos a domicilio como «muy emocional y delicada», pero consideran que debe ser clara y directa para poder romper con pactos de silencio. Además, también depende de la edad y del vínculo con la persona enferma o fallecida en el caso del duelo. La informante 12 se ha sentido más cómoda cuando ha trabajado con una mediadora del hospital que cuando han sido los familiares los que han actuado como intérpretes porque considera que no ha sentido que tenía el control de la situación. Asimismo, la informante 13 tampoco ha podido realizar una intervención en duelo efectiva en domicilio porque la información que se trasladaba estaba muy sesgada.

Sobre los requisitos que debe reunir un intérprete, consideran que debería conocer muy bien el contexto de actuación, ser correcto y exacto en la transmisión del mensaje, tener sensibilidad, que informe de la parte cultural y que pueda transmitir todos los matices, además de tener una buena predisposición para trabajar en equipo y lograr la mejor atención posible.

Respecto a si el que el intérprete haya pasado por una situación similar a la interpretada puede ser beneficioso, las psicólogas consideran que no es esencial haber pasado por una situación de este tipo, pero sí puede aportar mayor sensibilidad si se ha integrado correctamente. No obstante, consideran de mayor importancia la integridad para saber decir cuándo un caso puede resultar demasiado difícil y afectar al bienestar emocional.

Ambas acudirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes y si ellas tuviesen que impartir un módulo a intérpretes tratarían las medidas de protección, los modos de afrontamiento y las técnicas de comunicación emocional (informante 12) así como el debatir situaciones para mostrar la importancia del respeto, el no juicio, la empatía y el acompañamiento (informante 13).

Como reflexión al final de la entrevista con la informante 13, indicó que le parecía muy triste que el no compartir la lengua del paciente se convirtiese en un obstáculo para poder acceder a ciertos servicios y que el uso de intérpretes formados en contextos de final de vida y duelo debería estar ya en funcionamiento:

El contar con un intérprete que permita ese entendimiento y esa fluidez creo que en cuanto se empiece a normalizar cada vez se verá como una persona más y no como algo extraño sino como algo normal que nos beneficia a todos. Algo que yo he aprendido es que hay maneras diferentes de ver la muerte y aquí entra la cultura, pero es muy enriquecedor conocerlo y que a veces no es para que nosotros lo veamos igual pero sí el valorar que hay más maneras de llevarlo. El contar con intérpretes y que se puedan mezclar todas esas maneras de vivirlo para mí sería algo que tendría que salir ya.

El siguiente cuadro presenta la información de la entrevista a un perfil distinto a los vistos hasta ahora por ser trabajadora social en cuidados paliativos a domicilio:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I14: Trabajadora social paliativos domicilio	Comunicación en domicilio es más fluida porque es su zona de confort. No hay relación de poder.	Sí.	Con rumanos y sudamericanos se suelen entender bastante bien aunque la cultura difiere. Con la población china tienen más problema. Con una familia marroquí era un miembro de la familia el que interpretaba para la madre del paciente. Cuando han sido familiares sospecha que no se ha comunicado todo.	Formación base en comunicación en final de vida para minimizar el impacto.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Puede ser positivo por la empatía, pero negativo si se proyecta demasiado. Ellos como profesionales suelen hablarlo en las sesiones clínicas.	Sí.	Modelos de afrontamiento. Lo que no se puede hacer.	También sería necesaria la ayuda del intérprete para temas burocráticos.

Cuadro 100. Respuestas de la informante 14 grupo 1

En su opinión, la comunicación en el domicilio reduce la relación de poder entre el profesional y el paciente, familiar o doliente porque se está en la zona de confort de ellos. En su experiencia con pacientes extranjeros han sido los familiares los que han actuado como intérpretes; hecho que ha provocado que sospechase si se había trasladado toda la información. Como expectativas esperaba que tuviese una formación en final de vida para minimizar el impacto que pueda ocasionar el trabajar en un contexto tan sensible. Por ello, considera que el que el intérprete haya pasado por una situación similar en su entorno directo podría favorecer la empatía, pero se podría volver en su contra si proyectase demasiado su experiencia. Por este motivo, los profesionales de su unidad suelen tratar el bienestar y el autocuidado en las sesiones clínicas:

Normalmente lo que hacemos es hablarlo en equipo y ser conscientes de que esto ha ocurrido y efectivamente al final al ponerlo en común con el resto del equipo habitualmente lo que haces es ventilar, darte cuenta de en qué momento estás y vuelves a recuperar la objetividad. Yo creo que la base de eso es compartirlo y volver a poner los objetivos sobre la mesa y hacer la intervención y lo que se quiere conseguir. Hacemos sesiones clínicas de casos complejos. Son casos que nos hayan tocado por alguna cosa. Las hacemos a posteriori. Y si el problema se da cuando estamos atendiendo al paciente pues también se hace.

Ella sí acudiría a una formación con intérpretes y cree que impartiría un módulo sobre modelos de afrontamiento y lo que no se debe hacer en este tipo de situaciones. Por su perfil de trabajadora social, considera que el intérprete también le beneficiaría en las tareas burocráticas.

La última informante de este primer grupo es musicoterapeuta en cuidados paliativos a domicilio, pero también tiene experiencia en entorno hospitalario.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I15: Musicoterapeuta pades y hospital	Íntima, sincera y emocional donde interviene toda la familia.	Sí.	Familiares (se ha sentido cómoda pero no ha habido tanta indagación) y <i>también google translate.</i>	Trabajo personal, valores, carencias, compasión, empatía, no juzgar y espiritualidad.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Depende. Tiene que estar muy elaborado, pero no es un requisito indispensable. Es muy importante el autocuidado y la relación con el equipo.	Sí.	Cómo saber retirarse, cómo no tomarse nada personal, respeto, silencio, no juzgar y saber acompañar.	Le parece fenomenal tener un intérprete y que forme parte del equipo. Tienen sesiones de duelo para el equipo y, por supuesto, que el intérprete formaría parte.

Cuadro 101. Respuestas de la informante 15 grupo 1

Se ha decidido incluir este perfil porque también está presente en la atención en cuidados paliativos como hemos indicado en el apartado 4.1 con la creación del Grupo de Trabajo de Musicoterapia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (MUSPAL). Esta informante describe su trabajo en la entrevista con las siguientes palabras:

El concepto de musicoterapia es muy variable según con quien hables. La sociedad piensa que es una recepción pasiva de la música, pero no es así porque la musicoterapia también tiene palabras sobre todo con las familias y utilizamos la improvisación para la creación de canciones. Yo lo que hago es crear toda la música en vivo a partir justamente de la comunicación con las familias y las características fisiológicas del niño como es la respiración o el pulso o su frecuencia cardíaca. Todo lo que va ocurriendo se elabora dentro de las canciones. Hay niños que sí tienen lenguaje y otros que no. Con los que sí lo tienen pues nos comunicamos a través del lenguaje y la música y con los que no nos comunicamos con gestos, miradas, respiraciones y música.

De todos los adjetivos que han utilizado los 14 informantes anteriores para describir la comunicación en final de vida y duelo, la musicoterapeuta añade uno más: íntima. Con los pacientes extranjeros y sus familiares que ha trabajado no ha podido hacer la misma indagación que con los pacientes y familiares con los que sí comparte la lengua y cultura. En ocasiones, incluso ha tenido que hacer uso de un traductor automático o recurrir al lenguaje no verbal:

Ha habido familias en las cuales los padres no hablaban nada, pero sí quizá la hermana adolescente o joven del paciente sí que hablaba y entonces los hermanos siempre estaban presentes para poder hacer de traductores con sus padres. Otras familias que no sabían nada de español ni nada de inglés que yo sé un poco y me facilitaría, pero al final nos hemos entendido un poco. Los argelinos por ejemplo entienden francés, pero yo no sé nada de francés así que hemos tirado de *google translator* que nos ha venido bien o hasta gestos y el tono que acompañan las palabras. A veces hay familias que cantan en su idioma y yo les acompaño con la música. Hay veces que con una sola palabra en un idioma puedo elaborar toda una sesión. Me he sentido cómoda por lo que se comparte porque, aunque esté su hermana haciendo de traductora, yo no le hablo a ella, yo estoy todo el rato mirando a su madre. Yo no le miro a ella para que ella lo traslade, yo miro a su madre y la hermana es mi voz.

Como requisitos de un intérprete valoraría que fuese empático, compasivo y no juzgase. Además, consideraría que debería tener un trabajo personal elaborado. De ahí que opine que el autocuidado y la relación con el equipo son los pilares para el bienestar del intérprete y de todos los participantes. Si tuviese que impartir una formación también trataría estos conceptos relacionados con el respeto, el silencio, el no juzgar y el saber acompañar y retirarse.

6.3.2.1.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios de paliativos a domicilio

Durante el análisis de las entrevistas de este primer grupo, se puede observar que, a pesar de tener distintos perfiles, consideran que la comunicación es sobre todo emocional. Todos los informantes han tenido experiencias con pacientes y familiares extranjeros y, en su mayoría, solo han dispuesto de intérpretes *ad-hoc* valorando estas situaciones como difíciles por los pactos de silencio, el afán de protección y por la inseguridad generada al no saber si se ha trasladado la totalidad del contenido y la intencionalidad del mensaje con la excepción del informante 6 que considera sus experiencias con intérpretes *ad-hoc* como positivas.

Entre los requisitos mencionados que debería reunir un intérprete, los más señalados han sido la empatía, la sensibilidad, la adaptación al contexto, el respeto por los ritmos, las emociones y las creencias de los pacientes, familiares y dolientes. Además, si tuviesen que impartir un módulo a intérpretes tratarían estos temas junto con los modos de afrontamiento, las técnicas de comunicación emocional, el no presuponer y el fomentar la escucha activa. Todos, excepto la informante 5 porque considera que ya tiene experiencia, acudirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes.

Finalmente, respecto al bienestar del intérprete y si el haber atravesado una situación similar en su entorno cercano puede ser una herramienta positiva para el éxito comunicativo en este contexto, nueve informantes no tienen duda en que sí será positivo. Los seis restantes consideran que puede ser positivo si está bien integrado. Sin embargo, todos coinciden en que la relación con el equipo para ventilar y la integridad para saber decir cuándo puede verse afectado el bienestar son capacidades necesarias en este contexto.

6.3.2.2 Profesionales sanitarios de paliativos en hospital

El segundo grupo de informantes está compuesto por profesionales sanitarios de paliativos en unidades hospitalarias. Las dos primeras informantes son musicoterapeutas y en el cuadro siguiente se recopila la información que aportaron:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I16: Musicoterapeuta hospital	Trabajo con el paciente y la familia. Conocer su historia sonoro-musical y adaptarse.	Sí.	Sin intérprete y en una ocasión con la hija de una paciente.	Empatía y poder leer el lenguaje no verbal.
I17: Musicoterapeuta hospital	Utiliza la música para facilitar que el paciente se sienta acompañado y pueda expresarse. A través de la música la comunicación es más fluida porque permite que se abran más.	Sí.	Solo familiares en pocas ocasiones y <i>google translate</i> que solo le ha ayudado con alguna palabra. Cuando ha sido inglés o francés se han manejado ellas pero perdiendo matices. Tiene claro que la barrera lingüística limita.	Que conociese el protocolo de actuación, tuviese sensibilidad y respeto. Que sepa mantenerse en segundo plano y tenga empatía para entender lo que esconden las palabras y estar abierto a matices.
INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I16: Musicoterapeuta hospital	Sí, la experiencia es un grado. Si se ha pasado se puede empatizar más. Si se está pasando en ese momento hay que saber separar lo profesional de lo personal.	Sí.	Conocer a nivel sensorial qué se pueden encontrar y no tener prejuicios.	Considera que si tuviese un intérprete podría recoger más información para adaptarse mejor a la cultura musical y sonora del paciente y la familia. También trabaja en duelo y con sesiones dentro del equipo.
I17: Musicoterapeuta hospital	Sí porque puede entender mejor lo que pasa en esa atención.	Sí.	Entender al paciente como un ente biológico, físico y socio-espiritual.	Sí le ha ocurrido que cuando son pacientes valencianos, con el valenciano obtienen un mayor contacto porque expresarse en la lengua materna facilita. Nunca se habría planteado intérpretes profesionales. No trabaja en duelo.

Cuadro 102. Respuestas de las informantes 16 y 17 grupo 2

La primera informante indica que para realizar su trabajo, en muchas ocasiones necesita entrevistarse con los familiares y ahí es donde cree que más podría ayudarle el intérprete:

He trabajado con rumanos y también en hospital he trabajado mucho con pakistaníes y marroquíes y lo que hacía era hablar con los familiares y recoger un poco la historia sonoro-musical de esas personas porque al fin y al cabo yo sé que pongo una música o canto más con una cultura europea y yo me adapto mejor pero claro yo necesito saber los modos, tempos y ritmos que esa persona ha estado viviendo en su vida porque pueden ser completamente diferentes. Entonces de forma inconsciente nos está llegando una información muy musical y haces entrevistas a los familiares y el lenguaje es muy musical y te adaptas a esos ritmos y modos. Si hubiese una persona que pudiera hablar esa lengua seguramente yo podría recoger más información

La segunda informante ha observado que cuando trata a los pacientes en su lengua materna siempre obtiene un mayor contacto y también menciona la importancia de la cultura como elemento que facilita la atención:

A ver, está claro que hablar la misma lengua facilita, más que nada porque hay veces que en otros idiomas, como puede ser el inglés o el francés, igual nosotras hay matices de las frases que los podemos perder. Lo que también más hemos encontrado la diferencia es la cultura de cada persona, o sea, no se comunican de la misma manera, como que es más las normas sociales, la cultura, no es igual una persona que viene de Bulgaria como una persona que viene de sud-américa, o sea la comunicación con ellos es totalmente diferente, también la música es diferente. Para nosotras es más fácil trabajar con personas que conocemos su cultura musical, que quizás con personas que vienen de Bulgaria o Yugoslavia que nos hablan de cantantes que los buscamos, los escuchamos y luego intentamos eso transformarlo en música en directo, en una improvisación en ese momento para acercarnos más a ellos, entonces ya te digo a veces es por el idioma, pero otras veces es porque en su cultura la música es diferente a la nuestra.

Los siguientes tres informantes (18,19 y 20) son médicos paliativistas. El primero de ellos considera al intérprete profesional como un valor añadido que aporta tranquilidad y resalta como aspectos formativos la importancia de escuchar los deseos del paciente y la familiar, la necesidad de ofrecer información de forma veraz y el traslado de los matices con la forma y el tono adecuados para este contexto:

El enfermo quiere que le digamos la verdad, pero bajito, de tal forma que no le hagamos más daño con lo que le digamos, que no seamos bruscos, que si hemos comprendido porque lo hemos estado escuchando durante todo el proceso como es y comprendemos como es que nos adaptemos a sus necesidades y si luego te pregunta: ¿Qué me pasa doctor? A eso le tenemos que contestar, pero primero tenemos que saber qué es lo que sabe él, de lo que tiene y no caer en la trampa de empezar a soltar ya el rollo sin saber lo que sabe.

Además, resalta la necesidad de una buena comunicación con el paciente y su familia, pero también entre los compañeros del equipo. La relación de poder también aparece en su entrevista ya que según su opinión en este contexto no debe haber asimetría:

Con mucha frecuencia hay muchos pacientitos que están en silla de ruedas o que están en la cama, y nosotros desde nuestra postura de pie estamos explicándole cosas, así no se pueden explicar, estamos en asimetría total, tenemos que coger una silla sentarnos a su nivel, que nuestra línea de visión esté en la misma línea de visión del paciente, y se verá que nos preocupamos de él, es decir, estas son las ideas más importantes que yo quería comentarte.

La informante 19 cuenta su experiencia con un paciente para el que tuvieron que avisar a la limpiadora del hospital para que les ayudase a comunicarse. También indica que ser de la misma cultura y hablar la misma lengua no es suficiente para interpretar en final de vida y duelo por su experiencia:

Lo que se echa de menos es alguien que bueno que haga un trabajo mucho más específico del que se hace. La gente tiene muy buena voluntad, pero comunicar cosas tan trascendentes al final de la vida, aunque conozcas el idioma por la forma de decirlo y por todo no es algo sencillo. [...] Tuvimos un búlgaro y nos hizo de traductora una compañera nuestra del hospital de la limpieza. [...] La sensación que te queda es una sensación de vacío porque siempre confías en que la gente esté actuando de buena fe y que transmita lo que tú quieres decir, pero la realidad, depende de muchos otros factores, de cómo lo digas, de la forma de ser que tengas, como lo transmites de forma usual. [...] Hemos tenido otra paciente recientemente donde era muy complicado porque el marido no quería que los hijos tradujeran, el marido era el único que traducía y encima había una conspiración de silencios por parte de la familia, entonces este hombre nos traducía lo que le daba la gana. Y era evidente como escondía cosas, y como evitaba pese a que tú ibas al grano y le querías puntualizar, porque en este caso estuvimos negociando la posibilidad de una sedación porque estuvo con una disnea refractaria y era muy difícil porque encima el marido no quería que la enferma esté dormida, entonces, aunque la mujer lo estaba pasando mal, el marido sesgaba todo lo que le preguntábamos entonces se hizo muy complicado.

Uno de los aspectos formativos que menciona esta informante y que no habían mencionado los demás anteriormente es la necesidad de una planificación anticipada. Además, en su postura se muestra a favor de que el intérprete profesional forme parte del equipo. Esta opinión también es compartida por el informante 20:

Por eso te decía que también es muy importante que se incorpore en cierta manera al equipo porque se genera una mejor sincronía con aquellos que va a ayudar a aproximarse a las personas y también a la hora de poder devolver el mensaje porque yo tengo muy claro siempre y es algo que explico que una cosa es la letra y otra la música. Por ejemplo, cuando un paciente te dice ‘mis hijos están tan ocupados, tienen un trabajo tan importante’ me está diciendo con la música que qué sola se siente. Entonces esto que te da el conocimiento del idioma te permite escuchar la letra a la vez que la música y de esta manera yo voy a escuchar la música porque le escucharé el gesto, pero voy a tener con un poco de retardo la letra hasta que el otro me la cuente. Por eso es tan importante esta especie de complicidad y sintonía y por eso es tan importante que sea parte de un equipo. Posiblemente en contextos donde hay una alta tasa de personas extranjeras será tan importante el hecho de que sean incorporados estos profesionales y que pudieran ser parte integrante del equipo.

Para este informante, la comunicación en este contexto también es sanadora y considera que el contar con un intérprete es positivo también para el paciente, familiar o doliente porque se sentirá acogido y valorado en su diferencia.

En los dos siguientes cuadros se recopila la información de estos tres informantes:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I18: Médico paliativos hospital	Es muy importante la comunicación entre todos los profesionales y la comunicación con los pacientes. Es necesario que sea verdadera y sin juicios y atendiendo a las necesidades.	Sí.	A veces han tenido a alguien del hospital o un familiar, pero puede haber pactos de silencio que entorpecen la comunicación. Considera que un intérprete profesional sería un valor añadido.	Confidencialidad y respeto por los silencios, el ritmo y el lenguaje no verbal. Que sepa trasladar los matices.
I19: Médica paliativos hospital	Cercana y emocional.	Sí.	Familiares y se han dado problemas de confianza. Personas contratadas puntualmente, pero de la misma cultura que saben la lengua, pero no es suficiente para interpretar en final de vida. También habla de una situación en la que la intérprete fue una limpiadora rumana del hospital.	Empatía y formación en <i>counseling</i> .
INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I18: Médico paliativos hospital	Puede ayudar, pero no hay que tratar de subsanar los problemas que él ha encontrado en su vivencia porque cada una puede ser diferente.	Sí.	La importancia de escuchar los deseos del paciente y la familia y explicar los contextos que se pueden encontrar y unas pinceladas de psicoterapia.	Cuenta su experiencia entre euskera y español ya que muchos pacientes preferían hablar en euskera y no todos los profesionales son bilingües. Sabe que hay algún sistema de traducción automática pero no le parece adecuado en final de vida porque no traslada los matices ni la forma ni el tono.
I19: Médica paliativos hospital	La vivencia sí puede ser positiva pero si está pasando en ese momento es mejor no enfrentarse a la misma situación hasta que no pasen tres meses.	Sí.	Principios del <i>counseling</i> y explicación de posibles contextos que se puedan encontrar. Explicar cómo es el diálogo y la necesidad de planificación anticipada.	Considera al intérprete profesional muy necesario y que debería de formar parte del equipo.

Cuadro 103. Respuestas de los informantes 18 y 19 grupo 2

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I20: Médico paliativos hospital	Sanadora y que puede permitir que se cree un vínculo que sostenga al paciente y su familia. Incluye también empatía, autenticidad y aceptación incondicional.	Sí.	Familiares o él mismo pero le ha sido complicado porque cualquier barrera limita el vínculo.	Que sepa dónde está. Tener ubicados sus valores y principios y tener habilidades comunicativas en relación de ayuda. Considera necesario que el intérprete sea parte del equipo para entender no solo la letra sino también la música (no es solo quedarse en lo que se dice sino lo que esconde esa expresión).
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Depende. Lo que puede resonarme es lo que el otro dice por tanto es muy importante el conocimiento emocional propio. Que esté en sintonía con el contexto y los otros profesionales puede ser una ayuda para expresar cómo se siente.	Sí. Cree que una formación conjunta en súper necesaria.	Contextualización sobre lo que son los cuidados paliativos y <i>roleplays</i> para el manejo de las emociones.	La palabra traductor se le queda corta, le gusta más intérprete. Considera que el poder expresarse en la lengua materna ayuda al paciente a sentirse acogido y valorado en su diferencia. Le parece muy necesario también en duelo.

Cuadro 104. Respuestas del informante 20 grupo 2

La siguiente informante es enfermera en el equipo de soporte de atención hospitalaria (ESAH). En su experiencia, ha trabajado con intérpretes contratados a través de una agencia y un con familiares de los pacientes. Con los familiares ha tenido que sintetizar al máximo la información proporcionada y aun así ha observado que la comunicación no era fluida y muchas preguntas habían quedado sin respuesta. Con los intérpretes proporcionados por la agencia, pero que no saben si eran profesionales, no con todos han sido capaces de crear el vínculo que consideran necesario en este contexto:

Me vienen a la cabeza dos intérpretes que hemos tenido diferentes. Uno además era familiar de una persona que trabaja allí en el hospital y era una persona muy cercana y con un carisma un poco especial y además hasta la posición inclinado hacia el paciente te hacía ver que estaba muy conectado con la situación. Me viene a la cabeza otro que tuvimos que era también pues un chico más majo pero la posición era más recta, más separado del paciente, mucho más aséptica es que esa palabra me ayuda a describir lo que quiero. Por tanto, era más barrera porque decía yo estoy aquí para explicar tus palabras, pero muy así, muy lineal. Entonces pues el primero que te digo pues era más cómodo y ayudaba más a que esa comunicación fluya más. Sobre todo, yo creo que estás ahí porque te gusta y porque te sientes a gusto, sino pues mejor hay que ir a interpretar a otro lado.

En su opinión un intérprete profesional que trabaje en este ámbito debe ser alguien dispuesto a entrar en un hospital, sensible, empático y que preste atención al lenguaje no verbal. En definitiva, lo considera como «un punto del engranaje maravilloso» y que necesita una mayor visibilidad también en el ámbito del duelo ya que cuando un paciente fallece, los profesionales no pueden desaparecer y no acompañar al doliente, sino que se debe hacer un cierre a través de visitas de seguimiento y derivaciones si se consideran necesarias.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I21: Enfermera paliativos hospital (ESAH)	Emocional y que va más allá del lenguaje verbal y no verbal por ser un ámbito de final de vida.	Sí. Considera que ha sido imposible tratarlos como si hablasen la misma lengua materna.	Intérpretes traídos por hospital (cree que profesionales contratados a través de una agencia) y con familiares. La sensación que tiene es que parece 'el juego del teléfono' y desde que da la información hasta que le llega la respuesta del paciente observa que hay información no trasladada por lo que ha tenido que sintetizar y muchas preguntas han quedado sin responder.	Sensibilidad, predisposición, empatía, escucha activa y atención a las miradas.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí pero no especialmente para ese trabajo, puede servir para todo.	Sí.	Relación de ayuda, comunicación interpersonal, Empatía y Autoprotección.	No sabría dónde recurrir a un intérprete profesional. Sí recomiendan ir a grupos de duelo.

Cuadro 105. Respuestas de la informante 21 grupo 2

El próximo perfil como informante entrevistado es el de psicóloga en una Unidad de Cuidados Paliativos hospitalarios. En su experiencia, los intérpretes han sido *ad-hoc* y le ha creado una sensación de frustración por la dificultad de comunicación, sobre todo, para abordar el duelo:

Temas muy importantes con una niña que es la que dominaba el idioma, pero claro una niña desbordada por la situación, con la que encima tienes que estar tratando temas lo más sutilmente, pero temas que tienen su envergadura y que no era lo ideal, pero, muy complicado. [...] Pues me he sentido un poco frustrada en cuanto a no poder realmente tener una información más completa, porque en una comunicación cuando hay un lenguaje común no solo es la parte lingüística sino, y sobre todo nosotros desde los psicólogos, muchas veces de las frases o de los comentarios que mencionan se saca muchas más información, lo que es toda la información quizá más no verbal, se denotan un poquito determinadas actitudes, determinados afrontamientos, eso que para mí como psicóloga es fundamental pues claro esa parte la veo muy difícil, un poco frustrada en ese sentido porque se me queda gran parte de la información sin poder valorarla, sin poder manejarla.

También comenta que ha dispuesto en alguna ocasión de intérpretes voluntarios de una asociación con los que se ha sentido más cómoda porque después de la sesión ha podido entablar una conversación con ellos para preguntarle su opinión sobre distintos aspectos que consideraba relevantes ya que durante la sesión no ha podido esclarecerlos:

Me he sentido un poco más cómoda, pero fíjate ha tenido que ser quizá, estos intérpretes a lo mejor establecían un cierto vínculo un poco más allá de lo que es la mera presencia de mira venimos a comentarte tal tema o queríamos valorar, se han quedado luego un poco comentando, han establecido un cierto vínculo, y eso a mí me resultaba fundamental porque luego al yo hablar con este intérprete aparte, cuestiones que para mí resultaban importantes de ¿y cómo crees tú qué?, oye ¿y este tema crees tú que es algo que le resulta cómodo abordar? o ¿cuándo dice que no a esto te da la sensación de que es un no porque no lo sabe, un no porque no quiere seguir yendo por ahí?, quiero decir esa parte me resulta imprescindible y entonces estos intérpretes que han conseguido establecer un contacto un poquito más allá y un conocimiento de esa persona pues a mí luego me resulta vital, claro que sí.

Por ello, considera que el intérprete debe tener un papel activo y avise de malentendidos. Otros requisitos que exigiría sería que pudiese establecer un vínculo y que supiese transmitir los matices de ambos interlocutores.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I22: Psicóloga paliativos hospital	Emocional y empática. Se abordan temas muy complejos que generan dolor y sufrimiento por lo que es importante el respeto.	Sí.	Familiares, pero se ha sentido frustrada por la dificultad y reduce el número de preguntas y no se puede abordar el duelo. También intérpretes de asociaciones con los que ha estado un poco más cómoda porque se establece un vínculo mayor, pero dificulta el que solo estén disponibles unos días y a unas horas específicas porque en final de vida surgen cuestiones en cualquier momento. En una ocasión también utilizó a una persona de la limpieza como intérprete.	Que pueda establecer un vínculo y que sepa transmitir la forma y los matices del mensaje de ambos interlocutores y la familia.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Depende. No lo considera beneficioso por si interfiere demasiado pero si se ha elaborado de una manera sana sí puede ayudarlo.	Sí.	Diversos estilos de afrontamiento, reacciones, influencia de actitudes y personalidad, duelo y conspiraciones de silencio.	Necesidad de un intérprete que vaya más allá, que pregunte incluso si cree que hay malentendidos. Que tengan una charla posterior y que fuese un servicio disponible a todas horas como un miembro más del equipo.

Cuadro 106. Resultados de la informante 22 grupo 2

La última informante de este segundo grupo es trabajadora social en paliativos y recalca que la comunicación debe ser directa y empieza el primer día del ingreso hasta que se cierra el caso con el doliente. Además, comenta distintas situaciones de las que se encarga el trabajador social como el ingreso de un hijo discapacitado en un centro tras el fallecimiento del progenitor, la solicitud de una tutela y el seguimiento de la adaptación al centro o la gestión de la renta mínima, por ejemplo. En su hospital reciben a muchos pacientes extranjeros y en sus 27 años de experiencia tuvieron una etapa que los intérpretes estaban proporcionados por distintas ONGs. Sin embargo, desde hace unos años este recurso ya no está disponible y tampoco le dan otras estrategias ni en consulados ni embajadas así que se ha visto obligada en algunas situaciones a llamar a algún intérprete que tiene guardado en su lista de contactos para consultarle si puede ir de forma voluntaria, aunque también señala que no debería darse esta situación. Por otro lado, en muchas ocasiones son los familiares los que hacen de intérpretes, pero se han encontrado con problemas por no trasladar toda la información por no hacerle sufrir o por miedo o por trasladar la información de distinto modo.

Otro de los puntos relevantes de su entrevista fue la mención de la desventaja en la que se encuentran en ocasiones los pacientes y familiares de habla inglesa ya que según apunta no llaman a un intérprete por creer que se pueden manejar con los conocimientos de los que disponen, pero sí lo hacen con una persona de un país del Este, por ejemplo, ya que el desconocimiento de su idioma es total. El resto de información aportada se recopila en el siguiente cuadro:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I23: Trabajadora social paliativos en hospital	Comunicación directa (de tú a tú). Empieza el primer día del ingreso con pacientes y familiares. Emocional y empática.	Sí (muchos).	Antes tenían algún intérprete traído por ONG. Ahora no tienen esa posibilidad, pero a veces llama a algún contacto que tenga de esa época y se tiene que hacer de manera voluntaria. También son los familiares los que hacen de intérpretes, pero considera que no trasladan toda la información porque creen que agravan el sufrimiento. A veces algún compañero profesional que tuviese algo de conocimientos de inglés.	Empatía y conocimientos básicos de lo que implica un final de vida. Que sepa trabajar en equipo.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	La experiencia puede ayudar.	Sí.	Cómo es el trabajo con las familias. La importancia de cerrar el ciclo vital. Tareas que se tienen que hacer tras el fallecimiento (puede haber tutelas, gestión de rentas mínimas, repatriación de cuerpos, etc.).	Situación ideal sería que se reconociese al intérprete como una parte fundamental también en la parte del duelo. Considera que a veces se piensa que en inglés se pueden manejar y no se llama a ningún intérprete lo que conlleva una desventaja para estos pacientes egoístamente por la actitud de creer que es un idioma en el que todo el mundo se puede manejar.

Cuadro 107. Respuestas de la informante 23 grupo 2

6.3.2.2.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios de paliativos en hospital

Todos los informantes del grupo segundo coinciden en que el que le intérprete haya pasado por una situación en su entorno cercano similar a la interpretada puede ser positivo porque aumentará la empatía y conocerá mejor la situación. No obstante, tiene que tener en cuenta que no se deben comparar las situaciones (informante 18); debe tener un estado emocional estable para que el relato del paciente no le resuene hasta el punto de afectarle y, para ello, es necesario estar en sintonía con el contexto y los otros profesionales (informante 20) y debe haber elaborado el proceso (informante 22). Además, si está pasando por una situación similar en ese momento debería tener la capacidad suficiente para separar lo profesional de lo personal y que no se vea afectado su bienestar emocional (informante 16) y la informante 19 cree que deben pasar unos tres meses para volver a enfrentarse a una situación similar.

6.3.2.3 Profesionales sanitarios de distintas especialidades en hospital

El tercer grupo está compuesto por 12 informantes que pertenecen a distintas especialidades sanitarias que también están en contacto con situaciones de final de vida y duelo.

Las dos primeras informantes son enfermeras generalistas. Respecto a la comunicación, la informante 25 resalta que con los pacientes extranjeros sin intérprete es muy delicada y coloca a los pacientes en una situación de mayor vulnerabilidad:

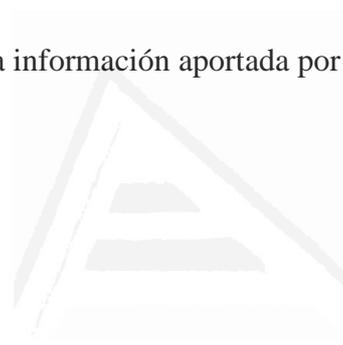
Muchas veces la comunicación con este tipo de pacientes o de familiares es complicada porque al final tampoco tienes un apoyo oficial donde gestionar porque muchas veces la gente que interpreta son familiares de ellos o ya no familiares, vecinos, amigos, gente que ellos conocen porque la mayoría de veces ni tienen familia aquí, son vínculos que han creado con gente de aquí que les puede echar una mano pero, rara vez es una persona cualificada a nivel profesional en ese ámbito, también es verdad que si no tienen a nadie, porque muchas veces es que no tienen a nadie conocido, pues nosotros la comunicación es también limitada la que le podemos ofrecer porque aunque sepamos un nivel básico de inglés tampoco es un nivel adaptado a las necesidades de que se tienen, y no solo en inglés porque en Torrevieja, por ejemplo, estamos hablando de muchísimas otras nacionalidades en las que la comunicación es prácticamente imposible si no tiene algún familiar o algún apoyo.

La informante 24 ha trabajado con distintas situaciones: sin intérprete y valora esta experiencia como insatisfactoria; con familiares y ha tenido dudas sobre si se ha transmitido toda la información o si se ha ocultado parte por no hacer daño a la parte más vulnerable y con intérprete contratado por los propios pacientes donde se ha sentido más cómoda porque la comunicación era más fluida.

La informante 25 no tiene experiencia con intérpretes profesionales de forma presencial, pero sí disponen de una plataforma de interpretación telefónica que, según su opinión, el tener que pedir cita por adelantado no es factible en un contexto donde prima la inmediatez. Por tanto, considera que esta limitación de la disponibilidad y el que sea telefónico no les permite cubrir la necesidad de interpretación que tienen.

Como aspectos formativos que añadirían a los mencionados anteriormente, la informante 24 opta por explicar los síntomas básicos del cuidado y el no tener miedo porque el miedo puede convertirse en una barrera para una adecuada atención. La informante 25 añade la visión global de las enfermedades terminales y señala como imprescindible el conocer herramientas de autocuidado. Opina que es necesario disponer de intérpretes formados para ofrecer un mejor trato al paciente «sería muy interesante tener esa disponibilidad sobre todo en hospitales donde la población es mayoritariamente extranjera y sería muy interesante para poder avanzar en el día a día y tratar a los pacientes de manera más efectiva».

El siguiente cuadro resume la información aportada por estas dos informantes:



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I24: Enfermera generalista	Emocional y terapéutica.	Sí.	Ha trabajado con extranjeros sin intérprete y ha tenido que entenderse por gestos sin ser satisfactorio. Con familiares también tiene experiencias, pero duda de si se ha transmitido todo o se ha ocultado información y le ha costado ver el vínculo que había entre ellos. Con intérprete traído por el paciente también y ha sido satisfactorio porque la comunicación ha sido fluida.	Misma intensidad, mismo tono, empatía y disponibilidad.
I25: Enfermera generalista	Es una comunicación complicada y limitada y que los extranjeros se encuentran en situaciones de mucha vulnerabilidad por lo que no puede comunicarse al igual que si compartiesen la lengua materna.	Sí (muchos).	En ocasiones han sido conocidos porque familiares no tenían cerca y la comunicación ha sido casi imposible porque no se transmite toda la información ni del paciente al profesional ni viceversa. Disponen de una plataforma online de interpretación, pero al tener que pedir cita por adelantado casi no se hace uso por la limitación de la disponibilidad. Nunca intérpretes profesionales presenciales.	Empatía y una postura neutra donde no haya subjetividad.
INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I24: Enfermera generalista	Positivo.	Sí.	Síntomas básicos del cuidado. Formación en duelo y saber que se pueden encontrar situaciones de todo tipo. No tener miedo porque también puede ser una barrera. No sabe dónde recurrir a intérpretes, quizá hablaría con la trabajadora social.	Considera necesaria la formación de los intérpretes para poder trabajar mejor en ámbito de final de vida.
I25: Enfermera generalista	Puede favorecer la empatía. El no haberlo superado sería negativo para el intérprete y para el paciente por las interferencias que podría haber.	Sí.	Visión global de enfermedades terminales, trabajo de emociones, empatía, respeto y herramientas de autocuidado. Considera imprescindible que el intérprete recibiese formación en final de vida. Cree que disponer de intérpretes profesionales sería un avance para un mejor trato al paciente.	En su hospital hay un grupo de apoyo para pacientes pero no hay extranjeros por barrera de idioma que se convierte en barrera de acceso.

Cuadro 108. Respuestas de las informantes 24 y 25 grupo 3

La informante siguiente es enfermera gestora de casos de oncología en un hospital de Torrevieja. En su día a día se encarga de los pacientes que están en tratamiento oncológico activo y su seguimiento. Por ello, parte de su tarea diaria consiste en llamadas telefónicas para ver cómo se encuentran, si tienen dudas del tratamiento, si hay que reajustar medicación, etc. Considera que la comunicación con pacientes extranjeros le resulta «incómoda y violenta» teniendo que buscar otras estrategias para poder comunicarse:

Yo me meto la historia clínica del paciente con lo cual me oriento mucho de cuál ha sido la última cita, la próxima cita, entonces relaciono enseguida pero vamos que no es una conversación fluida, de hecho yo lo noto en mis seguimientos a los pacientes que hablan español tenemos una relación mucho más cercana, mucho más cordial, incluso puede tocar a veces lo personal pero yo jamás he tenido con un paciente inglés esa relación, al revés estoy deseando que me digan que han entendido lo que yo le he dicho para colgar la llamada.

Por tanto, al no disponer de un intérprete profesional presencial y solo tener una plataforma de interpretación telefónica que no le resulta útil puesto que las llamadas que recibe a diario no son programadas y para utilizar el servicio debe concertar cita previa, lo que más cómodo le ha resultado hasta el momento ha sido que le llame alguna persona que tenga conocimientos mínimos de español para poder entender lo esencial. También ha tenido que recurrir a compañeros del hospital para que le ayudasen en la comunicación. En el siguiente cuadro se resume su opinión sobre todos los parámetros comentados en la entrevista:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I26: Enfermera gestora de casos de oncología en hospital	En su caso la atención es mucho vía telefónica para hacer seguimiento de casos. La comunicación debería ser empática, directa y sin rodeos, pero con pacientes extranjeros le resulta muy complicada. Considera que la atención que le da a los pacientes extranjeros comparada con los de habla española es muy diferente.	Sí (muchos).	Muy difícil sin intérprete y le llega a resultar incómodo y violento. Tiene que indagar antes de llamar en la historia del paciente para hacerse una idea previa. Le resulta más cómodo que le llame alguien que sepa un poco de español aunque tienen un programa de interpretación telefónica pero le resulta complicado porque normalmente ella recibe llamadas a diario y no son programadas.	Disponibilidad y Empatía. También le gustaría que se adaptase a la cultura de los pacientes porque detecta que por ejemplo los ingleses le parecen más educados y menos directos que los españoles. A veces hay que sumar que el paciente tiene una enfermedad que afecta al habla (lesión de laringe, por ejemplo) junto con que la atención es telefónica y todavía se complica más por eso necesitaría la ayuda de un intérprete.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	No se le ha preguntado.	Sí.	Conocer el contexto y cómo funciona un hospital.	Fenomenal le parecería tener intérpretes porque cuando es un paciente extranjero jamás ha podido establecer un vínculo más emocional. Está deseando que le digan que han entendido para colgar la llamada cuando. No sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales.

Cuadro 109. Respuestas de la informante 26 grupo 3

El informante 29 es enfermero en traumatología y miembro del equipo de trasplantes del Hospital General de Alicante. Es nacido en Reino Unido por lo que ha tenido que hacer de intérprete para otros compañeros cuando los pacientes y familiares son de habla inglesa. Se ha sentido cómodo por poder ayudar, pero si esta situación le ocurriese a él en otro país le gustaría que le ayudase un profesional:

Yo siempre cuando me presento a la familia o a un paciente digo que soy trabajador del centro y que les voy a ayudar en el tema de la comunicación. Siempre es el facultativo el responsable médico del paciente que tiene que dar la información clínica. Si este familiar o paciente no lo entiende pues le sugiero que puedo ayudar a traducírselo. Yo solo me ofrezco para colaborar en tareas de inglés. [...] Yo sí me he sentido cómodo por la sensación que estamos siendo útiles en un momento en que una familia o un paciente se encuentra en un sitio desconocido, en un país extraño y en una situación inesperada. Entonces sabiendo que hacemos una labor totalmente desinteresada y nos ponemos en la piel de la familia. A mí me gustaría que si estoy en un país que no conozco la lengua me gustaría que me ayudara un profesional.

Tras esta respuesta, se le preguntó cómo se organizaban cuando los pacientes eran de otras nacionalidades. El informante respondió que durante algunos periodos han dispuesto de alumnos de interpretación en prácticas y otras veces son los pacientes los que traen a su intérprete.

Al intérprete profesional quien consideraría un «perfil idóneo para este tipo de puesto» le pediría que tuviese conocimientos del sistema sanitario y, si va a estar en la unidad de trasplantes, que haya acudido a un curso de donación y familiar para saber cómo funciona el proceso de donación. Además, cree que debe ser una persona que no tenga miedo a los hospitales y ser consciente de que vivirá momentos complicados. En el siguiente párrafo extraído de la transcripción de su entrevista, el informante señala las situaciones que tendría que enfrentarse un intérprete como el asesorar a la familia de un donante sobre trámites y cuestiones legales:

Una de las labores que tendría es la colaboración en casos de donación de órganos es imprescindible que asista y participe en unos cursos que están ya diseñados que se llaman familia y donación. Tratan la entrevista con la familia porque un profesional sanitario con conocimientos de otra lengua puede traducir algún término médico, pero luego, cuando el médico termina en su fase de explicar la situación clínica es cuando se queda el intérprete con la familia y debe de asesorar a la familia en esos momentos sobre una serie de trámites y cuestiones legales, éticas y demás. Es decir, a esa formación básica que se le va a dar en la facultad hay que añadir el conocimiento del sistema sanitario, conocer el proceso de donación y las técnicas de entrevista familiar y conocer también trámites porque te puedo asegurar que surgen preguntas de toda índole. Hay veces incluso que el posible donante está inmerso en una situación judicial porque el accidente que ha tenido ha habido violencia o si ha sido accidental y se llama un donante con caso judicial y hay que esperar a que un juez también tiene que entrevistar a la familia para determinar las causas de la agresión. Un donante también puede ser una persona que ha sufrido un aneurisma cerebral o ha sufrido una caída por las escaleras de su casa, pero claro nosotros no sabemos si se ha caído o le han empujado. Para que veas que ese profesional se va a enfrentar a muchísimos matices dentro de lo que es la donación.

Además, en una formación también cree que se debería incidir en el concepto de muerte útil necesario para que el proceso de donación no se frustre porque no haya una buena comunicación:

Entonces el intérprete va a ser capaz de transmitir a una familia que está en pleno duelo o antes del duelo porque todavía no acepta que tiene un familiar fallecido y entonces tiene que entender el concepto útil de la muerte. ¿Qué es ese concepto? Pues que el familiar entienda que los órganos de su familiar pueden seguir vivos en otro paciente (en otra persona que lo necesita) y ese es el único consuelo que le va a quedar: que su familiar sigue vivo entre nosotros. Como te puedes imaginar esas son algunas situaciones a las que se va a enfrentarse ese intérprete que le van a suponer una gran responsabilidad, pero una inmensa satisfacción porque está ayudando a muchísimas personas. Cuando consigue ese intérprete un donante de órganos va a satisfacer al menos cuatro o cinco familias porque un riñón va a una persona, el otro a otra, parte del hígado va a otra persona, las córneas a otra... así que cinco o seis familias van a llenarse de vida gracias a su trabajo. Muchas veces una donación se puede frustrar porque no hay una buena comunicación ni una buena empatía entonces creo que cualquier no puede ser candidato para este tipo de trabajos.

A continuación, se recopilan sus respuestas:



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I27: Enfermero en traumatología y en equipo de trasplantes en hospital	Considera que la comunicación es una herramienta poco costosa y de un valor fundamental y esencial para dar apoyo en momentos difíciles y para trasladar la información de la mejor manera posible.	Sí.	Él hace de intérprete de inglés para el equipo de trasplantes porque él es británico y sus compañeros le piden que haga de intérprete, aunque él se considera más bien un apoyo. Han tenido pacientes que traían a un familiar para interpretar o un conocido. Nunca ha trabajado con profesionales. En alguna ocasión han tenido que pedir ayuda al Consulado. Han tenido alumnos de traducción e interpretación de prácticas.	Conocimientos del sistema sanitario. Imprescindible asistir a un curso de donación y familia. Conocer el proceso de donación. No tener miedo a hospitales. Saber que va a vivir momentos difíciles, pero es necesario saber estar y conocer el concepto de muerte útil.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí. Cuando uno va cogiendo experiencia debe saber separar.	Sí, le parece muy importante.	Explicación del funcionamiento del sistema sanitario, del proceso de donación, de cremación y de repatriación. Conocimientos básicos de las implicaciones judiciales. Necesidad de una buena comunicación porque a veces se ha truncado el proceso de donación por una mala comunicación.	Sabe que hay intérpretes en la sanidad privada y le parece muy necesario su trabajo. Impulsó unas becas ofrecidas por el gobierno de la Comunidad Valenciana. Considera que el perfil del traductor e intérprete sería idóneo para que la comunicación sea más fluida y mejor. Cuando son pacientes ingleses fallecidos se les manda una carta en inglés pero si es de otra nacionalidad se le manda en español.

Cuadro 110. Respuestas del informante 27 grupo 3

Los tres siguientes informantes son personal de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La primera es enfermera y comenta que la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI es más limitada y se les aportan menos datos:

Yo creo que se les da menos información, sinceramente, porque en este caso el lenguaje es una barrera y luego, no todo el mundo habla igual de bien el inglés, entonces se le dan las cuatro pinceladas para pasar esa guardia en el caso de un médico, pasar la pelota a quien sea su médico correspondiente. Yo creo que se da bastante menos información, hombre si hay que hacer una prueba o algo que necesite el consentimiento, ahí sí que se intenta que entiendan bien lo que se les va a hacer o lo que se les está pidiendo, pero si no si es contar eso, cómo ha pasado el día, yo creo que se va a lo justo.

Ella misma ha tenido que hacer de intérprete de inglés para sus compañeros y se ha sentido bien por servir como «un vehículo de una comunicación importante» aunque le ha supuesto empatizar demasiado. Además, cuando el idioma es distinto al inglés no disponen de ningún recurso para facilitar la comunicación por lo que en una ocasión con un paciente japonés tuvieron que utilizar a un residente de otra unidad que había estado en Japón para tratar de explicar lo más básico:

Incluso hemos llegado a tener algún japonés que era un paciente, me estoy acordando, un paciente de japonés con el que me comuniqué a través del Google Translator. [...] En japonés, o sea, con el audio, o sea, con la pronunciación, bueno con el audio que tienen ellos en japonés, afortunadamente teníamos rotando a un residente de medicina interna que había hecho la tesis doctoral en Japón, y fue capaz de interpretarnos porque sino imposible. [...] Además ahí sí que tienes que hacer un acto de fe de que lo que están es contando es eso.

También aparece durante su entrevista la referencia a las barreras culturales que intentan suplir transmitiendo seguridad:

No es lo mismo una persona japonesa que además, por ejemplo, nosotros en la UCI para que te haga una idea, les tenemos a todos desnudos, bueno, cubiertos con sábanas y tal, pero por ejemplo yo sé que la cultura japonesa eso lo lleva mal, ahí ya tenemos otra barrera, o si es un musulmán y tú eres una mujer que le estás atendiendo, todo depende, pero bueno se intenta favorecer un poco la situación y que todo fluya, pero sobre todo lo que intentamos las enfermeras, hablo de enfermeras, es transmitirles que estamos con ellos, que están acompañados, que están bien, que estamos haciendo todo lo posible y que se sientan seguros, lo que nosotros intentamos es transmitir seguridad.

Le parece muy interesante el realizar una formación conjunta porque cree que los pacientes confían en el intérprete y hay que potenciar más esta profesión «me parece que incluso los propios pacientes confían en el intérprete, o sea, es como una especie de familia, no sé, tiene que ser una figura en la que se apoye mucho el paciente también».

El siguiente cuadro resume la entrevista con esta informante:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I28: Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos	Empática, de acompañar y tranquilizar. Opina que con pacientes extranjeros se les da menos información para que entiendan, al menos, lo esencial.	Sí.	Tuvieron un paciente japonés y fue un médico residente que había hecho la tesis en Japón el que hizo un poco de comunicador. Con otros pacientes han tenido que utilizar <i>google translate</i> . Familiares y personas traídas por el paciente, pero han tenido dificultad cuando han sido los hijos y han tenido que hacer un acto de fe pensando que se lo transmiten todo. Ella misma ha hecho de intérprete de inglés. A veces han llamado al cónsul para temas de papeles y seguros. Tienen un servicio de interpretación telefónico que dice que es muy lioso y no utilizan.	Empatía, sensibilidad, compasión y habilidades sociales y humanas. Entender de burocracia y terminología.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Positivo	Sí.	Los llevaría por su área para conocer a qué se van a enfrentar.	Muy necesario el uso de intérpretes porque es una persona en la que el paciente confía mucho también. En UCI tienen a los pacientes tapados pero están desnudos y por ejemplo eso no está bien visto en todas las culturas por lo que también un intérprete podría ayudar en esa parte.

Cuadro 111. Respuestas de la informante 28 grupo 3

El otro perfil de UCI es un médico que considera que la comunicación es «fundamental porque los pacientes que están ingresados en UCI tienen una situación crítica grave. La mayoría de las veces la causa de ingreso es una situación inesperada para la familia y causa un estrés emocional muy grande» y, por ello, debe ser objetiva y humana a la vez. Durante su experiencia en esta unidad, trabajó hace 15 años con un traductor contratado por el hospital cuya experiencia fue positiva. Sin embargo, desde hace 6 años, este recurso

dejó de estar disponible y alrededor de un 20 % de sus pacientes sí acuden acompañados por intérpretes *ad-hoc*, lo que les genera inseguridad, y «solo un 2 % puede permitirse el contratar a un profesional por ser personas con un poder adquisitivo más alto».

En su alusión a la terminología, considera que el intérprete debería estar familiarizado con el vocabulario, pero por su experiencia, «lo que hacemos fundamentalmente es bajar el nivel de términos técnicos para que al traductor se le facilite su trabajo». Sin embargo, sí considera de mayor importancia el ajustar el tono de la comunicación a la realidad emocional del paciente y sus familiares sin perder la objetividad. Este informante recalca que «es muy importante traducir bien cuando una persona se está muriendo y creo que esto debe canalizarse como una subespecialidad en este campo». A continuación, se presenta el resumen de su entrevista:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I29: Médico Unidad de Cuidados Intensivos	Cree que la comunicación es fundamental en esta área porque los familiares suelen estar con un estrés emocional muy grande. Por ello cree que la comunicación debe ser objetiva y humana a la vez.	Sí	Antes tenían un traductor contratado (a veces presencial y a veces telefónico). Después ya desapareció esta figura y los pacientes suelen traer en su mayoría a algún familiar o conocido, pero le surgen dudas sobre si está comunicando bien. Un 2% trae su propio intérprete pero es profesional y cree que son los pacientes con mayor poder adquisitivo.	Familiarizarse con el vocabulario (aunque suelen adaptar el registro al estado emocional del familiar). Trasladar el tono y sonar naturales y adaptados al estado emocional de la persona. Hacer que se sientan cómodos y el respeto por las emociones. Indica que «el intérprete es como la sombra del médico».
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí porque si conoce el contexto tiene mayor capacidad de traducir adecuadamente. Si está en ese momento debe de estar estable y capacitado.	Sí.	Formación sobre qué significa estar enfermo y qué es un duelo. Saber cómo viven los médicos esas situaciones y el significado que quieren que el intérprete transmita.	Insiste que debe de crearse una especialidad dentro de la interpretación. En UCI si ya se sabe que va a fallecer hay un protocolo de final de vida. Tienen reuniones para saber qué decir y cuándo. Cree que el intérprete tendría que entrar a estas reuniones y ser parte del equipo.

Cuadro 112. Respuestas del informante 29 grupo 3

El tercer informante dentro de los trabajadores de la UCI es enfermero y también miembro del proyecto HU-CI (Humanización de los Cuidados Intensivos) donde consideran la comunicación como una herramienta necesaria tanto entre profesionales, con los pacientes y con los familiares. También la resume como incómoda en situaciones críticas. En su experiencia con intérpretes, han sido ex pacientes extranjeros los que han creado una red de ayuda para sus compatriotas y lo valora como positivo sobre todo en las situaciones de final de vida donde «hay que afinar mucho, tanto con el lenguaje, como con el contenido de lo que vas a comunicar». Además, se ha sentido tranquilo porque les «ayudaban sobre todo a trasladar el contenido exacto de lo que queríamos trasladar que era lo que probablemente nosotros hubiéramos hecho de una manera deficitaria por no conocer los intrínquilos del manejo del idioma». No obstante, considera que el poder contar con intérprete profesionales sería «lo ideal» porque podrían garantizar una comunicación eficaz que los profesionales sanitarios no puede asumir:

Lamentablemente nosotros siempre ponemos sobre la mesa que echamos en falta en nuestra formación de primer grado una formación adecuada en ese sentido. Fíjate que nos entrenan muy bien pues para canalizar vías, para poner un tubo en la boca, para manejar ventilación mecánica, para multitud de cosas, pero para algo que hacemos diariamente que es comunicarnos con los pacientes y su familias, y a veces en situaciones muy complicadas, nadie nos entrena durante la carrera, y al final, tenemos que aprender un poco del ensayo error o incluso del comportamiento de otros compañeros en la que vemos cosas que nos gustan y tratamos de aplicar, y otras que para nada nos gustan y que lógicamente deberíamos descartar.

Esta información y la relativa a los demás parámetros está incluida en el siguiente cuadro:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I30: Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos	La comunicación es una línea de trabajo dentro del proyecto HU-CI porque consideran que es necesaria tanto entre profesionales como con el paciente y la familia. Cree que la comunicación en situaciones críticas puede resultar incómoda, pero por eso son necesarias las habilidades de comunicación.	Sí	Familiares, voluntarios organizados (buenas experiencias). En otro hospital donde estuvo había ex pacientes que hacían de intérpretes y la experiencia fue bastante buena porque eran de mucha ayuda.	Contextualizar y que mantenga la mirada, el lenguaje no verbal y respete los silencios.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Positivo	Sí.	Básicamente el respeto por las manifestaciones de dolor, así como la sencillez y veracidad. También conocer las fases normales del proceso de duelo. Para una comunicación eficaz hay que tener en cuenta la parte no verbal. El contenido debería ser claro, sencillo, directo, corto, respetuoso y dar la oportunidad de preguntar. Incidir en la relación de ayuda y sus pilares: respeto, empatía y autenticidad.	Ideal contar con profesionales y que tengan una subespecialización, sobre todo, en final de vida que «es donde más tienes que afinar lo que comunicas y cómo lo comunicas».

Cuadro 113. Respuestas del informante 30 grupo 3

De estos tres informantes que trabajan en UCI observamos que coinciden en la necesidad de que la información sea trasladada de manera objetiva, pero sin olvidar la parte más humana, ya que los pacientes se encuentran en situación crítica y los familiares en estado de shock porque en muchas ocasiones el ingreso es repentino e inesperado. Por tanto, el intérprete profesional sería un recurso de gran ayuda, pero debería conocer las particularidades del contexto de actuación y los pilares de la relación de ayuda como son el respeto, la empatía y la autenticidad.

A continuación, los dos cuadros resumen la información del perfil de Atención Primaria:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I31: Médica Atención Primaria en centro de salud	También van al domicilio que suele ser un entorno más relajado porque el paciente se siente más cómodo y se suele comunicar mejor aunque esté en final de vida.	Sí. Se ha llegado a exigir que acudiesen con alguien que conociese algo de español. En domicilio han tenido a familiares o conocidos como intérpretes.	Familiares (cuando son hijos suelen tener vergüenza ante ciertos temas o incluso temor). Aunque le han sido de ayuda los familiares (mejor que nada). Con algún profesional traído por pacientes también ha trabajado, pero en muy pocas ocasiones. Observa diferencias entre profesional y <i>ad-hoc</i> como sentirse más cómoda con profesional.	Empatía, capacidad de comunicación, control de la actitud, expresiones, gestos y tono de voz. Que se transmita la totalidad del mensaje.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Positivo porque transmitirá mejor las emociones y podrá empatizar más. No cree que sea contraproducente el estar pasándolo en ese momento, pero quizá podría afectarle de manera más emocional el momento de la comunicación. Siempre que hay un control puede ser positivo.	Sí.	Necesidad de charla previa y posterior. Trabajo en equipo. Descripción de algunos casos para que no haya tanto impacto.	Muy necesario la figura de un intérprete profesional. No sabría dónde recurrir para encontrarlos. Durante el covid a pesar de ser las consultas telefónicas, en ocasiones se ha citado al paciente porque por teléfono ha resultado imposible. La manera en que se dirige una historia clínica también puede variar si son extranjeros. Recomiendan a familiares acudir a grupos de duelo. También lo ha recomendado a extranjeros, pero no sabe si han acudido.

Cuadro 114. Respuestas de la informante 31 grupo 3

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I32: Médica Atención Primaria en centro de salud	No se pueden abordar los aspectos psicosociales y no se les puede tratar de la misma manera por la barrera idiomática. Hay veces que se pierden las citas, no saben dónde tienen que ir, no entienden el sistema sanitario y dejan de acudir por lo que una comunicación adecuada a sus necesidades es esencial.	Sí (muchos). Principalmente subsaharianos y marroquíes. La mayoría de sus pacientes son inmigrantes de bajo nivel adquisitivo.	No tienen intérprete y resulta muy complicado siempre. Con el COVID es más complicado incluso porque hay parte que se hace por teléfono. Amigos y familiares son los que hacen de intérprete y en su opinión mejoran un poco la situación porque se puede hacer una media idea de lo que les pasa y se intenta resolver el motivo principal de la consulta, aunque otros aspectos no se puedan tratar. Con familiares y amigos la confidencialidad y la intimidad se pierden.	Entender la terminología. Entender el registro más coloquial del paciente. Ayudar al paciente para que no se pierda por el sistema sanitario. No dar su opinión. Respetar las creencias del paciente.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
No se le ha preguntado.	Sí.	Respetar el secreto profesional. Confidencialidad.	Cuando considera que el paciente necesita cuidados paliativos pues se les remite y se está en contacto. En su consulta también atiende a dolientes y ella les hace un poco de terapia (les deja que se expresen, que le cuenten cómo se sienten...) pero no disponen de grupos de duelo. Cree que el intérprete aquí también es muy necesario porque en estos momentos no pueden atender de forma integral a los pacientes ni dolientes.	

Cuadro 115. Respuestas de la informante 32 grupo 3

Ambas informantes consideran que disponer de un familiar o conocido que les haga de intérprete les es, al menos, más útil que no contar con nadie. La informante 31 informa que a veces resulta tan complicada la comunicación que han tenido que exigirles que vayan acompañados de alguna persona que tenga conocimientos, aunque sean básicos, de español. Así pues, pasan de no entender nada a hacerse una idea general y así lo describe la informante 32 «mejora porque pasas de no entender absolutamente nada del paciente a al menos hacerte con una idea de lo que le pasa. Se intenta resolver lo que es el principal motivo de consulta de esa persona». Esta barrera idiomática también les ha causado que pierdan la cita, que no acudan al hospital porque no saben dónde tienen que ir y que dejen tratamientos por desconocimiento de los motivos por los que se les han prescrito.

También mencionan la barrera cultural que, incluso, les hace dirigir la historia clínica de forma distinta o bajar el registro y la informante 32 añade que no es posible un abordaje integral:

Muchas veces hay que explicarles las cosas de otra manera para que también lo puedan entender bien, no siempre la historia clínica a lo mejor está dirigida como lo haría con alguien nacional, porque bueno si la manera de expresarnos, de entendernos es muy diferente, entonces sí que, en fin, es diferente (informante 31).

Realmente atendemos el motivo de consulta principal pero muchas veces lo que es un abordaje integral y sobre todo valoración de aspectos psicosociales del paciente, con la población inmigrante no se puede abordar, porque resulta muy complicado, a menos que ya lleven un tiempo bueno pues con nosotros, y que aprendan un poquito y ellos te vayan contando, si no desde luego, de entrada, obviamente la barrera idiomática dificulta mucho la comunicación con el paciente. [...] Siempre que tratamos con población inmigrante utilizamos un lenguaje muy sencillo, porque el mensaje que tú le tienes que hacer llegar es muy breve, en el momento en el que a una persona que no entiende le das mucha explicación y le das muchas vueltas a lo que le quieres decir, pues al final no se va a enterar de nada (informante 32).

Las dos informantes coinciden en que los intérpretes *ad-hoc* suelen tener «vergüenza, temor» (informante 31) y «la confidencialidad y la intimidad se pierden» (informante 32). A continuación, se presentan los resúmenes de las entrevistas con dos oncólogas. La primera de ellas (informante 33) considera que la comunicación incluso puede determinar el curso de la enfermedad ya que influye en la indagación, las emociones, los afrontamientos y las negaciones. La informante 34 añade que también sirve para desdibujar el concepto de horror del cáncer porque a través de la comunicación se puede entender la enfermedad y el proceso.

Ambas informantes coinciden en que cuando los intérpretes han sido familiares, los pacientes no pueden expresar con libertad ni exactitud cómo se sienten por no querer hacer daño ni preocupar al acompañante:

Al final lo que hacemos es lanzar preguntas que son respondidas a demanda del paciente pues a lo mejor hemos podido preguntar: ¿tienes miedo ahora?, ¿qué esperas que puede ocurrir?, ¿en qué puedo ayudarte yo en estos momentos ahora que ya no hay tratamiento?... Eso pueden ser preguntas que hacemos cuando ya no hay tratamiento, pero no queremos que dejen de venir al hospital para que no pierdan el vínculo y no se sientan desahuciados por decirlo de alguna forma y en esas situaciones no son capaces de decirlo todo por tener al hijo al lado (informante 33).

Por tanto, la indagación emocional no se puede llevar a cabo lo que dificulta el control de la situación por ser una parte fundamental en el proceso. La informante 33 también ha observado que cuando los intérpretes son hijos menores de los pacientes no comprenden bien la información y no la pueden trasladar adecuadamente lo que conlleva errores en posología o administración. Además, indica que suelen hacer un trabajo más paternalista con estos pacientes porque cuando no acude a una cita, lo llaman enseguida para ver lo que ha ocurrido.

La primera informante ha trabajado con algún intérprete profesional que había dejado el currículum en el hospital y han tenido que recurrir a él por no entender nada de la lengua del paciente. La segunda informante, a veces, ha utilizado a dos personas de referencia del hospital que son de otras lenguas y culturas, pero duda que sean intérpretes profesionales. Ambas observan limitaciones porque al no disponer de ellos en cualquier momento, no pueden confiar que vayan a tener este recurso disponible cuando los pacientes acudan o llamen por teléfono en un contexto donde no se pueden planificar sesiones a largo plazo.

Por tanto, la informante 33 valoraría el disponer de un intérprete profesional «con la mejor puntuación posible porque puede favorecer la terminología» y, además, le pediría que «respetase la parte emocional con empatía y que el paciente se pueda sentir con menos límites para contar lo que le pasa». Por otro lado, la informante 34 valoraría en un intérprete profesional el que le ayudase a indagar en el entorno social del paciente porque también va a influir en el proceso de la enfermedad. Por ello, considera que una formación debería incluir el cómo dar malas noticias sin hacer daño al paciente y el conocer el entramado que tienen que saber transmitir en estos contextos.

Esta información y la relativa a los distintos parámetros de análisis está resumida en los siguientes dos cuadros:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I33: Médica oncología en hospital	Cree que la comunicación es un pilar fundamental que incluso a veces puede determinar incluso el curso de la enfermedad. La comunicación permite abordar todas las esferas del paciente y familiares así como indagar en las emociones, los afrontamientos y las negaciones.	Sí (tiene un número considerable de pacientes extranjeros). No suelen ir solos porque son gente que emigraron y tienen algún familiar o conocido que suele acompañarles.	Intérpretes profesionales en alguna ocasión de árabe porque habían dejado el CV en el hospital. Con los familiares o conocidos se les ha transmitido menos información y ha habido menos indagación, aunque ella se ha sentido bastante cómoda. La parte emocional no se puede atender al igual que si se compartiese la lengua. Aunque nota que por ejemplo en un caso de una hija que interpretó para su madre pues ella notaba que la hija no la había entendido bien.	Empatía, profesionalidad, confianza y naturalidad. Que no limite porque a veces el ser un familiar limita la información que se ofrece por no hacer daño o, sobre todo, cuando ya no hay tratamiento posible.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Favorece porque aumentaría la empatía.	Sí.	Importancia de comunicar cuando se paralizan los tratamientos. Conocimiento del funcionamiento de esta unidad.	Súper importante la figura del intérprete profesional. Ella también en su consulta atiende el duelo y, sobre todo, cuando no hay tratamiento curativo pues sigue citándolos para ver cómo están y cómo es su estado emocional. En el hospital tienen grupos de pacientes y fuera en asociaciones hay grupos para dolientes pero cree que no acuden los extranjeros por barrera idiomática.	

Cuadro 116. Respuestas de la informante 33 grupo 3

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I34: Médica oncología en hospital	Intentar desdibujar el concepto malo del cáncer. La comunicación es clave para ayudar a entender la enfermedad y el proceso.	Sí. Tienen pacientes de muchas nacionalidades: rusa, china, alemana, inglesa, francesa, rumana...	Tienen dos personas que se prestan voluntarias en el hospital, pero casi nunca disponibles porque son dos personas con las que se tiene que quedar y acordar la visita con antelación y solo pueden cubrir algunas lenguas. Por lo que la mayoría van acompañados de familiares, pero dificulta el que se controle bien la situación porque el paciente no puede expresar todo lo que quería y a veces no se le ha transmitido lo que los profesionales querían. El proceso de indagación es más complicado cuando son familiares porque no sabes si llegarás a que se abran emocionalmente.	Traducción de significados y no palabras. Conocimiento del entorno del paciente.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Depende de la actitud. Cree que un intérprete familiar que acompañase al paciente en estos grupos no sería bueno si tuviese una actitud negativa o que también estuviese afectado por ello un profesional sería más idóneo.	Sí.	Enseñar qué es para ella la verdadera comunicación. Incluir el conocimiento sociológico. No hacer daño y saber transmitir lo que no se expresa verbalmente.	Con intérprete familiar cree que no se han podido comunicar tan bien porque hay desconocimiento cultural y del entorno que también puede entorpecer y un intérprete podría suplir esa parte perfectamente. Compara la situación del valenciano y el español y cree que expresarse en la lengua materna sería lo mejor porque la sociología también influye. Tienen grupos de pacientes pero no de dolientes.

Cuadro 117. Respuestas de la informante 34 grupo 3

La última informante de este tercer grupo es psicóloga clínica en un servicio de atención espiritual de un hospital de Cataluña. Para ella, es esencial dejar que el otro se exprese, atender al lenguaje no verbal y ser clara para que la comunicación sirva como herramienta reorientativa. En su experiencia con pacientes extranjeros, ha podido recurrir a un servicio de mediación cultural que tenía el hospital para atender un duelo perinatal porque observaba que la barrera cultural le impedía conocer los afrontamientos de una paciente. Se ha sentido cómoda porque conocía a la intérprete y sabía que era rigurosa y sensible. En otros casos han sido los familiares los que han interpretado para los pacientes, pero considera que se pierde información ya que no se puede llegar a conocer el nivel de sufrimiento porque el paciente no lo puede expresar por miedo a preocupar a sus familiares y duda de la sinceridad de los interlocutores. Además, expresa que la situación no es tan armónica ni objetiva:

Por ejemplo, este caso de la chinita que te decía fue difícil porque sobre todo más para la hija que para la paciente porque para la hija estaba un poco condicionada, había cosas que la madre decía que yo creo que a mí no me las decía porque decía no es que está enfadada, realmente yo creo que se pierde información cuando es un familiar porque uno intenta también armonizar, la familia intenta también armonizar con la situación, por otro lado hay un sufrimiento personal también, por lo tanto, el hecho de que sea totalmente objetivo a la hora de transmitir o comunicar pues es verdad que, ahí queda, a lo mejor tú le dices mira dile tal cosa y vete a saber lo que le dice porque tampoco lo sabes.

En el siguiente cuadro se recopila la información de su entrevista:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I35: Psicóloga clínica en hospital	Dejar que el otro se exprese. Atender también a la comunicación no verbal. Ha de ser clara y que sirva para reorientar.	Sí (varias ocasiones).	Una vez con un mediador del hospital (es una persona de Marruecos). Con otra persona fue la hija quien interpretó. Acompañaron a una chica de Senegal tras el fallecimiento de su bebé, pero no lograron entender los motivos que le condicionaban a vivir la pérdida de una manera u otra. Cree que con familiares se pierde información porque no se transmite todo el sufrimiento y no se puede crear un clima de tanta armonía. Cuando ha trabajado con la mediadora está más tranquila porque la conoce y sabe como trabaja.	Que esté en la misma onda. Que comprenda la atención que queremos brindar para adaptarse a nuestro servicio. Que sea riguroso, que no haga resúmenes y que sea empático. Que respete y traslade la parte paralingüística de la manera más fiel posible.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Si ha integrado la pérdida puede ser muy positivo porque aumentaría la sensibilidad, el trato y la paciencia.	Sí.	Ahondar en su situación personal. Transmitirles la importancia del acompañamiento. Saber trabajar en equipo. Cómo dar malas noticias.	En el hospital hay algunos grupos de ayuda mutua en duelo. A los familiares se les suele hacer una llamada unas semanas después del fallecimiento. Si el paciente o familiar trae su propio intérprete profesional cree que se sentiría cómoda pero necesitaría una charla previa con el intérprete para valorar objetivos y la situación.

Cuadro 118. Respuestas de la informante 35 grupo 3

6.3.2.3.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales santiarios de distintas especialidades en hospital

En este tercer grupo con doce informantes de distintos perfiles, pero todos desempeñan su labor en ámbito hospitalario, se ha corroborado la necesidad de intérpretes para facilitar la comunicación que han observado los profesionales. Sin embargo, han tenido que recurrir a estrategias como el uso de gestos (informante 24); el uso de intérpretes *ad-hoc* traídos por los pacientes (informantes 24, 25, 31, lo que ha provocado una reducción de la información trasladada teniendo que ceñirse a los aspectos esenciales y viendo la confidencialidad y la intimidad comprometidas; el actuar ellos mismos como intérpretes (informantes 27 y 28); el recurrir a compañeros del hospital que tengan conocimientos de la lengua del paciente (informante 28); el recurrir a estudiantes de interpretación en prácticas (informante 27) y el utilizar a una red de ex pacientes voluntarios para actuar como intérpretes por ser de la misma nacionalidad que el paciente (informante 30 que lo ha valorado como una experiencia positiva frente a no disponer de ningún recurso).

Además, algunos informantes (25, 26, 28 y 29) disponen de un servicio de interpretación telefónico que han valorado como limitante por no estar disponible las 24 horas en un contexto donde prima la inmediatez y porque significa una pérdida de la vertiente emocional.

La informante 24 sí ha trabajado con intérprete profesional traído por el paciente y lo valora como positivo por ser la comunicación más fluida. El informante 29 también tiene experiencia con intérprete profesional que tuvo contratado su hospital anteriormente y porque un porcentaje muy bajo de sus pacientes con un poder adquisitivo más alto sí puede permitirse el contratar a un profesional. En estos casos sí le ha servido de ayuda tanto en la parte emocional como terminológica. La informante 31 también ha observado diferencias entre un intérprete profesional (contratado por los pacientes) y *ad-hoc* en cuanto a vocabulario y comodidad. Por último, la informante 33 también ha trabajado con un intérprete profesional pero no ha observado tantas diferencias respecto a un *ad-hoc*, aunque sí se ha sentido más cómoda con el profesional porque no tenía que reducir información.

Todos los informantes coinciden en que el intérprete profesional aportaría un valor añadido e, incluso, el informante 30 considera que debería haber una subespecialización en final de vida. Sin embargo, ninguno de ellos sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales, pero participarían en una formación sobre cómo trabajar con intérpretes. En cuanto a los aspectos formativos que impartirían, los informantes coinciden en la necesidad de conocer el contexto de actuación y trabajar la empatía, el respeto y la autenticidad.

Algunos informantes también especifican otros conceptos como: el funcionamiento de una unidad de trasplantes y el concepto de muerte útil (informante 27), el mantener una charla previa y posterior para mejorar el trabajo en equipo (informantes 31 y 35), el posibilitar la descripción de casos para que no haya tanto impacto (informante 31), el respetar el secreto profesional y la confidencialidad (informante 32) y la importancia de una adecuada comunicación cuando se paralizan los tratamientos (informante 33).

Por último, acerca de si el haber pasado por una situación similar puede aumentar el éxito comunicativo, todos los informantes creen que puede ser positivo. A los informantes 26 y 32 no se les ha formulado esta pregunta. El informante 31 cree que totalmente positivo porque transmitirá mejor las emociones y le será más fácil empatizar; opinión que también comparte la informante 33. La informante 35 añade que, si se ha integrado la pérdida, podrá ser muy positivo porque aumentaría la sensibilidad, el trato y la paciencia. No obstante, el informante 25 recalca que también puede tener un impacto negativo si la pérdida no se ha superado todavía por las interferencias emocionales que podrían darse. El informante 29 considera que si el intérprete está atravesando por una situación similar en ese momento debe tener estrategias de gestión para poder mantenerse estable, controlar la situación y estar capacitado para llevar a cabo su tarea.

6.3.2.4 Profesionales sanitarios en fundación o asociación

El cuarto grupo está compuesto por los profesionales sanitarios que ejercen su actividad en una fundación o en una asociación.

El primero de ellos es psicólogo y terapeuta en duelo en dos fundaciones. Aunque en el momento de la entrevista solo tuviese a cinco usuarios extranjeros, observa que hay una mayor tendencia hacia una sociedad multicultural y multilingüística y, por ello, la figura del intérprete le parece muy necesaria en el contexto de enfermedades neurodegenerativas o cerebrales para que estos usuarios puedan expresarse en su lengua materna ya que lo que primero olvidan son las lenguas aprendidas. Con estos usuarios han podido comunicarse gracias a sus conocimientos de inglés, aunque no han sido suficientes para una buena intervención. Opina que quizá para una comunicación de una mala noticia podría ayudarse de un familiar sino hay otros recursos, pero para un acompañamiento terapéutico sería esencial contar con un intérprete profesional para que no hubiese proyecciones ni pactos de silencio. Por ello, como requisitos para un intérprete cree que exigiría que supiese estar en sintonía, que fuese empático y que permitiese establecer un vínculo para llevar a cabo un buen acompañamiento emocional.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I36: Psicólogo y terapeuta en duelo en fundaciones	Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas y parálisis cerebral por la comunicación implica mucho acompañamiento y presencia. Pueden atender a unas 130 personas. Durante la pandemia ha tenido que hacer mucho acompañamiento emocional.	Sí. Ahora tienen pocos (unos cinco) pero se pregunta qué pasará porque vamos hacia una sociedad más multicultural y multilingüística.	No han tenido intérpretes nunca. Se han apañado con sus niveles de inglés, pero no ha sido suficiente. Les encantaría tener intérpretes. No sabrían dónde recurrir. Para dar malas noticias cree que podría servir un familiar, pero para un acompañamiento terapéutico debería ser un profesional para que no haya proyecciones. Si el paciente es el que contrata al intérprete, deberían mantener una charla previa (psicoterapeuta e intérprete) sobre cómo abordar la sesión.	Vinculación, acompañamiento emocional. Comunicación malas noticias con empatía y estar en sintonía siendo auténtico.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí porque permite ponerse en sus zapatos sin sacarle de ellos. Si está pasando en ese momento un duelo depende de la actitud y el afrontamiento de su propio proceso para que la información no esté distorsionada. De hecho comenta que a los profesionales también les puede pasar que les resuene algo y tengan que recurrir a terapia.	Sí. No lo había pensado antes pero le parece una idea muy buena y necesaria porque entre su equipo a veces comentan cómo deben hablar a ciertos usuarios o qué es mejor con otros.	Qué es un proceso de duelo. Aspectos del trauma. Escucha activa y empatía.	Necesidad de intérpretes profesionales porque en enfermedades neurodegenerativas o cerebrales resulta más difícil para hablar y comprender. Además, considera importantísimo que se puedan comunicar en su lengua materna porque por sus enfermedades lo primero que van a olvidar son las lenguas aprendidas.

Cuadro 119. Respuestas del informante 36 grupo 4

Las dos siguientes informantes también son psicólogas. La primera en una fundación y la segunda en una asociación. Para ambas la comunicación es clave para acompañar a los pacientes y sus familiares desde el momento en el que se diagnostica la enfermedad. Gracias a la comunicación incluso pueden mostrar respeto por la voluntad de los pacientes y familiares y será distinta según el momento en el que se encuentren, el impacto de la noticia y el contexto social y personal.

La informante 37, al tratar con pacientes de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), no tienen una gran cantidad de extranjeros puesto que suelen volver a su país de origen tras el diagnóstico. No obstante, sí hay casos para los que han sido los familiares los que han interpretado, pero le ha parecido que el relato estaba cohibido.

En cambio, la informante 38, al trabajar en la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), sí recibe a una cantidad mayor de pacientes extranjeros porque también están presentes en el ámbito hospitalario. Hace unos años pudo trabajar con una mediadora árabe para ayudarle a comunicarse con pacientes de esta nacionalidad y, aunque al principio dudó por si ofrecería una interpretación completa o no, se sintió cómoda con ella. Además, mantenían reuniones previas y posteriores a las sesiones para contextualizar y saber qué se iba a encontrar. No obstante, en la mayoría de ocasiones no ha podido disponer de intérprete y han sido los familiares los que han ayudado en la comunicación sin mucho éxito. También ha estado presente la barrera idiomática en sesiones de duelo, en su opinión, porque se trata de hablar de cómo se siente la persona a un nivel emocional profundo al que no se puede llegar sino se comparte la lengua. Además, ha recurrido a preguntar si se le ha comprendido para poder intervenir teniendo que cambiar la gestión de la comunicación:

Yo sobre todo preguntando mucho porque sí que es verdad que a veces te dicen que te han entendido y no ha entendido nada por miedo a preguntar o por miedo a decir no he entendido nada de lo que me has dicho, entonces intento yo preguntar mucho, me has entendido, si no me has entendido vuelvo a repetir, no pasa nada, lo decimos de otra forma, intentando pues eso, preguntar, sobre todo.

Los dos siguientes cuadros recopilan la información de las entrevistas con las dos psicólogas:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I37: Psicóloga en fundación Hacen atención tanto en domicilio como en hospital. La fundación se creó en 2005.	Acompañar a pacientes y familiares desde primer momento porque la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es paliativa desde que se diagnostica. Intervención en momentos críticos. A través de la comunicación muestran respeto por la voluntad de los pacientes y familiares.	Tienen pacientes extranjeros, pero saben un poco de catalán o castellano. Están en ámbito de hospital por lo que no cree que haya una gran barrera de acceso, pero cree que cuando se les diagnostica esta enfermedad hay muchos pacientes que prefieren volver a su país de origen.	Tuvo una compañera que necesitó de un intérprete, pero era un familiar el que comunicaba. Cree que un familiar puede cohibir el relato. Cuando han tenido alguien que ayudase en la comunicación ha sido en nivel hospitalario pero nunca en domicilio.	Que le explicase la cultura del paciente y familiares. Que captase las inquietudes y vivencias. Que tenga mucha empatía.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
No está segura según el proceso en el que pueda estar el intérprete. Si es muy reciente depende de la persona y de si ha resuelto su proceso. Aunque la figura del intérprete más allá de su vivencia es una figura profesional por lo que debería saber separar.	Sí. No se lo había planteado antes pero le resultaría muy útil.	Cree que es necesaria una especialidad. Incidiría en conocer las bases (un mínimo) de la enfermedad ELA para captar mejor lo que está pasando la persona. Gestión emocional y gestión de situaciones complicadas o críticas. Estar preparado para lo que puede suponer estar en fase terminal. Conocer cómo se trabaja a nivel de fundación.	Actúan tanto acompañando a otros profesionales, familiares y pacientes. Estarían dispuestos a trabajar con intérpretes. No sabría dónde encontrar un profesional, pero cree que preguntaría a las trabajadoras sociales. Le vendría bien un intérprete para ajustarse al marco de su cultura, sobre todo. Si los pacientes y familiares traen ya a su propio intérprete le parecería muy bien porque ya hay un vínculo.	

Cuadro 120. Respuestas de la informante 37 grupo 4

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I38: Psicóloga en asociación	Trabaja en la Asociación Española contra el Cáncer (AECC). El acompañamiento es muy emocional a pacientes y familia. La comunicación también depende del momento en el que están, del diagnóstico, del impacto... Atiende a pacientes en hospital.	Sí porque suelen ser pacientes que están en el hospital.	Antes tenían una mediadora en el hospital que era una persona marroquí. Al principio tenía reticencias por la traducción que ofrecería, pero ha visto que ayuda mucho. A veces también ha tratado con familiares y otras veces sin nadie y no se han logrado entender casi. No ha trabajado con intérpretes profesionales y no sabría dónde recurrir. La atención considera que no se puede dar en las mismas condiciones aunque pone todo su empeño.	Persona empática. Conocimientos para tratar con personas que están en situación vulnerable. Que sea riguroso a la hora de transmitir el mensaje. Que fuese capaz de detectar las emociones y que le diese el espacio necesario. Formación a nivel emocional.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí, positivo si tiene el duelo elaborado. Si está en ese momento puede afectarle demasiado.	Sí. Le resultaría muy interesante.	Formación a nivel emocional. Trabajo en equipo.	Cuando trabajaban con la mediadora tenían reuniones previas para contextualizar.

Cuadro 121. Respuestas de la informante 38 grupo 4

El último informante del cuarto grupo es oncólogo en la fundación FEFOC cuyo objetivo es crear grupos de soporte y atención individual para pacientes con cáncer y sus familiares y así describe su organización:

Lo que solemos hacer es crear grupos de pacientes y familias. Primero preguntamos a cada uno cómo está porque el cáncer afecta al aspecto físico también y también con la psicóloga pues hablan de la parte emocional. Normalmente están divididos por el tipo de cáncer. Luego viene la discusión entre ellos y luego la comunicación de novedades sobre su enfermedad. Nosotros vemos con ellos el informe y les hacemos la información inteligible sobre cambios o avances científicos. Al final hacemos una parte como una parte más recreativa para hablar de otras preocupaciones que tengan que puedan o no estar relacionadas con la enfermedad y al final acaban incluso haciéndose amigos. Por ejemplo, en el cáncer de próstata pues se comenta mucho la impotencia sexual pues la gente lo habla con tranquilidad en ese espacio.

Nunca han trabajado con intérpretes profesional pero sí han tenido familiares que han facilitado la comunicación, aunque se ha perdido la intimidad. Por tanto, considera que no se les ha podido atender en las mismas condiciones que a los pacientes y familiares autóctonos:

Deficiente porque hay otra persona que impide que podamos hablar como lo estamos haciendo usted y yo ahora, por ejemplo. No hay fluidez. Por supuesto que sería bueno tener un intérprete o un traductor. En Cataluña tenemos personas de muchas lenguas. Y claro, las condiciones no son las mismas.

Para algún asesoramiento en línea han utilizado un traductor automático «sabiendo los defectos que tiene», pero no recuerda ningún caso de imposibilidad comunicativa. Por otro lado, el contar con intérpretes profesionales le parecería ideal porque añadiría un valor de comprensión y actitud. No obstante, se plantea cómo podrían costearlo.

El siguiente cuadro resume su entrevista:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I39: Oncólogo en fundación FEFOC desde 1996.	Comunicación de respeto. Tienen grupos de pacientes y grupos de familiares. Suelen estar divididos por el tipo de cáncer donde la comunicación es clave.	Han atendido a personas extranjeras en asesoramiento online y cuando ha sido presencial han acudido con familiares o conocidos.	Para el asesoramiento online han utilizado <i>google translate</i> . Presencial con familiares o amigos y la dificultad residía en que no había lugar a la intimidad por lo que la comunicación es más deficiente por lo que no se les ha podido atender en las mismas condiciones que una persona con la que se comparte la lengua.	Conocimientos de la terminología médica, respeto por la situación y las emociones.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí porque añadiría un plus de comprensión y actitud.	Sí y también enviaría a otros compañeros.	Trataría la empatía y le daría folletos sobre cánceres más importantes para contextualizar lo que se pueden encontrar. Por ejemplo, en los grupos que tiene tratan de solucionar dudas sobre la enfermedad, pero también sobre las preocupaciones, sensaciones y sentimientos.	Los grupos están moderados por él y por una psicóloga. Cree que sería fantástico contar con un intérprete profesional pero habría que ver cómo costearlo.

Cuadro 122. Respuestas del informante 39 grupo 4

6.3.2.4.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en fundación o asociación

Tras el análisis de los cuatro informantes que han conformado el cuarto grupo de entrevistas, se observa que, al trabajar en instituciones como fundaciones o asociaciones, la cantidad de pacientes extranjeros que reciben es menor que en los grupos anteriores a excepción de la AECC que también está presente en el ámbito hospitalario. No obstante, las entrevistas les han hecho reflexionar sobre la necesidad de intérpretes profesionales porque todos han tenido experiencias con intérpretes *ad-hoc* viendo que la comunicación ha sido dificultosa.

En cuanto a los requisitos que creen que debe reunir un intérprete, cada uno lo vincula según el tipo de institución en el que trabajan. Por ejemplo, el informante 36, trabajador en fundaciones de enfermedades neurodegenerativas y parálisis, considera que debería ser empático, sintónico y auténtico. La informante 37 considera que el intérprete debería explicar la cultura del paciente para evitar malentendidos, captar las inquietudes y vivencias de los pacientes y sus familiares y ser muy empático. La informante 38 exigiría rigurosidad y capacidad de detección de las emociones para darles el espacio necesario y el informante 39 se decanta por los conocimientos terminológicos, el respeto por la situación y por las emociones. No obstante, el punto en común entre todos los requisitos es la empatía.

Los cuatro informantes acudirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes. Los dos primeros (36 y 37) no se lo habían planteado con anterioridad, pero les parecería muy enriquecedor. Los temas que incluirían en dicha formación también responden al trabajo que lleva a cabo cada uno en su institución. De ahí que el primero incidiría en qué es un proceso de duelo, los aspectos del trauma, la escucha activa y la empatía; la segunda explicaría qué conlleva recibir un diagnóstico de ELA y trataría la gestión emocional y la gestión de situaciones críticas para concienciar lo que supone estar en una fase terminal; la tercera informante también incidiría en la vertiente emocional y en el trabajo en equipo y el último informante optaría por contextualizar los distintos tipos de cáncer y debatir las preocupaciones, sensaciones y sentimientos que pueden experimentar los pacientes y sus familiares.

Por último, sobre la reflexión de si el que el intérprete haya pasado por una situación similar en su entorno cercano pueda beneficiar el éxito comunicativo porque conocería el contexto de actuación, los informantes 36, 38 y 39 sí están convencidos de ello porque añadiría comprensión y actitud empática. La informante 37 no estaría segura porque dependería del proceso y la situación por la que haya pasado el intérprete. El informante 36, terapeuta especializado en duelo, añade que sí sería positivo porque se adquiere una mayor sensibilidad:

Sin lugar a duda porque, además, algo que nos pasa a las personas que nos dedicamos al acompañamiento al duelo es que hemos vivido unas cuantas pérdidas y es muchas veces lo que genera el voy a formarme en ello. La sensibilidad que adquieres con las personas que han sufrido otras pérdidas hace que muy rápido ya te pones en sus zapatos sin sacarle de sus propios zapatos, y es como que todo lo que no quieres que te digan ya lo tienes muy claro y muchas veces por eso sí ya tiene una experiencia muchas veces la clave no está en qué decir sino en qué no decir.

Finalmente, la informante 38 piensa que, si está atravesándolo en ese momento, sí podría afectarle demasiado y debería contar con herramientas de gestión emocional y, por ello, en la parte de formación ha indicado que debe tratarse este aspecto.

6.3.2.5 Profesionales sanitarios en consulta privada

El quinto grupo incluye los distintos perfiles que trabajan en consulta privada en estos momentos pero que también tienen experiencias previas en otros espacios. Todos ellos cuentan con formación especializada en duelo. El primer cuadro recopila la información trada en las entrevistas con las dos primeras informantes:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I40: Psicooncóloga y terapeuta especializada en duelo en la fundación Menudos Corazones y en consulta privada.	En la fundación pueden atender a unas 100 personas. La comunicación es muy emocional y respetuosa. Considera que la parte emocional siempre se expresa mejor en la lengua materna.	Sí, aunque suelen ser pocos. Por ejemplo en un grupo tiene a un padre de Australia y hay veces que cuando se expresa lo hace en inglés pero pueden salir del paso.	Tienen conocimientos de español los que acuden al grupo. En hospital con la fundación sí ha trabajado con intérpretes (voluntarios de asociaciones) y en una ocasión con un intérprete profesional pedido por la parte médica. Ha tenido una situación de unos padres donde la mujer tenía que hacer de intérprete del marido estando los dos en duelo por la pérdida de un hijo.	Quizá para grupo buscaría un intérprete, pero para atención individual no sabe si sería mejor que le atendiese una persona de la misma lengua. Los requisitos que considera importantes son que esté formado en temas de duelo y emociones.
I41: Psicóloga y terapeuta especializada en duelo. Consulta privada. Tiene experiencia como psicóloga en PADES.	Esa la base para conocer el impacto de las noticias, el estado del paciente o dolientes. Importante la parte no verbal porque también dice mucho de la persona. En domicilio todo lo que ves también es comunicación.	Sí en PADES. No en privada.	Ha trabajado con intérpretes familiares que fundamentalmente han sido los hijos y ha percibido una actitud evitativa lo que repercutía en que ella se sentía perdida y sin el control de la situación. Con intérprete profesional ha trabajado una vez a través de una trabajadora social y ha sido una experiencia positiva.	Ve al intérprete como un coterapeuta. Los requisitos que espera son el vínculo, el respeto por las emociones y el saber trabajar en equipo en todo el proceso de acompañamientos.

INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I40: Psicooncóloga y terapeuta especializada en duelo en la fundación Menudos Corazones y en consulta privada.	Contribuye de manera positiva. Si está pasando en ese momento depende de los afrontamientos que haya tenido porque lo que escuche no le va a dejar indiferente.	Sí.	Cómo gestiona su porosidad. Formación de la vivencia del duelo. Parte más experiencial de lo que es una consulta y un grupo. No sabría dónde recurrir a intérpretes	Piensa que el intérprete puede influir en la fluidez de la conversación. Si el paciente trae a su propio intérprete se adaptaría pero tendría una charla previa.
I41: Psicóloga y terapeuta especializada en duelo. Consulta privada. Tiene experiencia como psicóloga en PADES.	Depende. Si está elaborado sí puede ser beneficioso. Si todavía no está elaborado puede distorsionar.	En paliativos sí lo ve muy necesario porque se encuentran con muchos extranjeros. Para consulta privada no sabe si hay tanta demanda.	Cómo acompañar, relación de ayuda, posición y autocuidado. No sabe dónde recurrir a intérpretes aunque lo valora como una herramienta muy útil y necesaria.	Difícil en privada por problemas de acceso o desconocimiento de la figura del intérprete. Ella no se atrevería a dar una terapia en inglés.

Cuadro 123. Respuestas de las informantes 40 y 41 grupo 5

La primera de ellas tiene experiencia en acompañamiento en fundación y en consulta privada. Solo ha sido en una ocasión cuando ha tenido oportunidad de trabajar con un intérprete que cree que era profesional y acudía al hospital como voluntario a través de una asociación cuando el personal sanitario se lo pedía. Sí tiene más experiencia con familiares que han hecho de intérpretes como una mujer que tenía que interpretar para el marido estando los dos en duelo por la pérdida de su hijo. Otra situación que comenta es la de un padre australiano que forma parte de un grupo de ayuda en duelo que tiene bastante conocimiento de español, pero cuando tiene que expresar sus emociones lo hace en su lengua materna. La segunda informante (41) además de atender en consulta privada tiene experiencia en un servicio de cuidados paliativos a domicilio. En ambos casos considera que la comunicación es la base para conocer el impacto de las noticias y el estado del paciente, del familiar o del doliente:

En psicología la comunicación lo es todo. Para nosotros es esencial también la comunicación no verbal porque forma parte de todo lo que expresa la persona. Además, en mi caso, en domicilio, la persona está en su entorno y conocemos todo de esa persona, al ser en el domicilio todo lo que ves también es comunicación. Es algo básico que tengamos formación en comunicación para poder acompañar y explorar cuáles son las preocupaciones del enfermo, las necesidades y acompañarlo en ese dolor. Por tanto, la comunicación es como el paraguas que lo abarca todo. Sin eso es imposible la relación de ayuda.

En varias ocasiones ha trabajado con una intérprete profesional en domicilio porque la trabajadora social la buscó y fue una experiencia positiva porque la intérprete también acompañaba y la concebía como una co-terapeuta. En cambio, cuando los intérpretes han

sido los familiares, y en concreto cuando han sido los hijos, ha detectado dificultades en la fluidez de la comunicación y había confusiones y dudas porque no sabía cómo llegaba la información ni cómo la recibían:

Había algún caso en el que la comunicación fue muy fácil porque la persona quería facilitar mucho, aunque fuese el hijo y otras veces la actitud evitativa de los hijos dificultaba un montón porque querían proteger a la persona y muchas veces yo tenía la sensación de que iba perdida porque no sabía ni lo que decían, ni lo que había dicho, ni lo que me estaba visiblemente transmitiendo. Cuando el intérprete era el familiar era mucho más complicado. Recuerdo que muchas veces el psicólogo es algo más neutro donde poder volcar cosas y claro cuando está el familiar, este también se impacta con lo que está diciendo esa persona. Entonces era mucho más complejo.

El siguiente cuadro resume la entrevista con un terapeuta especializado en duelo que trabaja en consulta privada y que tiene experiencia con grupos de duelo en una asociación. Como se puede observar, para él, la comunicación no verbal también es de gran importancia en el acompañamiento en duelo porque se puede conectar a través de miradas, la presencia y el contacto físico.

Él es de nacionalidad italiana y considera que podría atender en inglés, español, catalán y, por supuesto, en italiano. No obstante, sí se plantearía el recurrir a intérpretes profesionales si tuviese que atender a dolientes de lenguas que no maneje, aunque tendría que sopesar cómo costearlo.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I42: Terapeuta especializado en duelo. Consulta privada. Experiencia en grupos de duelo.	La comunicación es acompañamiento y estar presente con miradas, contacto físico y muy emocional.	Sí. Él es italiano. Normalmente atiende también a personas inglesas porque él se maneja un poco.	Nunca ha trabajado con intérpretes. En los grupos también tenía alguna persona de habla no española pero que se manejaba bien con el español o catalán. Se plantea recurrir a un intérprete, pero no sabe si podría costearlo en su consulta privada. Si el paciente trae a su intérprete le parecería perfecto.	Esperaría que el intérprete tradujese bien y de manera eficaz de un idioma al otro. Además, que respetase la atmósfera y que tuviese mucha sensibilidad así como que respetase los tiempos del doliente.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	No tendría relación directa pero sí podría aumentar la sensibilidad.	Sí. Porque se plantea cómo gestionar a tres una conversación.	Silencios. Respetar espacios. Entender que la traducción simultánea también puede jugar un papel importante en la conexión con el paciente.	Le gustaría que hubiese más recursos para poder costear un servicio de intérpretes.

Cuadro 124. Respuestas del informante 42 grupo 5

La informante 43 es psicóloga y terapeuta especializada en duelo que, en la actualidad, trabaja en consulta privada atendiendo de forma individual y en grupos homogéneos por tipos de pérdidas como adolescentes por la pérdida de un progenitor o un hermano, padres por la pérdida de un hijo, pérdida de la pareja, pérdida por suicidio, etc. Además, cuenta con 15 años de experiencia en la AECC por lo que en su entrevista también menciona esta parte. A la consulta privada no le han llegado personas extranjeras, pero sí tuvo experiencia en esta parte en su etapa en el hospital y tuvo que recurrir tratar de hablar en inglés para hacerse entender, a familiares que han actuado de intérpretes y a una persona inglesa voluntaria que les ayudaba en la consulta de oncología. No obstante, en estas situaciones indica que se ha tendido a resumir y a omitir información. A continuación, se presente la información tratada en su entrevista:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I43: Psicóloga y terapeuta especializada en duelo. Ahora consulta privada, pero tiene experiencia de 15 años en hospital a través de la AECC. Ahora tiene grupos de duelo homogéneos por la pérdida.	Muy emocional, aunque depende del estado en el que está la persona. El lenguaje corporal es muy importante así como un tono de la voz adecuado.	Sí (solo cuando estaba en hospital) pero no en consulta privada. Cree que quizá a consulta privada no han llegado pacientes extranjeros porque ella no puede hacer la terapia en otro idioma y lo consideraría una barrera que entorpecería más..	En hospital sí, pero han sido los familiares quienes opina que tenían un vínculo que era bueno, pero tendían a resumir y omitir. También una persona voluntaria que resultó ser un poco mejor pero no era profesional por lo que había dificultades. Le parecería una buena idea que el paciente o doliente trajese su propio intérprete porque ella sabe inglés pero no a nivel de terapia.	Empatía, respeto, actitud de saber estar, un bagaje personal elaborado y sensibilidad. Conocer el vocabulario específico y no añadir ni sobreponerse ni desviar la comunicación.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí porque haberlo pasado ayuda a entender mejor la pérdida y las emociones que pueden darse, a saber estar y a ser más empático. Si está en duelo quizá es una dificultad porque lo que está escuchando le va a afectar y quizá demasiado.	Sí. No lo había pensado antes pero cree que es necesario para saber cómo trabajar a tres o en grupo junto con el intérprete.	Cómo dar malas noticias. Acompañamiento a familias. Escucha activa. Saber aguantar los silencios por la propia impaciencia de una persona puede provocar que no se le deje el espacio ni tiempo suficientes y entorpezca la comunicación. Bases del <i>counseling</i> .	Le parece muy interesante y sí se plantearía recurrir a un intérprete, pero no conoce a nadie. Considera que es mejor expresarse en la lengua materna por la parte emocional y por fluidez.

Cuadro 125. Respuestas de la informante 43 grupo 5

Las dos siguientes informantes son trabajadoras sociales y terapeutas especialistas en duelo que trabajan en consulta privada. Para ellas la comunicación significa el medio por el que se posibilita la relación de ayuda estando en sintonía, yendo al ritmo de la persona y permitiendo la expresión emocional. No han detectado una necesidad de intérpretes en consulta privada porque solo han tenido, hasta el momento, un caso cada una de una persona extranjera que haya solicitado sus servicios. Sin embargo, la informante 44 sí ha trabajado con intérpretes para personas sordas y cuenta su experiencia:

[El intérprete] es muy importante porque yo trabajé con personas sordas y el intérprete es una figura que forma parte. O sea, sin intérprete no se podría trabajar y ha mejorado muchísimo desde que yo empecé a trabajar con ellos hasta ahora. Cuando yo empecé había un intérprete que casi siempre era hijo o sobrino o familiar de una persona sorda, con lo cual conocía a todas las personas que tenía que acompañar a diferentes servicios como al ginecólogo y no podías decidir quiero que venga conmigo esta persona que no me conoce o aquella que es una mujer. Antes había cuatro intérpretes para toda una comunidad sorda y ahora ha cambiado. Ahora te puedes formar como intérprete de lengua de signos porque hay una titulación oficial.

La informante 45 cree que no le han llegado personas extranjeras por cuestión de desconocimiento y acceso por ser una iniciativa privada.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I44: Trabajadora social y terapeuta especializada en duelo. Consulta privada.	La comunicación es estar en sintonía, es decir, ir al ritmo de la persona y acompañar en emociones.	Solo una vez le ha requerido una persona extranjera sus servicios en consulta privada. Sí con personas sordas con intérprete profesional.	En esta primera ocasión que ha ocurrido recientemente lo ha remitido a otra compañera que habla un poco inglés para ver si ella podía pero no sabe si ha podido pero ella no sabía darle más soluciones.	Conocer el contexto, empatía, saber estar y el autocuidado y qué cosas no se deben hacer. Concibe al intérprete como un coterapeuta.
I45: Trabajadora social y terapeuta especializada en duelo. Consulta privada.	Comunicación de acogida emocional, abrazar el dolor e integralo. Trabaja de manera individual y en grupos tanto presencial como online, sobre todo, trata el duelo perinatal.	Solamente una mamá extranjera pero no hubo continuidad (no sabe si por la lengua) y otras que no tenían el español como lengua materna pero sí lo manejaban.	Cree que por barrera de acceso porque es una iniciativa privada y normalmente es contactada por las familias. Aunque si contara con intérpretes cree que su presencia influiría en la relación de ayuda.	Sensibilidad, una buena actitud corporal y una interpretación fiel y exacta. Terminología específica que no cometiese errores. Tendría siempre una charla antes con el intérprete.

INFORMANTE	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
I44: Trabajadora social y terapeuta especializada en duelo. Consulta privada.	No puede generalizar. Depende de cómo haya sido y cómo se haya elaborado.	Sí	Hablaría de los tipos de afrontamientos y la importancia de saber estar y la presencia.	Se plantea en consulta privada cuánto costaría el servicio de un intérprete o si hubiese ayudas porque cree que sería esencial.
I45: Trabajadora social y terapeuta especializada en duelo. Consulta privada.	Ayudaría mucho, sería ideal porque aumentaría la sensibilidad. Si lo está pasando en ese momento quizá conectaría demasiado con su vivencia. Hay que encontrar el equilibrio entre la vivencia y la profesión.	Sí.	Conocer el duelo de forma básica, al menos. Conocer para acompañar. Espacio seguro. Ver la realidad sin sus gafas (no juzgar). Hacerles reflexionar.	Hace también formación a profesionales porque cree que el duelo todavía es bastante tabú.

Cuadro 126. Respuestas de las informantes 44 y 45 grupo 5

6.3.2.5.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en consulta privada

En este quinto grupo de informantes se ha constatado que, al trabajar en consulta privada, la necesidad de intérpretes no se ha detectado por no haber tenido apenas peticiones de pacientes extranjeros que soliciten sus servicios. No obstante, fuera de su consulta privada, todos han tenido experiencias con pacientes o dolientes extranjeros con los que no han tenido ninguna ayuda en la comunicación y han tenido que recurrir a gestos (informante 42) o al inglés (informante 43) a pesar de no considerar que tengan un manejo excelente de este idioma, a intérpretes *ad-hoc* creando una sensación de descontrol de la sesión por parte de los profesionales (informantes 40, 41 y 43) o a los propios dolientes a actuar como intérpretes para sus parejas (informante 40). La informante 41 sí trabajo en PADES con una intérprete profesional que le aportó seguridad y llegó a considerarla como una co-terapeuta. Esta concepción del intérprete con un papel activo en la relación de ayuda también es compartida por la informante 44 que a pesar de no tener experiencia con intérpretes profesionales lo concibe como una figura de gran ayuda.

Los informantes de este grupo también se plantean cómo podrían costear los servicios de un intérprete profesional. A raíz de este planteamiento, se les ha preguntado cómo se sentirían si fuese el paciente o el doliente el que lo contratase. Todos coinciden en que mantendrían una charla previa con el intérprete para conocerle, ver qué sabe de la relación de ayuda y organizar la sesión.

Todos los informantes han respondido afirmativa cuando se les ha planteado si asistirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes a excepción de la informante 41 que lo ve muy necesario en unidades de paliativos a domicilio, pero no tanto en consulta privada por no haber detectado, hasta ahora, una demanda de sus servicios por parte de pacientes o dolientes extranjeros. La informante 40 matiza que en grupo sí ve la figura del intérprete como muy necesaria, pero para la atención individual primero optaría por derivar al doliente a un terapeuta que hablase la lengua materna del doliente si lo hay y, sino, sí buscaría a un intérprete.

En cuanto a los requisitos que exigirían a un intérprete que les acompañase en su consulta privada señalan la formación en duelo, el respeto por las emociones y los tiempos del doliente, la empatía, una gran sensibilidad, una actitud corporal adecuada, una interpretación exacta y fiel y una actitud de saber estar. Por ello, en una formación tratarían estos temas junto con el no juicio y herramientas de gestión emocional y autocuidado.

Sobre el autocuidado y el bienestar, se les planteó la cuestión de si podría ser positivo para el éxito comunicativo el que el intérprete haya atravesado una situación similar a la que va a interpretar en su entorno. Las informantes 40, 43 y 45 sí lo consideran positivo porque ayudaría a entender mejor el contexto y las estrategias de intervención y aumentaría la sensibilidad y la empatía. Las informantes 41 y la 44 creen que depende de si está elaborado de forma adecuada y si es así sí podría ser beneficioso; de lo contrario, podría distorsionar y no sería positivo. El informante 42 cree que no tendría una relación directa, aunque podría contribuir al aumento de la sensibilidad.

En cambio, si está atravesando dicha situación en ese momento depende de los afrontamientos (informante 40), del nivel de integración de la situación (informante 41), de la capacidad de gestión emocional para que no le pueda afectar demasiado la parte laboral a la personal (informantes 43 y 45).

6.3.2.6 Profesionales sanitarios en asociación de acompañamiento y/o duelo

El siguiente grupo está compuesto por cuatro profesionales que trabajan exclusivamente en asociaciones dedicadas al acompañamiento en final de vida y en duelo. Este grupo se diferencia del cuarto (profesionales en fundación o asociación) porque en este hemos incluido a los que acompañan en final de vida y atienden a dolientes a diferencia de los del cuarto grupo que trabajaban con pacientes en enfermedades como el cáncer, pero no tienen porqué estar en final de vida. Además, en este grupo, los informantes son fundadores de las instituciones en las que trabajan.

El primero de ellos es director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid. No tiene dudas en que recurriría a un intérprete si le solicitasen su asistencia para una persona extranjera de una lengua que no domina ya que en su centro los psicólogos sí se manejan en inglés, francés e italiano.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I46: Teólogo, terapeuta especializado en duelo. Director del centro de Humanización de la Salud (Madrid).	Sensible y Empática. Hacen atención a final de la vida y atención en duelo. Pueden atender a unas 800 personas al año. La nacionalidad no es un factor de exclusión.	Sí (de habla inglesa, francesa y algún italiano).	No. Son los psicólogos quienes se manejan un poco en inglés, italiano y francés. Sí recurrirían a intérprete si tuviesen un paciente o doliente de otra lengua, por supuesto. Si el paciente o doliente trae su propio intérprete no se lo había planteado antes pero cree que le pediría un compromiso de profesionalidad y fidelidad a la comunicación.	Confidencialidad, profesional (acreditación), fidelidad y empatía.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Puede ayudar a la comprensión de la experiencia ajena pero no es automático, hay que integrarlo bien.	Sí.	No confundir complicado con patológico y contar experiencias traumáticas para que sepan a lo que se pueden enfrentar.	Cree que el que el profesional y el intérprete se conociesen puede facilitar el trabajo en grupo.

Cuadro 127. Respuestas del informante 46 grupo 6

La siguiente entrevista fue con una enfermera terapeuta especializada en duelo y fundadora de la Asociación Bidegin para el apoyo y acompañamiento en duelo. En este centro ofrecen atención individual y grupal, de forma presencial y telefónica, y también cuentan con un área de sensibilización y un grupo social. La informante, como encargada de grupos de ayuda terapéutica describe su funcionamiento:

Lo que hacemos nosotros desde el modelo IPIR es como si yo estuviese contigo en terapia a solas pero el resto está observando y está en silencio escuchando y está relacionalmente presente en contacto. Entonces yo estoy hablando contigo y en el momento en que trabajo contigo tú estás recordando el momento en que viste a tu hijo ahí en el pantano tal cual y entonces el resto está trabajando con su propia experiencia de impacto. Entonces dejo como un trocito de tiempo con esta persona, pero estoy atenta al grupo y por ejemplo digo a otra persona: oye parece que te has emocionado cuando la otra persona estaba hablando y entonces empiezo con la otra. Entonces es como una terapia dentro de un grupo con cada uno de los miembros.

No ha tenido dolientes extranjeros, cree que por la barrera de acceso, pero sí compara esta situación con miembros de grupos que prefieren expresarse en euskera por ser su lengua materna pero otros integrantes solo hablan español. Opina que es una experiencia interesante porque, a pesar de no compartir la misma lengua, el vínculo que se llega a crear puede ser muy fuerte. No obstante, considera que se tiene que pactar antes de empezar para ver si todos se sienten cómodos. También comenta una experiencia que tuvo con una persona de habla inglesa:

Yo tuve una chica inglesa, pero hablaba muy bien en castellano. Es cierto que a veces pasaba al inglés y bueno yo la entendía más o menos pero no me atrevería a hacer una terapia en inglés porque no lo manejo tanto. Es la única experiencia que he tenido.

Durante su entrevista reflexiona sobre dónde se situaría el intérprete y cree que lo consideraría un co-terapeuta porque su presencia influiría en la relación de ayuda.

En el siguiente cuadro se resume la información de su entrevista:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I47: Enfermera y terapeuta especializada en duelo. Asociación Bidegin.	En la asociación tienen grupos de ayuda mutua terapéuticos además de distintas áreas de sensibilización y ayuda en el duelo. Cree que la comunicación es un vínculo para la parte emocional y para salir de una posible soledad sin quererla. Los grupos suelen ser de 8 personas y también tienen atención individual.	No y cree que por barrera de acceso porque aun sabiendo un poco de inglés no se atrevería a hacer una terapia en inglés. Tuvo una chica inglesa pero hablaba bastante bien español.	Sería interesante contar con intérpretes. Se pregunta cómo sería en grupo y qué posición ocuparía. Lo consideraría como un co-terapeuta porque su presencia también influiría. Si el intérprete lo trae el paciente o doliente le parecería muy bien porque ya habría un vínculo establecido y ya habría mucho ganado en confianza. Nunca se ha encontrado con situaciones en las que los familiares hayan querido hacer de intérpretes.	Saber estar, saber anclar, confidencialidad, no distorsionar y permitir una comunicación directa. No sabría dónde recurrir a un intérprete, quizá se le ocurre ir a una escuela de idiomas pero cree que eso no es suficiente para interpretar y estar junto al sufrimiento de una persona.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Puede influir, pero no determinar. Tiene que estar bien elaborado pero también importa la sensibilidad, la empatía y la capacidad de conectar.	De momento no ha detectado esa necesidad, si la detecta sí.	Cree que la base sería conocer el termómetro interno y saber cuestiones sobre el duelo, la protección, los afrontamientos, la negación y el respeto.	Cree que es mejor expresarse en la lengua que sientas como lengua materna porque será en la que mejor se expresen los sentimientos.	

Cuadro 128. Respuestas de la informante 47 grupo 6

La informante 48 es psicóloga y terapeuta especializada en duelo en la Asociación Servei de Suport al Dol de Ponent de Catalunya. En su centro hacen acompañamiento en distintos servicios de cuidados paliativos a domicilio, disponen de grupos de ayuda en duelo y también hacen formación en duelo para profesionales.

Esta informante cuenta que no ha trabajado con intérpretes profesionales, pero sí han tenido a algún doliente que ha acudido con un familiar o un amigo para hacer de intérprete que ha condicionado el relato por el elemento de protección. Ha sido capaz de hacer esta observación porque observaba que las respuestas que obtenía no siempre tenían relación con la pregunta formulada.

El siguiente cuadro resume la información compartida por la informante 48:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I48: Psicóloga y terapeuta especializada en duelo. Asociación Servei de Suport al Dol de Ponent. Atienden a unas cien personas al año. Tienen grupos de duelo y atención individual.	Trabajan junto a PADES de la zona y también hacen formación a profesionales para atender situaciones de final de vida y duelo. Concibe la comunicación como la clave para tener una perspectiva integral de la persona y la situación.	Sí. Aunque a veces han dudado si la persona se ha sentido sostenida porque no han terminado de entenderse. Incluso con personas que sí hablan español pero de Argentina han tenido dificultades.	Familiar o amigo/a traído por el paciente. Si es más joven condiciona el relato por el elemento de protección. En ocasiones han observado que las respuestas no son acordes a las preguntas. Han tenido que preguntar más veces y cree que eso puede ser peligroso porque puede alterar el ritmo de la persona y que no se sienta respetada. Con su nivel de inglés y francés no se atrevería a hacer una terapia. Si el paciente o doliente trajese su intérprete cree que se sentiría cómoda.	Sería fantástico poder recurrir a intérpretes, pero no sabe dónde en estos momentos. Esperaría el que conociesen el lenguaje más técnico y estuviesen preparados para escuchar e interpretar historias impactantes y también esperaría mucha empatía. El autocuidado también sería muy importante.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Si ha hecho un trabajo personal cree que puede ser beneficioso. De lo contrario puede afectar demasiado.	Sí, le parece muy interesante.	Qué es el proceso de duelo. Hacer una mirada interior. Técnicas de autoprotección y autocuidado.	Tienen el Proyecto Ulises sobre el duelo del proceso migratorio.

Cuadro 129. Respuestas de la informante 48 grupo 6

La última informante de este grupo es psicóloga especialista en salud mental y trabaja en la Fundación Vivir un Buen Morir de Zaragoza. En esta fundación acompañan a pacientes al final de la vida y a dolientes a través de grupos de ayuda. Conciben la comunicación como una vía para mostrar respeto por la dignidad y la vulnerabilidad de la persona. También le otorgan gran importancia a la comunicación no verbal. Sí han atendido a personas extranjeras, pero con conocimientos de español suficientes para entenderse por lo que no han detectado la necesidad de intérpretes. No sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales, pero sí considera necesaria una especialización en este contexto.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I49: Psicóloga especializada en salud mental. Fundación Vivir un Buen Morir.	La comunicación supone un respeto por la dignidad y vulnerabilidad de la persona. También tiene grupos de ayuda en duelo.	Sí pero no muchos, cree que por la localización donde se encuentran (Zaragoza).	Nunca han trabajado con intérpretes ni familiares porque los que han atendido sabían un poco español. Si lo necesitasen creen que recurrirían al marido de una compañera que trabaja en un centro de traducción. Cree que la parte no verbal es importante.	Que no tenga miedo a hablar de la muerte. Que respete la parte no verbal. Conocimiento de la cultura. Que tenga calidad humana. Respeto por los silencios. Empatía. Presencia.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Depende de su propia experiencia. Si tiene una buena resolución puede ser positivo. Si hay negación o trauma puede que le afecte demasiado y le reactive su dolor.	Sí	Qué hay que hacer, cuándo es mejor no actuar, cómo dar las malas noticias. Una vez tiene formación cree que sería muy beneficioso para estar en contextos donde la gente se muere.	Respeto mucho la labor del intérprete porque a ella le gusta el francés y se ha interesado mucho por eso. Considera necesaria una especialización.

Cuadro 130. Respuestas de la informante 49 grupo 6

6.3.2.6.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en asociación de acompañamiento y/o duelo

De estos cuatro informantes que conforman el sexto grupo, solo dos han recibido a dolientes extranjeros. El primer centro (informante 46) han recurrido a que los atiendan sus psicólogos por tener conocimientos de las lenguas solicitadas por dichos dolientes. La Asociación Servei de Suport al Dol de Ponent también recibió la solicitud de asistencia de un doliente extranjero que fue acompañado de intérprete *ad-hoc* resultando en una intervención no demasiado satisfactoria según la informante.

Dado que ninguno de los informantes ha tenido contacto con intérpretes profesionales, se les preguntó cómo se sentirían si fuese el propio doliente el que trajese a su intérprete profesional. El primer informante considera que le pediría un compromiso de profesionalidad y fidelidad, pero cree que facilitaría el trabajo porque el doliente y el intérprete ya tendrían una vinculación. Esta opinión sobre la vinculación también es compartida por la informante 47 quien considera que de este modo ya habría confianza entre ellos y a ella le aportaría mayor seguridad. A las informantes 48 y 49 les parecería muy bien porque se sentirían muy cómodas sabiendo que el doliente confía en ese intérprete.

Todos han manifestado que la entrevista les ha servido para reflexionar sobre el papel que adquiriría el intérprete y los requisitos que creen que deberían de reunir. Por ejemplo, el primer informante le pediría una acreditación profesional y que respetase la confidencialidad, fidelidad y empatía. La segunda informante lo consideraría un co-terapeuta porque tendría un gran peso en la relación de ayuda y los requisitos que menciona son el saber estar, el no distorsional y el permitir una comunicación directa. La tercera informante opta por unos requisitos relacionados con el conocimiento de la terminología de especialidad y por una vertiente más emocional esperando que estuviese preparado para escuchar y que fuese empático. La última informante cree que debe ser una persona que no tenga miedo a hablar de la muerte y que respetase los silencios. De entre todas sus respuestas observamos que el requisito común es la empatía como ocurría en el grupo cuarto.

Los informantes 46, 48 y 49 sí acudirían a una formación con intérpretes y la 47 cree que de momento no porque no ha detectado la necesidad todavía. Sobre los temas que debería incluir una formación conjunta, desde su opinión, consideran que habría que enfocarla hacia la discusión sobre experiencia traumáticas para saber a lo que se pueden enfrentar (informante 46); conocer temas relacionados con el duelo como la protección, los afrontamientos, la negación y el respeto (informante 47); desarrollar técnicas de autoprotección y autocuidado (informante 48) y saber qué hacer y qué no hacer y cómo dar malas noticias (informante 49).

6.3.2.7 Profesionales sanitarios en hospital o domicilio y en asociación de duelo

El séptimo grupo es el segundo más numeroso con 13 participantes (tras el primer grupo con 15). Está formado por profesionales que trabajan en hospital y/o en domicilio y también en una asociación de duelo.

El primer informante es oncólogo en un hospital de Valencia y presidente, en la actualidad, de la Asociación Viktor Frankl dedicada al apoyo emocional en un proceso de enfermedad, sufrimiento y duelo por cualquier tipo de pérdida. Para realizar su labor, considera que la comunicación es la base del apoyo y el acompañamiento. En su trabajo en el hospital sí ha trabajado con intérpretes, pero en la asociación no han llegado pacientes ni dolientes extranjeros. No obstante, están abiertos a dicha posibilidad como ha manifestado en su entrevista «creo que ahí hay un terreno para explorar y para trabajar. No cabe duda que disponer de un intérprete que facilite el lenguaje podríamos decir que supera lo que ahora tenemos».

Durante su relato sobre la experiencia con intérpretes señala que, cuando el intérprete ha sido profesional (traído por el paciente), el nexo de conexión lo ha facilitado el intérprete. Sobre todo, lo ha observado cuando ha atendido al mismo paciente sin intérprete en una revisión y, aunque se han podido entender con su nivel de inglés, no se ha producido la misma vinculación. En otras ocasiones, también ha tenido a familiares que han actuado como intérpretes, pero la comunicación no ha sido tan satisfactoria como con el intérprete profesional que, para él, es un buen recurso que necesita de una mayor exploración.

Estoy convencido de que un intérprete médico que pudiese trabajar en ello [acompañamiento en final de vida] podría ser un instrumento absolutamente bueno. Incluso un nexo más fácil porque la primera reacción entre un paciente y un médico y más cuando hay una enfermedad grave y más avanzada, hay que crear ese lazo y bueno, según qué médico se consigue o no, la realidad es que si hay un intérprete que nos está aproximando a ambos y encima tiene experiencia en acompañar a personas que están enfermas en el hospital, está haciendo ese apoyo que pedimos normalmente a los familiares por eso les pedimos que vengan con acompañante. En este caso el intérprete hace de acompañante y de nexo de unión con ese médico que quiere transmitirle cosas, pero a veces el paciente está en ese grupo o sea que yo creo que aquí hay un terreno muy interesante para explorar.

Además, hace referencia a las tareas que desempeñaría el intérprete desde su perspectiva:

La figura de un intérprete que forme parte de ese grupo de cuidados paliativos en ciertos casos sería muy interesante, evidentemente como he dicho antes no todo el tiempo tiene que haber una comunicación verbal sino la comunicación paraverbal, de confianza que permite entenderse ya con mirada y con expresiones. Pero para ciertos momentos en los que hay que plantear un nuevo enfoque, una opción de tratamiento o una decisión de final de vida de continuar con el esfuerzo terapéutico o ir asumiendo que se puede plantear la necesidad de una sedación paulatina y a lo mejor luego una sedación terminal... en estos casos, explicar las cosas claramente es importante para que la persona comprenda hasta donde quiera siempre respetando que no quiera preguntar eso no hay que olvidarse, tampoco se trata de volcar información pero podría ser en ciertos momentos cruciales podría ser muy conveniente el poder disponer de esa figura.

Esta información y la relativa a los otros temas tratados se resume en el siguiente cuadro:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I50: Oncólogo en hospital y asociación Viktor Frankl.	Al año pueden atender a unas 250-300 personas y pueden estar haciendo unas 800 intervenciones anuales. Concibe la comunicación como clave para el apoyo emocional, acompañamiento en enfermedad y sufrimiento y acompañamiento en duelo.	Sí en hospital pero no en duelo ni en la asociación. Cada vez más observa la necesidad de intérprete al igual que sí hay disponible un apoyo espiritual. Tener un intérprete en la asociación facilitaría mucho y se podría abrir a las necesidades de estos pacientes.	No en asociación cree que por barrera de acceso por el desconocimiento. Sí en hospital traído por el paciente y cree que era profesional. También con familiares Considera que él se maneja un poco en inglés, pero cuando ha tenido un intérprete y luego ha ido el paciente a una revisión sin intérprete observa que hay un lazo de conexión mayor que en parte ha contribuido a él el intérprete. No sabría dónde recurrir a intérpretes pero estaría muy bien proponerlo.	Creación de nexo, de lazo de conexión. Que transmita confianza y que acompañe. Que sea empático y de cauce a sentimientos y expresiones. Sería necesaria una subespecialización. Piensa que incluso a veces el intérprete puede hacer hasta papel de acompañante porque aproxima al profesional sanitario y al paciente y sirve de apoyo que es el motivo por el cual prefieren que el paciente vaya acompañado.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Sí, pero hay que tener cuidado en que escuchar estas historias no le haga revivirlo demasiado y que fuese contraproducente porque la pérdida no está bien integrada. Considera que si ha vivido esta experiencia no se puede obviar y habría que tener una charla previa y conocer sus motivaciones.	Sí. Aunque no era consciente plenamente de que existía esta figura. Lo conoció a raíz de que algunos pacientes trajesen un intérprete profesional pero lo considera una novedad.	Apertura a intimidades. Necesidad de formar parte de un equipo y saber trabajar en equipo porque el intérprete formaría parte activa. Implicación. Empatía y no hundirse ante adversidades.	En la asociación tienen grupos de duelo individual y en grupo. No tienen información de sus servicios en otras lenguas, pero sí están en contacto con asociaciones del extranjero. Considera que este estudio abre un campo nuevo antes no planteado..	

Cuadro 131. Respuestas del informante 50 grupo 7

La siguiente informante es enfermera en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos y fundadora de la Asociación Duelando. Esta informante incide en la necesidad de atender la vertiente cultural para poder acompañar adecuadamente. Por ejemplo, para alguna paciente musulmana ha pedido que la intérprete fuese mujer para poder tratar también la vertiente emocional que si hubiese sido un hombre no se habría podido abordar por cuestiones culturales. En hospital ha tenido muchas experiencias con intérpretes, pero no en la asociación porque no les han remitido precisamente por no disponer de un servicio de interpretación y poder atenderles en condiciones de calidad. Cuando los intérpretes han sido profesionales se ha sentido tranquila. En cambio, esta sensación a cambiado a inseguridad cuando los familiares han adoptado el rol de intérpretes porque no cree que hayan transmitido toda la información. Además, cuando han sido los hijos de los pacientes los que actuaban como intérpretes, le ha resultado muy complicado comunicar una mala noticia tal y como relata en su entrevista «a veces sí que tenemos hasta niños que interpretan, ahí todavía sí que es más complicado, casi imposible de comunicar una mala noticia a través de un niño, eso es imposible, no significa que no se haga».

En su entrevista también hace referencia a las dificultades que ha encontrado para que las instituciones estén más concienciadas y proporcionen recursos para atender acompañamientos en final de vida y duelo, aunque parece ser que con la crisis sanitaria por la Covid-19 considera que está quedando más latente dicha necesidad. Piensa que una buena medida sería formar a intérpretes profesionales en comunicación de malas noticias y duelo y disponer de un listado.

En una ocasión, creó un grupo de ayuda mutua entre varias madres musulmanas tras la pérdida de sus hijos. Al ella no poder comunicarse en la lengua de las dolientes, no pudo ser un grupo terapéutico, pero sí consiguió reunir las y que ellas mismas gestionasen su grupo de ayuda mutua.

El siguiente cuadro muestra un resumen de su entrevista:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I51: Enfermera en Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos a domicilio y asociación Duelando.	Acompaña a personas en duelo. La comunicación se basa en acompañar e informar. Hay que tener en cuenta la influencia de la cultura.	Sí en hospital. Sobre todo, personas magrebíes y de los países del Este. Además de nacionalidades inglesa y francesa. A la asociación no han llegado por la dificultad de atenderles en la parte emocional y en acompañamiento o en duelo aunque es verdad que cada vez más los trabajadores sociales le remiten personas y quizá podrían remitirle a extranjeros si hubiese un servicio de interpretación.	En francés ella sí se puede comunicar (es su lengua materna). Para otras lenguas sí encuentra más dificultades. Ha pedido algún intérprete y para personas musulmanas prefiere que sea una mujer porque los hombres, si son de esta cultura, tienden a proteger a la mujer y no entran en temas emocionales. También ha trabajado con familiares y se ha quedado con dudas de lo que han transmitido y cuando han sido niños ha sido muy complicado y casi imposible comunicar una mala noticia.	Cree que debería de haber un listado con intérpretes especializados en comunicar malas noticias, hablar de duelo y saber acompañar. Necesidad de intérpretes formados y que transmitan Confianza. Además, que sepa escuchar y transmitir lo que los interlocutores quieren decir y cómo lo están expresando.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Es una experiencia personal. Depende de cómo se haya integrado y cómo se sienta la persona. Puede favorecer la empatía.	Sí. Cree que es muy necesaria la formación conjunta y la visibilidad y sensibilización. Para ello, ella también organiza unas jornadas de duelo y le parece una buena idea invitar a intérpretes para que se vaya conociendo esta necesidad y realidad.	Hablar de la visión de cada uno de la muerte. Procesos de duelo. Practicar la escucha activa. Aprender a no juzgar y a acompañar desde la comprensión y el amor.	Ella es belga. En el hospital le cedieron un espacio para atender a personas en duelo hace dos años por lo que se siente muy agradecida. También ha formado a profesionales sanitarios en cuestiones de duelo. Ha habido grupos de ayuda mutua de pacientes musulmanas porque tenían una vivencia común y ellas mismas han creado un grupo. Vería genial la ayuda de un intérprete.

Cuadro 132. Respuestas de la informante 51 grupo 7

El siguiente informante también es enfermero terapeuta especialista en duelo en una Unidad de Hospitalización a Domicilio. Además, dirige grupos terapéuticos de ayuda en duelo en una asociación.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I52: Enfermero UHD y terapeuta especializado en duelo. Dirige grupos de duelo en asociación.	Empática, delicada y emocional. Cree que en domicilio hay más tiempo y se puede establecer un diálogo más enriquecedor porque el paciente o doliente está en su zona de confort.	Sí	Ha tenido a familiares y vecinos como comunicadores, pero ha sido bastante dificultoso. No tienen intérpretes profesionales que vayan al domicilio. En las experiencias que ha tenido no ha podido preguntar todo lo que quería y no se sentía cómodo. Si fuese un profesional se sentiría más cómodo y seguro.	Transmitir como lo dice el profesional y el paciente y familiar. Sensibilidad, valores y conocimientos para favorecer la relación de ayuda. Respeto y confianza y que sea un miembro más del equipo.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sin duda que sí pero debe haberse elaborado la pérdida.	Sí. Le parecería muy bueno tener a un intérprete para los grupos de duelo.	Cuidado personal y emocional como base. No sabría dónde recurrir a un intérprete profesional.	Está convencido de que hay pacientes extranjeros que necesitan ayuda y acompañamiento en duelo pero a su asociación no ha llamado ninguno quizá por la barrera lingüística.

Cuadro 133. Respuestas del informante 52 grupo 7

Este informante opina que la comunicación es más sencilla de establecer cuando se visita un domicilio que en un entorno hospitalario, ya que el paciente está en su zona de confort. No tiene experiencia con intérpretes profesionales, pero sí con familiares o conocidos de los pacientes que ha visitado en domicilios. Considera que no ha podido atender a estos pacientes con las mismas condiciones que a un autóctono porque no se ha podido abordar la parte emocional y porque él no se ha sentido demasiado cómodo. Al ser preguntado si se sentiría más cómodo con un intérprete profesional indica que seguramente sí porque si está formado en el contexto de final de vida y duelo podrá, incluso, mejorar su intervención en cuanto a contenido y a forma para adaptarla al paciente. No obstante, cuando conversa sobre el papel que tendría el intérprete cree que preferiría «que no se notara que hay una tercera persona en esa habitación, como si fuésemos uno pero que hablan idiomas distintos».

En su labor como facilitador de grupos terapéuticos en una asociación no ha recibido solicitudes de dolientes extranjeros seguramente por desconocimiento «porque por necesidad estoy convencido de que hay mucha gente con necesidad de acompañamiento en duelo extranjera, de habla no española». Esta sensación es compartida por la siguiente informante que también es enfermera pero en el área de salud mental y también facilita grupos de ayuda en duelo puesto que a su asociación no ha llegado ningún doliente extranjero pero sí tiene experiencia con intérpretes en hospital. Estos intérpretes han sido familiares o conocidos y considera que la comunicación no se ha gestionado correctamente porque ha observado que no se transmitía toda la información ya que las respuestas no coincidían con las preguntas formuladas ni con el lenguaje no verbal. Para ella, un buen intérprete «tiene que ser alguien que se note que no esté. Tendría que ser un canal de transmisión como si no estuviese visible uno mirando al otro y el intérprete solamente hablando, haciéndole al canal de transmisión».

El siguiente cuadro recopila la información compartida en su entrevista:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I53: Enfermera en hospital y terapeuta. Dirige grupos de duelo y atención individual en asociación.	Complicada, respetuosa, sintónica y que no prevalezca tu diálogo sino el del paciente. Es decir, el relato del paciente o doliente tiene que prevalecer. Cree que también influye la parte cultural.	Sí en hospital. Muchos son marroquíes. En duelo no ha trabajado con extranjeros.	Son los familiares o conocidos los que acompañan a los pacientes, pero cree que la comunicación no se gestiona bien porque le da la sensación de que no se transmite toda la información o, a veces, observa que las respuestas no se corresponden con lo que el lenguaje no verbal desprende.	Que sea sintónico y dinámico. Que facilite la comunicación. Que ocupe el lugar que le corresponde ya que considera que debe hacer su trabajo como si no se notara que estuviese (como canal no muy visible).
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Sí, por supuesto, porque aporta una mirada que sin pasarlo es complicado ponerte en la piel del otro.	Ahora mismo le interesaría más una formación cultural y no tanto de cómo trabajar con intérpretes porque no cree que pueda disponer de un profesional a corto plazo.	Cómo funciona un paritorio y el entorno hospitalario. Qué es un duelo. Cómo hacer una intervención lo más neutra posible. Cómo ser sintónicos (lo compara con un baile donde ambos tienen que ir al mismo ritmo).	Le preocupa mucho cuando son los hijos los que asumen que son la voz de sus padres y ocupan un rol que no les corresponde porque tienen que comunicar situaciones muy delicadas.	

Cuadro 134. Respuestas de la informante 53 grupo 7

La siguiente informante también es enfermera y trabaja en la Asociación Carena en Valencia. Esta asociación está presente en distintos hospitales y en los servicios de hospitalización a domicilio. En su opinión, para aprender a comunicar bien «tienes que empezar sentándote en la cama, y escuchar, y a partir de esa escucha activa, pues empezar a hacer preguntas que no sean condicionantes, sino preguntas abiertas donde el enfermo puede contestar tranquilamente si quiere, y si no quiere, no contestará». A partir de aquí es lo que considera acompañamiento. Todas las experiencias que ha tenido trabajando con intérpretes han sido buenas. En una ocasión trabajó con un paciente proporcionado por Cruz Roja y en otras con familiares. Recuerda el caso de una hija que hizo de intérprete para su madre y, por la relación de complicidad entre ambas, pudieron tratar también la vertiente emocional. También ha recurrido a la psicóloga de su equipo que tiene conocimientos de inglés para tratar con pacientes y dolientes de esta lengua. En duelo solo han podido hacer atención individual si ha sido en inglés, pero, por la barrera idiomática, estos dolientes no han podido unirse a la terapia grupal.

La información recopilada de su entrevista aparece en el siguiente cuadro:



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

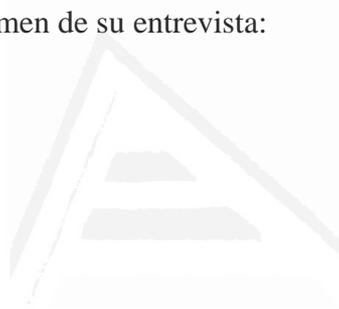
INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I54: Enfermera y trabaja en la asociación CARENA.	La asociación surgió por las carencias que observaban en la sanidad pública hace 25 años en cuando al apoyo emocional. Ahora trabajan en varios hospitales y unidades a domicilio, así como en la sede. Cree que la comunicación es muy vocacional y la clave del acompañamiento.	Sí (en ocasiones ha sido una psicóloga de su equipo la que hace de intérprete cuando los pacientes son de habla inglesa).	Familiares y un intérprete traído por Cruz Roja. Las experiencias han sido buenas. Se sintió cómoda porque en una de las situaciones que interpretó una hija, esta estaba muy unida a la madre y sí pudieron tratar el tema emocional. Tienen terapia individual y grupal. Cuando ha habido algún extranjero no se ha unido al grupo, solo ha sido individual por la barrera lingüística.	Considera necesario que en final de vida no se hagan preguntas condicionantes, sino que prefiere preguntas abiertas para que el enfermo conteste cuando pueda. Esto esperaría que el intérprete lo respetase y además tuviese empatía, compasión y escucha activa.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Sí. Aunque va con la persona y cómo haya gestionado su proceso. Si en el momento de interpretar en estos casos está pasando un duelo hay que saber tomar distancia.	Sí, sería interesante.	Cómo facilitar la comunicación (preguntas abiertas), cómo acompañar en enfermedades graves, qué significa acompañar en la muerte y cómo trasladar las malas noticias. También hacen formación a profesionales sanitarios y a voluntarios de su asociación e inciden en estos aspectos.	Considera que es indispensable formarse en comunicación y una vez se aprenden las nociones básicas hay que sentarse en la cama del enfermo y escuchar y aprender. Por la zona en la que se encuentran también atienden en valenciano a las personas que así lo prefieren y lo considera un beneficio porque pueden expresarse en su lengua materna.	

Cuadro 135. Respuestas de la informante 54 grupo 7

La última enfermera de este grupo (informante 55) trabaja en una unidad de diálisis, es miembro del proyecto HU-CI al igual que el informante 30 y terapeuta especializada en duelo que dirige intervenciones individuales en el Centro de Humanización de la Salud. Además, imparte cursos sobre comunicación para profesionales sanitarios por la gran importancia que le otorga en la relación terapéutica:

Un profesional es excelente, desde mi punto de vista y con toda la humildad, cuando realmente es excelente a nivel de conocimientos científicos y técnicos y también lo es a nivel de habilidades no técnicas, de relación de ayuda, de escucha activa, compasión, de duelo, de intervención en duelo y para eso desgraciadamente no estamos formados del todo. Los que nos hemos interesado un poco, aunque tenemos mucho camino por aprender todavía, lo hemos hecho desde la convicción, desde experiencias, desde la convicción que la humanización es clave y no se puede humanizar en el ámbito de la salud sino es a través de las relaciones y la comunicación.

Suele organizar sus acompañamientos y ayuda en duelo en 20 sesiones. En su experiencia no ha trabajado con intérpretes, pero sí con profesionales que han necesitado intérpretes y cree que «los intérpretes tienen un papel vital y además son gente excelente». A continuación, se ofrece el resumen de su entrevista:



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I55: Enfermera en la unidad de diálisis, miembro del equipo fundador de la ONT, miembro del proyecto HU-CI, terapeuta especializada en duelo y dirige intervenciones individuales en duelo en el Centro de Humanización de la Salud.	La comunicación tiene una relación directa con el vínculo y el bienestar. Es tan importante como un buen diagnóstico. Considera que un profesional es excelente cuando reúne conocimientos científicos y habilidades no técnicas (escucha activa, intervención en duelo...).	Ella no directamente pero ha formado a personas que sí han trabajado con personas cuya lengua materna no es el español.	Cree que los intérpretes tienen un papel vital y son excelentes. Considera que la humanización es clave y los intérpretes son parte de ello. También es muy importante la parte cultural y hay que conocerla y respetarla. Resalta que «los mayores ruidos en comunicación son los prejuicios» y para no caer en ellos hay que tener la mente limpia y abierta y dejando lo personal fuera. También se prepara pensando «no hagas a los demás lo que te gustaría a ti porque los demás pueden tener gustos diferentes» y hay que saber respetar.	Importancia de lo que se dice y cómo se dice. Necesidad de saber adaptarse a lo verbal, lo visual y lo vocal porque las palabras hay que elegir las muy bien. Respeto, empatía y autenticidad.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Depende de la persona. Si está viviendo un duelo potente puede tener la posibilidad de identificarse y eso no sería positivo. Depende de la fase del duelo en la que esté. Depende de la forma en la que se manifieste el dolor. Hay que tener en cuenta que el yo se tiene que quedar fuera porque cada persona vive el duelo de una manera. Hay que controlar la respuesta inmediata.	Sí (lo vería genial incluso poder hacerlo a través de su proyecto HU-CI). Reflexiona que habiendo pasado por una pérdida o varias nadie puede garantizar que reaccionemos del mismo modo. Es decir, las circunstancias también influyen.	Respeto y autoconocimiento (aprender sus propios recursos y descubrirlos). Aprender pilares básicos para dar malas noticias. Tiempo para establecer el vínculo y la confianza. Atender la vulnerabilidad de la persona. No mentir, no dar falsas esperanzas, ser auténtico. Respetar la empatía. Hablar del duelo, de la relación de ayuda.	Ha impartido un curso sobre cómo dar malas noticias y en Baleares tuvo un intérprete como alumno. El acompañamiento que realiza en duelo suele tener unas 20 sesiones, pero depende de si ha sido posible la despedida o no, de las circunstancias de la muerte y otros factores. Cree que todos formamos parte de una foto fija que acompaña el duelo de las personas y depende de nosotros cómo queremos que nos recuerden en esa foto.

Cuadro 136. Respuestas de la informante 55 grupo 7

Los informantes 56, 57, 58, 59 y 60 son psicólogos en distintos servicios (punto de encuentro familiares (PEF), servicio de emergencia, psicólogos clínicos y en cuidados paliativos) y asociaciones (Instituto del duelo de Alicante (IDA), Dol Barberà, Vinyana, AVES y Carena).

El primero de ellos, psicólogo en puntos de encuentro familiares y terapeuta en duelo, solo ha trabajado con intérpretes en los PEF, pero no en la asociación. No sabría dónde recurrir a un intérprete profesional y, si lo trajese el doliente, tendría una charla previa con el intérprete.

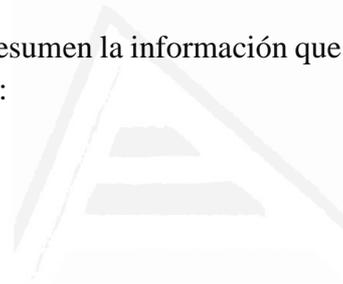
La informante 57 (psicóloga en emergencias) cree que la comunicación es esencial porque empieza en el momento en el que la contactan porque ha habido una muerte o una agresión sexual y tiene que acudir a atender enfermos si hay y familiares. Esta primera comunicación con sus compañeros también es importante para contextualizar el caso y la situación que pueda encontrarse. En su mayoría, cuando atiende a los agredidos o a los familiares, estos suelen estar en estado de shock por lo que la comunicación se puede facilitar si se da en un entorno privado como es el domicilio. Dada la inmediatez de su trabajo, cuando las personas que tiene que acompañar son extranjeras, ha tenido que recurrir a algún compañero del servicio que tuviese al menos conocimientos básicos de la lengua de la persona como en una ocasión cuando tuvo que recurrir a una enfermera que sabía francés. En otras ocasiones han sido los familiares los que han interpretado. No obstante, en ambas situaciones considera que la información no ha llegado como ella la ha formulado porque ha tenido que repetir muchas veces para que se le comprendiese. Considera que el disponer de un intérprete profesional en emergencias y en duelo sería excepcional.

La informante 58 (psicóloga en asociación) solo ha tenido una experiencia con un intérprete *ad-hoc* en una situación de protección al menor. Relata que se ha sentido incómoda porque observaba que el intérprete no se ceñía a lo que ella quería trasladar ni cómo trasladarlo y, viceversa, de la persona hacia ella. En duelo no tiene experiencia con ningún tipo de intérpretes ni dolientes extranjeros.

La psicóloga clínica en cuidados paliativos y en la Asociación AVES (informante 59) no ha trabajado con intérpretes, pero sí ha atendido a pacientes y dolientes extranjeros que tenían conocimientos básicos de español y, por su necesidad de expresar cómo se sentían, acudieron al grupo de ayuda en duelo, aunque solo pudieron expresar mínimamente su estado. El disponer de intérpretes profesionales le sería de gran ayuda, pero se plantearía cómo costearlo desde la asociación. Por otra parte, si el doliente trajese a su intérprete le parecería bien porque denotaría que ya hay un vínculo establecido o que el doliente confía en ese intérprete.

La última psicóloga (informante 60) trabaja en un equipo de cuidados paliativos a domicilio y en la Asociación Carena. Cree que el trabajar en domicilio fomenta el que la conexión se establezca de forma más rápida. Considera que tiene un nivel de inglés suficiente para mantener una conversación fluida en esta lengua por lo que a los pacientes de habla inglesa suele atenderles en esta lengua. Sin embargo, con otros pacientes ha tenido que recurrir a intérpretes que suelen ser los familiares o conocidos del paciente porque son los que se encuentran en el domicilio. Cuando se han dado estas situaciones no ha podido hacer una indagación completa de la parte emocional por las limitaciones lingüísticas y el elemento de protección. En un momento de su entrevista también hace alusión a las diferencias de recursos de los extranjeros ya que los que tienen un poder adquisitivo más alto pueden costearse un intérprete profesional pero los de otras nacionalidades con otras circunstancias no pueden disponer de este recurso. Por ejemplo, comenta una asociación que han creado varios ingleses para ayudar a sus compatriotas en el hospital. Desde su punto de vista, «no darles la oportunidad de poderse expresar en su lengua es coartar su expresión emocional» y, para que esto no ocurra, el intérprete profesional es un buen recurso siempre que esté formado en final de vida y duelo.

Los siguientes cinco cuadros resumen la información que han aportado estos informantes cuyo perfil es el de psicólogos:



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I56: Psicólogo en puntos de encuentro familiares, terapeuta especializado en duelo y trabaja en el Instituto de Duelo de Alicante.	En estos momentos hacen acompañamiento y atención individual. La comunicación es muy emocional e implica mucho respeto. Cree que el acompañamiento tiene que darse en un entorno seguro y de intimidad.	No en duelo. Sí en puntos de encuentro familiares donde opina que la interpretación debe ser muy literal.	Ha trabajado en los PEF con un familiar como comunicador y en otra ocasión con un familiar que también era intérprete profesional de ruso.	Formación en duelo. Vínculo. Saber descodificar. Sintonía. Respeto por los silencios, los tiempos y ser empático. Tendría una charla antes con el intérprete siempre y si lo trae el paciente cree que sí se sentiría cómodo.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Indudablemente favorable porque cree que conocería el proceso y tendría más conexión y podría estar en mayor sintonía. Si está pasando por un duelo en ese momento cree que no afectaría siempre y cuando el intérprete cuente con una capacidad de gestión de las emociones que le permitiese autorregularse.	Sí y también se lo plantea para cuando trabaja en rescate internacional e intervención en emergencia que suelen ir a otros países y allí tiene una persona asignada como comunicadora.	Actitud. Presencia. Emociones. «Ir siempre un paso atrás» y no anticipar, dejar que el doliente se exprese y marque los tiempos.	No disponen de los servicios que ofrecen en otros idiomas. Sí han atendido en valenciano por ser la zona en la que se encuentran y porque entienden que así podían aportar mayor naturalidad. No sabría dónde recurrir a un intérprete profesional.

Cuadro 137. Respuestas del informante 56 grupo 7

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I57: Psicóloga en el servicio de emergencias de Cataluña y terapeuta especializada en duelo en Dol Barberà.	Su intervención empieza cuando la llaman porque ha habido una muerte o una agresión sexual y hay que atender a enfermos (si hay) y familiares. Diría que es en el momento de más shock cuando ella interviene en un primer momento. Por ello es muy importante cómo llega la comunicación. Si es posible se hace en un espacio privado (domicilio).	Sí. Hay que tener en cuenta que en el contexto de emergencias pasa todo muy rápido por eso los recursos deberían estar disponibles a todas horas.	En una ocasión interpretó una compañera enfermera porque sabía francés. Compañera enfermera. En otra ocasión interpretó la familia a pesar de estar en estado de shock. A veces también han preguntado si algún psicólogo del servicio sabía idiomas. Considera que tiene que asegurarse de que ha llegado la información y repetir en muchas ocasiones para que se comprenda o pedirles que repitan para ver lo que han entendido. En duelo se habla sobre todo de dolor. Disponer de un intérprete profesional sería excepcional.	Empatía. Trasladar el mensaje como se ha expresado y lo que se quiere expresar y no hacer una traducción literal. A veces en estado de shock no salen todas las palabras que querría uno pero el lenguaje no verbal también da muchas pistas y hay que estar atento al significado de lo que se verbaliza.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí, está convencida de que sí que puede ser beneficioso pero si está pasando en ese momento por un duelo quizá podría verse demasiado afectado.	Sí.	Fases del duelo. Saber qué es un duelo. Vivir una experiencia en grupo. Trabajar el estar preparado para todo por lo que se requiere también una adaptación rápida y el respeto por la otra persona.	El intérprete sería un facilitador. En duelo el espacio suele ser más tranquilo que en emergencias. Hace poco tiempo tuvo dos peticiones de terapia de duelo de personas francesas y lo que hizo fue juntarlas para que ellas pudiesen hablar, pero no se pudo hacer una terapia guiada por la barrera lingüística.

Cuadro 138. Respuestas de la informante 57 grupo 7

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I58: Psicóloga y asociación	Definiría la comunicación como confidencial, emocional, sutil, de saber estar (presencia), asistencia y compasión.	No ha atendido personas de lengua no española en final de vida o duelo. Solo una persona sorda y utilizaron intérprete profesional.	Sí se plantea recurrir si fuese extranjera pero no sabría dónde encontrar un intérprete profesional. Si el paciente lo trajese cree que se sentiría muy cómoda. Solo ha trabajado con intérprete en contexto de protección al menor y lo han pedido desde servicios sociales, pero le ha parecido que no se ceñían a lo que se preguntaba.	Presencia, que no haga sus propias interpretaciones y que respete el silencio y las necesidades del moribundo o de la persona en duelo.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí, segurísimo y si lo está pasando en ese momento depende en qué fase del duelo se encuentre.	De momento no (tiene muchas cosas) pero en dos años sí.	Compasión y empatía como base.	Normalmente hacen tención en domicilio cuando es acompañamiento final de vida. También para sesiones de duelo individuales y hacen formaciones en la asociación.

Cuadro 139. Respuestas de la informante 58 grupo 7

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I59: Psicóloga clínica en cuidados paliativos y asociación AVES.	AVES asociación pionera. Tienen grupos de duelo. Cree que la comunicación se basa en hablar desde la emoción, ser confidencial, respetar y no juzgar, conectar con el corazón, conectar con la herida. Para ello es necesario hacerlo en la lengua materna.	Sí, muchas. También tienen a personas que prefieren hablar en catalán porque es su lengua materna y creen que es importante porque la emoción es más fácil expresarla desde la lengua materna.	Tenían un cierto dominio del castellano. Tenían mucha necesidad y a pesar de no tener tanto conocimiento de la lengua pues querían ir a los grupos, aunque fuese para expresar lo mínimo. En hospital es más bien un acompañamiento individual. Les vendría muy bien la figura del intérprete, aunque desde la asociación no sabe cómo se costearía el intérprete. Si lo trajese la persona no tendrían problema.	Conocer el protocolo de la asociación, respetar la confidencialidad, no juzgar. Mantendrían una charla antes con el intérprete. Respeto por silencios, no atosigar, no dar prisa, no interrumpir, respetar el espacio, acompañar (saber estar) desde el amor incondicional (hay veces que no hay palabras sino mucho silencio y que la persona se sienta comprendida aunque haya silencio es imprescindible).
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Puede ser positivo, pero si está pasando en ese momento un duelo puede entorpecer porque tiene que gestionar su duelo antes para no potenciar emociones negativas. Se tendría una reunión previa para ver en qué punto está el intérprete.	Sí, de hecho, le parece interesantísimo y estaría encantada.	Gestión emocional en el duelo, capacidad de escucha, acompañar desde el respeto. Habilidades empáticas como la flexibilidad, apertura o la confianza.	También hacen formación desde la asociación. En duelo procuran que haya mucha escucha y acompañamiento para que la persona pueda expresarse en un espacio seguro. Cree que es muy importante tener un grupo porque a veces los apoyos de la familia no son suficientes porque quieren verte bien pronto y se necesita otro espacio para expresar lo que uno siente.	

Cuadro 140. Respuestas de la informante 59 grupo 7

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I60: Psicóloga especializada en cuidados paliativos en UHD y asociación CARENA.	Comunicación con una gran carga emocional donde hay que tener en cuenta los pactos de silencio. Hay situaciones de pérdida de sentido vital pero también puede haber felicidad, melancolía...	Sí y los atiende en hospital, en domicilio y en la sede de la asociación. Cree que en domicilio el paciente se siente más cómodo y más seguro por lo que se suele expresar con más facilidad que también fomenta una conexión más rápida.	Tiene muchas personas extranjeras. Con inglés se maneja ella, pero es cierto que la parte emocional es más difícil y considera que no darles la oportunidad de expresarse en su idioma es coartar su libertad y atención. Cree que para hablar de emociones y sentimientos es mejor en la lengua materna. Con un paciente pakistaní utilizó familiares, así como con árabes y tiene dudas de si se está comunicando todo.	Necesidad de ir más allá de lenguaje. Entender la parte emocional. Comunicar todo. No filtrar. Necesidad de entender la parte cultural porque el tema de la muerte puede entenderse de distinta manera según la cultura.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Depende de la fase del duelo en la que esté porque es necesario no filtrar y que no haya proyecciones.	Sí, le iría muy bien y cree que sería interesante para todos sus compañeros de todas las especialidades dentro de paliativos.	Cree que deberían de recibir una formación amplia y trasversal como recibió ella con el máster. Sobre todo estar formados en <i>counseling</i> y comunicación que incluye la relación de ayuda para saber qué se van a encontrar como pactos de silencios, negaciones y otras emociones.	Con los ingleses incluso hay una asociación de británicos donde algunos que saben un poco de español ayudan a otros. Comenta que hay pacientes que tiene un poder adquisitivo mayor y pueden costearse un intérprete, pero otros no y tienen que recurrir a familiares por lo que hay necesidad, pero no recursos siempre y se debería incidir en esta parte.	

Cuadro 141. Respuestas de la informante 60 grupo 7

El informante 61 es trabajador social en hospital y en la asociación ASPANION (Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana). Para él, la comunicación es, sobre todo, emocional. Sí ha trabajado con familias extranjeras en la etapa en la que el niño está ingresado en el hospital, pero no en los grupos de duelo por la barrera idiomática y la falta de recursos. Con las familias extranjeras solo han tenido un intérprete provisto por el hospital, aunque no han tenido tiempo de tratar la parte emocional. De todos modos, siempre ha intentado crear un vínculo con las familias a través del lenguaje no verbal, intentar no hacer daño, no mentir ni dar falsas expectativas para poder ofrecer el mejor acompañamiento a pesar de los problemas lingüísticos que han supuesto una complejidad añadida a la situación.

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de la entrevista con el trabajador social:



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
<p>I61: Trabajador social en hospital y asociación ASPANION.</p> <p>Desde la asociación están acompañando desde el primer momento del diagnóstico. Cuando el niño fallece también acompañan en el proceso de duelo de manera individual y grupal.</p>	<p>La comunicación es muy emocional y cuando se trata de un cáncer con un tiempo más largo de la enfermedad pues si ya se ha tratado el tema de la muerte y de la despedida suele ayudar a hacer un duelo más sano. Si es un impacto mayor y menos tiempo como un niño en UCI por accidente pues suele ser más complicado.</p>	<p>Sí han tenido familias extranjeras sobre todo en los últimos 3-4 años. En los grupos no ha habido extranjeros cree que por la barrera idiomática. Ha detectado la necesidad con pacientes extranjeros que necesitan ayuda en duelo.</p>	<p>Solo han tenido un intérprete que ha provisto el hospital para aspectos clínicos y medicación, pero en la parte emocional no han tenido intérpretes profesionales, aunque les hubiese encantado. Han tenido que comunicar mucho con el lenguaje no verbal y se ha creado un vínculo muy grande, aunque no se ha podido comunicar todo, pero es importante tener en cuenta el no herir, no mentir y no dar falsas expectativas. Considera que el no compartir la lengua y no tener intérprete ha supuesto un plus de complejidad.</p>	<p>Respeto y ayuda en la indagación. No poner barreras a la comunicación. Empatía y saber aguantar silencios. Facilitar la escucha activa.</p>
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	<p>Sí (te pone en la piel del otro de manera más real y te deja con más sensibilidad). Pero si lo está pasando en ese momento depende de en qué fase esté.</p>	<p>Sí, súper interesante porque no sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales y si el paciente trajese su intérprete le parecería bien.</p>	<p>Actitudes, Aptitudes y nociones básicas sobre final de vida y duelo.</p>	<p>Considera que la atención en domicilio es distinta por ser un espacio más cálido y más seguro para el paciente y la familia, pero para el profesional puede ser más complicado y más impactante pero también satisfactorio porque puede atender de manera integral. El hospital es un entorno más frío y con más interrupciones porque constantemente se está entrando a la habitación.</p>

Cuadro 142. Respuestas del informante 61 grupo 7

El grupo 7 termina con un grupo de discusión entre una médica de atención primaria, un psicólogo clínico en la UCA (Unidad de Conductas Adictivas) y una trabajadora social de un ayuntamiento que forman parte de la asociación Navío de acompañamiento en duelo. Los tres comentan su visión de la comunicación y coinciden en que es fundamental para acoger el dolor de los dolientes. En sus experiencias, solo han trabajado con intérpretes en entorno hospitalario y en el ayuntamiento (informante 62T). En la parte del duelo, a la asociación solamente acudió una persona extranjera acompañada de una conocida española para solicitar información de la ayuda en duelo. Sin embargo, al empezar la pandemia no pudo asistir al grupo. En todas las ocasiones, los intérpretes han sido *ad-hoc* y las complicaciones que han observado han sido dificultad para elaborar una historia clínica e inseguridad en el diagnóstico (I62M), reducción de la información y cambios en la estructura de la sesión (I62P). A continuación, se pueden observar las palabras de la médica de AP para describir su sensación y la ocasión en la que tuvo que pedir ayuda a su hermana por ser traductora:

Me resulta muy muy difícil porque hacer una historia clínica a través de familiares o a través de un niño que tiene 6-7 años y cuando preguntas por cosas íntimas como la menstruación, cuántas veces hace de vientre, sobre relaciones sexuales y la pobre criatura... siempre me quedo con esa sensación de que se me escapa algo o de que el diagnóstico no es correcto del todo y siempre lo ponemos en la historia: barrera idiomática. Llegas hasta donde puedes y lo intentas, pero no es lo mismo cuando la persona habla tu lengua a cuando no. En inglés me pasa lo mismo como no manejo el inglés médico pues hay problemas por ejemplo tuve una oncológica inglesa y tuve que echar mano de mi hermana que era traductora de inglés y tuvo que venir a ayudarme con el permiso de la mujer y ahí ya me sentí más cómoda porque lo que mi hermana me transmitía era lo que la mujer decía, pero cuando es un niño de 12 años pues...

La trabajadora social añade que, en su experiencia, con la comunidad inglesa no ha tenido demasiado problema porque han acudido acompañados de algún compatriota que tiene conocimientos de español. En otras ocasiones, ha tenido que buscar en sus contactos a personas voluntarias para que le ayudasen a comunicarse con los usuarios. De cualquier modo, los tres informantes se han visto obligados a suplir una necesidad que no está cubierta de manera profesional:

I62T: Pero sí que te puedo decir que en la agenda del teléfono tengo dos o tres personas de inglés y francés voluntarias que a veces vienen.

I62M: Yo en el centro de salud también me pongo en contacto con la trabajadora social porque ahora por ejemplo tengo una árabe que apenas habla y entonces lo que hago es que a través de la trabajadora social ella es la que intenta cogerle cita, estar pendiente de si vienen o no y veo que la señora está sola. Entonces yo lo que hago es decirle que esté pendiente pero no nos aclaramos mucho. Le escribimos la cita en un papel, pero no nos entendemos casi.

Los dos profesionales sanitarios (I62M e I62P) comentan que en una comisión de bioética trataron la interculturalidad y por ello están concienciados de la necesidad de abordar la comunicación con pacientes extranjeros. De ahí que sí se planeen el recurrir a un intérprete profesional en sus áreas de especialidad y en la asociación de duelo tanto para atención individual como grupal.

El siguiente cuadro resume los puntos tratados en este grupo de discusión:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
<p>GRUPO DE DISCUSIÓN: I62M: Médica de atención primaria. I62P: Psicólogo en hospital. I62T: Trabajadora social en ayuntamiento. Todos forman parte de la asociación Navío.</p>	<p>Sensible, necesidad de conocer cultura. Acoger el dolor porque creen que muchos duelos están silenciados y no es positivo de ahí que hagan actividades de sensibilización.</p>	<p>No en duelo, pero sí en hospital y en atención primaria. No disponen información de sus servicios en otros idiomas. Sí se plantean recurrir a un intérprete profesional incluso mencionan que en una comisión de bioética se habló de interculturalidad (I62P).</p>	<p>En el hospital la mayoría han ido acompañados de un familiar y les resulta muy difícil elaborar por ejemplo una historia clínica (I62M). Incluso a veces le ha dado la sensación de que le diagnóstico no es del todo correcto por falta de información (I62M). En una ocasión tuvo que llamar a su hermana que es traductora y le tuvo que ayudar y se sintió muy cómoda por ser su hermana (I62M). Al ayuntamiento suelen acudir con algún miembro de su misma comunidad que les ayuda (I62T). En algunas sesiones con pacientes extranjeros tuvo que estructurarse más la sesión para obtener algo de información (I62P).</p>	<p>Que sea una persona muy humana y con saber estar. Escucha activa. Saber que no tiene protagonismo, pero también Acompaña. Respeto por los silencios y la parte no verbal.</p>
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	<p>Ideal. Incluso podría aprovecharse si está pasando en ese momento de los beneficios del grupo. I62M cree que hay que integrar el proceso para poder acompañar. El único motivo de exclusión sería si tiene problemas mentales.</p>	<p>Sí.</p>	<p>Abrir el corazón. Para qué está ahí. Empatía (no sacar de zapatos). Presencia y compasión.</p>	<p>Tienen grupos de duelo, atención individual y también hacen actividades abiertas a todo el público. Observan que la pandemia por Covid19 ha dejado duelos complicados. No saben dónde recurrir a intérpretes profesionales, quizá creen que deberían preguntar a Consellería.</p>

Cuadro 143. Respuestas de los informantes 62M, 62P y 62T grupo 7

6.3.2.7.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los profesionales sanitarios en hospital o domicilio y en asociación de duelo

Todos los informantes a excepción de la 55 (enfermera), han trabajado con intérpretes *ad-hoc* y sus experiencias no han sido satisfactorias menos la informante 54 que sí ha valorado estas experiencias como positivas. Algunos informantes han tenido que recurrir a otros recursos como el pedir a compañeros que les ayudasen en la comunicación con los pacientes extranjeros como la informante 54 (enfermera) y la 57 (psicóloga en emergencias). Por otro lado, la informante 60 (psicóloga) ha sido ella misma la que ha tenido que atender en inglés a los pacientes o dolientes de esta lengua.

De las 12 entrevistas, solo el informante 50 (oncólogo) y la 51 (enfermera) han podido trabajar con intérpretes profesionales en el ámbito hospitalario y han observado que les ha aportado tranquilidad y les ha permitido establecer el vínculo terapéutico y de acompañamiento que buscaban.

A través de las entrevistas, todos los informantes han reflexionado sobre el valor que les podría ofrecer un intérprete profesional en el contexto del duelo tanto en atención individual como grupal en las asociaciones. Sobre los requisitos que creen que debería reunir nombran que transmita confianza; que sea empático, fiel a la intencionalidad del mensaje y la forma de transmitirlo; que transmita sensibilidad, escucha activa y respeto; que sepa estar en sintonía y sea compasivo, auténtico y respete los tiempos del usuario; que sepa descodificar y que advierta de malentendidos culturales; que no haga sus propias interpretaciones, respete los silencios y ayude en la indagación.

Por ello, una formación iría encaminada también hacia estos temas: la apertura a intimidades, la necesidad de formar parte de un equipo, la empatía, el compartir la visión de cada uno de la muerte, el informar de los procesos de duelo, el practicar la escucha activa, el aprender a no juzgar, a acompañar, a hacer preguntas abiertas y sin condicionantes, el autoconocimiento y el fomentar la compasión y la empatía. Además, el informante 50 añade que debería haber una subespecialización al igual que resalta la informante 51 con su propuesta de un listado de intérpretes formados en final de vida y duelo. Todos los informantes respondieron de forma afirmativa cuando se les preguntó si acudirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes excepto la informante 53 que cree que, en estos momentos, le haría más falta una formación sobre aspectos culturales. La informante 55 incluso planteó la posibilidad de abrir una formación a través de su proyecto HU-CI.

Por último, en la reflexión sobre si el intérprete ha atravesado o está atravesando una situación similar a la interpretada en su entorno podría ser positivo para el éxito comunicativo, nueve informantes (50, 52, 53, 54, 56, 57, 59, 61, 62) no dudan en que sí sería beneficioso porque aportaría mayor empatía (I51) y sensibilidad (I61).

Los informantes 51, 55 y 60 creen que depende de cómo se haya integrado la pérdida porque para que sea un valor añadido para el éxito comunicativo debe estar adecuadamente integrada para que no haya proyecciones de la propia experiencia en la parte profesional. Si lo está pasando en ese momento, los informantes consideran que debe saber tomar distancia y tener una capacidad de gestión de las emociones para poder autorregularse y controlar la respuesta inmediata y no potenciar emociones negativas. A este respecto, la informante 50 añade que, si el intérprete no ha trabajado nunca en el contexto de duelo, tendría una charla con él para conocer sus motivaciones. Además, la informante 59 optaría por tener una charla con el intérprete si está atravesando una situación crítica en ese momento para ver en qué fase se encuentra.

6.3.2.8 Otros profesionales no sanitarios con formación en duelo

El penúltimo grupo está formado por cuatro entrevistas con profesionales no sanitarios que cuentan con formación en duelo y trabajan en asociaciones de acompañamiento y ayuda en duelo.

El primero de ellos es electricista y terapeuta especialista en duelo en un hospital y en la Asociación Acompañar en Lanzarote. Para él, la comunicación es necesaria para establecer el vínculo necesario para acompañar. Solo tiene una experiencia trabajando con intérprete cuando, durante una temporada, una persona alemana residente en la zona donde él trabaja, le ayudaba a indagar, aunque no se ha podido abordar la parte emocional como con un paciente con el que sí se comparte la lengua y la cultura. No obstante, lo valora como una ayuda positiva «porque cuando no hay nada poco es mucho». El próximo cuadro resume su entrevista:

Universidad de Alicante

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I63: Electricista, terapeuta en hospital y asociación Acompañar.	Hace terapia individual en final de vida y duelo. La comunicación implica respeto, intimidad, emociones y confidencialidad.	Sí. Le parece muy importante el tener en cuenta el lenguaje no verbal y la cultura porque cuando ha viajado ha visto que las caricias y las miradas también forman parte del acompañamiento.	Hablan un poco español y él chapurrea un poco inglés. Se ha encontrado con malentendidos y errores, aunque la intención sea buena. Hay malentendidos. Le ha sido difícil recurrir a un intérprete para la parte emocional en final de vida. Solo ha trabajado con una persona alemana que ya llevaba tiempo allí para que le ayudase en la comunicación con algún paciente, pero ha sido difícil establecer un vínculo porque no era una profesional.	Vínculo, empatía, que no le tiemble la voz y que sea respetuosa y que sepa aguantar los silencios. Literalmente apunta que «a mí me parecería más interesante un traductor que apareciera con su paquete de clínex que con el mejor de sus diplomas».
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
Sí pero él se implicaría en atender al autocuidado del intérprete porque si formase parte de su equipo él se siente responsable del bienestar de esa persona al igual que le ocurre con los músicos que le acompañan.	Sí. Para él el acompañamiento o implica respeto y el respeto va unido a la formación.	Establecer comunicación desde la emoción Lenguaje emocional	Si el intérprete lo trae el paciente cree que antes tendría que ver si hay un vínculo entre ellos. Sí se plantearía recurrir a un intérprete profesional, pero necesitaría tomar un café antes con él o mantener una charla informal.	

Cuadro 144. Respuestas del informante 63 grupo 8

La siguiente informante es bibliotecaria y terapeuta especializada en duelo en la Asociación Caminar de Valencia. En esta asociación ofrecen atención al duelo individual, grupal y telefónica cuyo objetivo es atender las necesidades de las personas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad tras la pérdida de un ser querido. Hasta la fecha no han trabajado con intérpretes porque no han recibido solicitudes de ayuda en duelo por parte de dolientes extranjeros.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
<p>I64: Bibliotecaria, terapeuta especializada en duelo en la asociación Caminar (Valencia). La asociación de fundó en 2005</p>	<p>Hacen atención individual, grupal y telefónica. La comunicación es emocional y debe responder a las necesidades de las personas en un estado de vulnerabilidad.</p>	<p>No porque ninguna persona extranjera ha contactado con ellos. No disponen de información en otros idiomas de sus servicios.</p>	<p>No han trabajado con intérpretes porque no han tenido necesidad. Quizá en un momento dado podría recurrir a la cofundadora que habla un poco de inglés y alemán o a otra persona de la asociación que sabe lengua de signos. No sabría dónde recurrir a un intérprete profesional, pero cree que hablaría con otras asociaciones, pero sí están dispuestos a recurrir a intérpretes si tuviesen la necesidad.</p>	<p>Si el doliente trajese su intérprete le gustaría tener una charla previa para ver qué vínculo y qué confianza hay. Esperaría de un intérprete que fuese confidencial, transmitiese confianza, hablase en primera persona (empatía) y respetase los silencios. También esperaría que estuviese lo más conectado posible a la situación y que mostrase tranquilidad para que la persona se sintiese escuchada y comprendida.</p>
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	<p>Sería positivo para comprender la pérdida. Si está pasando un duelo en ese momento hay que tener cuidado con que le resuene o puede que también le sea positivo porque piensa que está ayudando. La informante lo define como «sentirse en humanidad compartida». Por tanto cree que depende de la persona, del momento y de la profesión.</p>	<p>Sí que acudiría y también considera que sería bueno al principio preguntarle al intérprete si se siente preparado y al final cómo se ha sentido.</p>	<p>Hablar del duelo y de las necesidades relacionales (ser escuchado, ser validado, acogida incondicional, escucha activa, presencia). Hablar de la necesidad de confianza, del respeto por los tiempos de la persona que está en un estado vulnerable por la pérdida de un ser querido. Le parece importante que el lugar de encuentro sea un lugar tranquilo.</p>	<p>Considera la atención grupal como el hacer un viaje acompañado y respetuoso. Considera que es muy importante hablar de sentimientos en la lengua materna. Por ejemplo, tienen personas valencianoparlant es que prefieren expresarse en esta lengua. También hacen atención por correo y recomiendan recursos a personas que no son de la zona donde la asociación se encuentra porque piensa que la presencialidad es importante en el acompañamiento.</p>

Cuadro 145. Respuestas de la informante 64 grupo 8

La informante 65 es gestora pública con formación en psicología y duelo y trabaja en la Fundación Metta Hospice que acompaña a personas en final de vida a sus familiares en los procesos de duelo. Al igual que la informante anterior, no han recibido solicitudes por parte de personas extranjeras por lo que no han detectado la necesidad de intérpretes. No obstante, sí estarían dispuestos a buscar intérpretes si se diese la necesidad.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
<p>I65: Gestora pública, formación en psicología y duelo y Fundación <i>Metta Hospice</i>.</p> <p>La Fundación surgió en 2017 pero ya llevaban acompañando a personas en final de vida y sus familiares y en los procesos de duelo desde hace más de 30 años. La atención es individual. Acompañan tanto en hospital como en domicilio.</p>	<p>La comunicación es emocional y hace falta empatía y respeto, ser claros, ser concisos y breves y favorecer la comunicación. En duelo es muy importante la escucha absoluta. En la asociación cuentan con personas de distintas formaciones: psicología, derecho, medicina, enfermería, trabajo social...</p>	<p>No han tenido personas extranjeras a pesar de que hicieron, en el año 2019, 500 atenciones telefónicas y 46 acompañamientos en proceso de morir así como muchas en atención al duelo.</p>	<p>Tienen personas que forman parte de la fundación y que hablan también otros idiomas (de momento tienen griego, inglés, francés y catalán, pero no tienen nadie de euskera ni gallego). Sí estarían dispuestos a buscar intérpretes si alguna persona cuya lengua materna no sea el español contactase con ellos. Les parece que el intérprete es una herramienta muy buena y si el paciente o familiar o doliente trae su propio intérprete antes tendrían una charla.</p>	<p>Empatía, escucha activa, capacidad de conectar, que haya una armonía y un respeto para no ser un elemento de discordia.</p>
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	<p>Puede ser beneficioso o grupoante porque cada proceso es único entonces depende mucho de la persona y su visión de la profesión. La experiencia puede aportarle que sepa moverse mejor en ese entorno. La experiencia puede ayudar a saber estar en ese momento.</p>	<p>Sí. Le parecería muy interesante porque cree que habrá muchos aspectos de la interpretación que desconozca.</p>	<p>Escucha activa Respeto Empatía No juzgar No filtrar</p> <p>Es muy importante ayudar a la persona a que vaya encontrando sus propias respuestas y guiarle en el proceso de comunicación y que se sienta comprendido. Les parece muy importante la formación y ellos también ofrecen formación en comunicación a profesionales sanitarios.</p>	<p>En la fundación tienen actividades de difusión, divulgación e investigación en procesos de final de vida y duelo. En 2018, desde la ONU se les invitó a dar una charla en Ginebra sobre la importancia de la comunicación en este contexto por lo que han tenido inquietud en este tema, pero no han tenido pacientes que atender en la fundación de otras lenguas.</p>

Cuadro 146. Respuestas de la informante 65 grupo 8

El último informante de este grupo es psicopedagogo, conformación en duelo y trabaja en la Asociación DSAS, una asociación para atender a personas que han tenido pérdidas por suicidio. Cuando han atendido a algún doliente extranjero, ha sido porque o él o su compañera tenían conocimientos básicos de la lengua del doliente (inglés o francés). No se habían planteado la posibilidad de un intérprete profesional porque la demanda no ha sido alta.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
<p>I66: Psicopedagogo, formación en duelo y Asociación DSAS (<i>Associació de supervivents després del suïcidi</i>).</p> <p>Hacen atención individual y grupal por pérdida por suicidio.</p>	<p>La comunicación implica complejidad emocional, llanto, escucha e intimidad. Cree que la sociedad todavía es ignorante en muchos temas sobre la muerte y traumas y el desconocimiento puede hacer que haya errores comunicativos que desautoricen la comunicación.</p>	<p>De manera muy puntual han atendido a alguna persona cuya lengua materna no era el español ni el catalán. Cree que puede ser por prejuicios de no aceptación que la persona querida se ha suicidado.</p>	<p>A través de la presidente que habla un poco inglés o chapurreando y él habla un poco francés. Google para emails. Cree que si un doliente trajese a su propio intérprete les ayudaría muchísimo. No se lo habían planteado hasta ahora porque no habían tenido mucha demanda.</p>	<p>Esperaría que tuviese, aunque sea mínima, una formación en acompañamiento y duelo y conocimientos de la terminología del suicidio. Por supuesto, que tuviese un nivel avanzado de la lengua del doliente porque la comunicación exige matices. Confidencialidad y empatía y que no se contagiase de la emoción pero que, a su vez, la respete.</p>
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	<p>Sí contribuye a ayudar. Sin embargo, la pérdida va asociada a un componente de cómo haya sido esa pérdida y cómo se ha elaborado. Considera que la exposición continuada a experiencias de pérdida sin tener las propias elaboradas no sería positivo, pero esto sería un añadido a la profesión. Si se ha elaborado bien, no le cabe duda que sería favorable.</p>	<p>No se lo había planteado pero sí le gustaría algo breve para tratar temas como cuándo dirigirse al intérprete o cuando mirar al doliente.</p>	<p>Empatía, apertura emocional, conocer el suicidio y su multifactoriedad. Dedicar una parte a mitos y prejuicios sobre la muerte, el suicidio y las pérdidas traumáticas.</p>	<p>Considera que un intérprete sería una herramienta imprescindible, pero tendría una charla previa con él y si fuese a trabajar con ellos necesitaría una validación de los aspectos comentados como necesarios para ellos como formación en este ámbito y si tiene experiencias previas y si es un buen comunicador y no está dubitativo.</p>

Cuadro 147. Respuestas del informante 66 grupo 8

6.3.2.8.1 Resumen de los resultados de las encuestas a los profesionales no sanitarios con formación en duelo

De los cuatro informantes de este grupo, solamente el 63 ha tenido una experiencia con una intérprete *ad-hoc* y el 66 ha sido él mismo o su compañera los que han atendido en inglés o francés a los dolientes. Los otros dos (64 y 65) no han recibido ninguna solicitud de ayuda por parte de pacientes ni dolientes extranjeros. No obstante, todos han reflexionado sobre el uso de intérpretes profesionales y consideran que como requisitos les pedirían que fuesen capaces de establecer un vínculo emocional que facilite la indagación y la confianza, que sean empáticos, respetuosos, confidenciales y que sepan sostener los silencios y estar en armonía. El informante 63 define los requisitos como «a mí me parecería más interesante un traductor que apareciera con su paquete de clínex que con el mejor de los diplomas». Todos coinciden en que si fuese el doliente el que trajese el intérprete se sentirían más cómodos porque estarían seguros de que el vínculo y la confianza estarían presentes.

Todos los entrevistados acudirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes y si ellos tuviesen que impartir una formación les hablarían del respeto, del duelo y las necesidades relacionales, de la empatía, de la importancia del no juzgar y dedicarían una parte a los mitos y prejuicios sobre la muerte, el suicidio y las pérdidas traumáticas.

Los cuatro informantes consideran que el que el intérprete haya pasado por una situación similar a la interpretada en su entorno sí puede ser beneficioso para el éxito comunicativo porque contribuiría a una mejor ayuda y comprendería mejor lo que supone tener una pérdida importante. La informante 64 añade que sería positivo porque sería como «sentirse en humanidad compartida». Por otro lado, si está atravesando la situación en ese momento dependería de la persona, la situación y su capacidad de autocuidado y gestión emocional. El informante 63 cree que el intérprete debe tener un gran bagaje emocional y estrategias para el autocuidado posterior porque es normal que, tras escuchar relatos de pérdidas, algo haya resonado en la persona. Además, se responsabilizaría de facilitarle la gestión de las emociones:

Pero eso yo creo que es responsabilidad mía, de facilitarle y de ayudarle a ese intérprete porque no es solo que me acompañe y me sirva de intérprete, igual que los músicos, yo creo que todo el mundo que esté en mi posición, cualquier persona que te ayude en el acompañamiento es tu responsabilidad, tú tienes que ayudarle a encontrar sus herramientas y a trabajar sus emociones y también un día se encuentra mal, pues que no vaya a traducir, porque el respeto, como todos los valores, empiezan por uno mismo, si no, no funciona.

Finalmente, el informante 66 matiza que la exposición prolongada a historias de pérdida sin tener las propias elaboradas e integradas puede afectar de manera negativa. No obstante, si está bien elaborada, no le cabe duda que sería favorable.

6.3.2.9 Dolientes facilitadores de grupos de ayuda mutua

El último grupo de informantes agrupa a dolientes que no tienen formación reglada en duelo, pero han pasado por un grupo terapéutico tras su pérdida y que, en la actualidad, facilitan grupos de ayuda mutua.

La primera de ellas es doliente y ha creado el proyecto Luto en Colores a través del cual ofrece apoyo para personas que han tenido una pérdida, sobre todo, por suicidio. También lleva a cabo actividades de sensibilización para que se visibilice la muerte y el duelo. Sin embargo, no ha detectado la necesidad de interpretación.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
<p>I67: Periodista y doliente. Proyecto Luto en colores.</p> <p>Creó este proyecto a raíz de la muerte por suicidio de un familiar para ponerle nombre y compartir todo lo que estaba experimentando y poco a poco ha ido creciendo y ayuda a muchas personas a comunicar y expresar cómo se sienten y tejer redes que sostengan a personas que han vivido una experiencia similar.</p>	<p>Cree que la comunicación es necesaria para poder ponerle nombre y contar los sentimientos que en otros sitios no se puede cuando la persona está en un proceso y estado de vulnerabilidad máxima. Además, ha puesto en contacto a muchas personas y ha creado grupos informales de ayuda entre dolientes.</p>	<p>No le han llegado peticiones de personas cuya lengua materna no sea el español. Sí le llegó un agradecimiento de una persona francesa que le leía sus textos a un amigo que estaba en un proceso de duelo y ella se los traducía a su amigo. De ahí pensó que debería hacer algo en esta línea pero todavía no sabe bien el qué.</p>	<p>Lo más ideal sería que el intérprete tuviese formación. Solo una vez en una charla conoció a un mediador cultural y le pareció interesante conocer cómo los extranjeros viven la muerte y cómo las distintas culturas tienen otras visiones y rituales. Ahora mismo no sabría dónde recurrir a un intérprete profesional. Sí se sentiría cómoda si un doliente trajese a su propio intérprete. Tuvo una vez una persona sordomuda que trajo su intérprete.</p>	<p>Fluidez, sensibilidad, respeto por la intimidad de lo que se comparte en un espacio sin juicio y acoger las emociones. Que sepa dónde está y sepa que en algún momento quizá puede tocar su sensibilidad. Que no tenga demasiada frialdad y que sepa ajustarse emocionalmente.</p>
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	<p>Sí (incluso podría aportar). Le parece mejor porque en el grupo todos tienen una pérdida. Por tanto, la persona tendría que adaptarse a la dinámica de grupo. Si está pasando en ese momento le podría ayudar también.</p>	<p>Sí. Le parecería muy interesante.</p>	<p>Escucha activa. Cómo sostener a una persona. Aprender de la vivencia de otras personas. Entender que cada duelo es único y no hay plazos establecidos, sino que cada uno tiene sus ritmos.</p>	<p>Su principal objetivo es que la persona que está en un proceso de duelo pueda hablar y no sentirse sola y pueda volver a tejer una red social e integrar la pérdida en su vida. Hace muchos talleres también en el ámbito educativo.</p>

Cuadro 148. Respuestas de la informante 67 grupo 9

La informante 68 es facilitadora de un grupo de ayuda mutua en una asociación para personas afectadas con cáncer y sus familiares. Al igual que la informante anterior, tampoco ha detectado la necesidad de contar con intérpretes.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I68: Doliente y facilitadora de un grupo de ayuda mutua.	Comunicación muy respetuosa y siempre teniendo presente la confidencialidad.	No. De momento no ha solicitado ninguna persona de habla no española esta ayuda a este grupo.	No han trabajado con intérpretes cree que, por barrera de acceso y desconocimiento del servicio, pero le encantaría contar con intérpretes. Si el doliente trajese su intérprete se sentiría cómoda.	Confidencialidad, transmisión completa del mensaje, respeto por el dolor que puede expresar la persona. Que transmitiese confianza y naturalidad.
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí ayudaría a comprender mucho más el contexto. Si está pasando por un duelo en ese momento sería preferible que elaborase su proceso antes.	Sí. Le resultaría muy interesante.	Les preguntaría si han tenido alguna pérdida, si han tenido que acompañar a alguien en proceso de duelo y les hablaría de qué es el duelo y qué emociones suelen experimentar las personas así como el funcionamiento del grupo.	En su proceso de duelo pasó por un grupo de ayuda mutua terapéutico y fue su terapeuta quien le animó a crear sus propios grupos de ayuda mutua porque por su experiencia podría ayudar a otras personas.

Cuadro 149. Respuestas de la informante 68 grupo 9

El siguiente informante también es doliente y facilitador de distintos grupos de ayuda mutua en Sabadell. Solo ha tenido contacto con una doliente extranjera que acudió acompañada por una conocida suya. Sin embargo, al contar con una intérprete *ad-hoc* no consiguieron entenderse totalmente y la doliente no pudo incorporarse a ningún grupo.

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I69: Doliente y Asociación <i>Dol Sabadell</i> creada en 2003. En su proceso de duelo se le animó a dirigir un grupo de duelo y es a lo que se dedica ahora. En estos momentos tienen 6 grupos dirigidos por dolientes y otros por psicólogas.	La comunicación permite expresar emociones cuando la persona está inmersa en un caos emocional. También es Calidez y sin juicios para que la persona pueda abrirse en un grupo y se sienta segura y cómoda.	Solo una vez con una persona rusa. Cree que quizá es por el desconocimiento o que puede haber de que existe este tipo de ayuda que considera tan valiosa porque permite ayudar a gestionar las emociones para seguir viviendo.	Esta persona fue acompañada de una conocida que la llevó al grupo. Al no ser profesional fue un poco complicado, pero se consiguieron entender un poco, aunque no llegó a incorporarse a ningún grupo, sino que solo hizo varias sesiones individuales. Cree que un intérprete profesional les hubiese ayudado mucho.	Capaz de empatizar, capacidad de escucha y si puede ser formación y si ha tenido una experiencia también sería enriquecedor. Pero no sabe dónde recurrir a intérpretes.

	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Sí, sería muy bueno porque empatizaría mejor. Compara que ellos dicen «todos los que han pasado por la misma situación hablan el mismo idioma» y en este caso sería el mismo idioma verbal y emocional si se contase con un intérprete.	Sí porque se sentiría impotente si ahora llamase una persona de habla no española a la asociación y él no supiese dónde encontrar recursos para atenderla.	Le permitiría estar de oyente en un grupo para que viese la dinámica y la vinculación. Cree que la diferencia entre un grupo dirigido por un terapeuta y otro por un doliente que ha pasado por esa experiencia es la manera de llevarlo y la manera de hacer las preguntas.	Cree que es una cuestión de justicia y lógica el contar con intérpretes.

Cuadro 150. Respuestas del informante 69 grupo 9

A la siguiente informante se le contactó por aparecer como fundadora de una asociación de duelo en Castellón. No obstante, durante su entrevista comentó que era licenciada en Traducción e Interpretación y decidimos incluirla en esta investigación, y dentro de este grupo, por su triple perfil: doliente, fundadora y traductora e intérprete. A raíz de su experiencia como doliente en un grupo de duelo en otra asociación, decidió que debía crear una en su zona para ayudar a personas en duelo. Finalmente, no pudo ofrecer terapia grupal pero sí individual, aunque por cuestiones logísticas la asociación no pudo continuar en funcionamiento. Sin embargo, la informante es miembro de otra asociación de duelo perinatal donde sí han tenido personas extranjeras, pero con un nivel de español suficiente para entenderse, aunque sí les ayudó en algunos momentos:

Han venido madres que no tenían un nivel lingüístico excelente en nuestro idioma. Ahí sí que te puedo decir que sí que hemos tenido visitas e interés de madres de otros países y no llegué a tener que hacer de intérprete porque ellas tenían una base para poder expresarse con la fluidez necesaria para hacerse entender y expresar sus sentimientos, aunque sí les ayudé en algunos momentos. Pero claro obviamente interpretaría lo que me echaran para ayudarles.

El siguiente cuadro resume la información compartida por esta informante:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
I70: Traductora y doliente. Intentaron crear una asociación en Castellón tras su proceso de duelo, pero no llegó a funcionar la atención grupal por falta de ayudas burocráticas. Ahora está en una asociación sobre duelo perinatal.	La atención grupal permite abrir un espacio para comunicar los sentimientos y organizar u ordenar el caos emocional que uno puede tener tras la muerte de un ser querido.	En la asociación de duelo perinatal sí han tenido personas cuya lengua materna no era el español pero tenían un nivel lingüístico bueno del español.	Aunque estas personas sí tenían un dominio bastante bueno del español, ella les ayudó en algún momento para expresarse con mayor fluidez o por alguna palabra que no sabía expresar en español. Ella sí se plantearía ser intérprete de alguna persona que llegase por su formación pero no se ha llegado a dar el caso de tener que hacer una interpretación completa.	
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
	Como intérprete y doliente cree que el haber pasado por una situación de este tipo sí le hubiese ayudado y le puede ayudar, pero si lo hubiese tenido que hacer mientras estaba en su proceso de duelo quizá le hubiese costado un poco. Cree que también depende del tipo de pérdida y si ha sido más o menos traumática.			Ella acudiría a una formación con especialistas en temas de duelo porque le parece muy necesaria la sensibilización. Si ella les diese una formación sobre interpretación cree que les daría pautas para para acomodar el ritmo, el tiempo y el espacio.

Cuadro 151. Respuestas de la informante 70 grupo 9

Los informantes 71M y 71C son dolientes por la pérdida de su hijo y que, tras pasar por un proceso de duelo acompañado en una asociación, decidieron facilitar grupos de ayuda mutua en Murcia impulsados por un terapeuta. Además de facilitar grupos, también hacen entrevistas previas a la incorporación al grupo y talleres de sensibilización. No han recibido solicitudes de personas extranjeras que no dominasen el español a excepción de una doliente ucraniana que solo acudió tres veces, pero tuvo que dejarlo por la barrera idiomática. Sin embargo, al ser solo un caso, no se han planteado recurrir a intérpretes, aunque piensan que se sentirían cómodos. Comentan que «no vamos a dejar de atender a nadie por el idioma y eso lo tengo clarísimo» (I71M) y que lo que prima para ellos es que el espacio sea íntimo y reservado para facilitar la expresión emocional. El siguiente cuadro recopila la información tratada en la entrevista con estos dos informantes:

INFORMANTE	COMUNICACIÓN	PACIENTES EXTRANJEROS	TRABAJO CON INTÉRPRETES	REQUISITOS
<p>GRUPO DE DISCUSIÓN: I71M: Doliente y asociación Amanecer (Murcia).</p> <p>I71C: Doliente y asociación Amanecer (Murcia).</p>	<p>La comunicación es confidencial y se propicia por acoger el dolor en un espacio seguro e íntimo donde compartir sentimientos.</p>	<p>No han tenido personas en los grupos que no dominasen el español.</p> <p>Tuvieron una persona ucraniana que requirió sus servicios pero solo acudió tres veces por problema de idioma.</p>	<p>No han trabajado con intérpretes. Creen que se sentirían cómodos.</p> <p>No sabrían dónde recurrir a un intérprete profesional, pero estarían dispuestos a buscar los recursos necesarios. Igual alguien del grupo tendría conocimiento de inglés, pero no de otras lenguas. Creen que no habría problema en que el doliente trajese ya su propio intérprete.</p>	<p>Educación, respeto, sensibilidad y confidencialidad. Además, respeto por la situación y las emociones. Muy importante también la empatía.</p>
	BIENESTAR	FORMACIÓN	ASPECTOS FORMACIÓN	OTRA INFORMACIÓN
<p>Creen que por supuesto que ayudaría porque la experiencia es una muy buena herramienta.</p> <p>Si lo pasa en ese momento incluso podría ser beneficioso para él.</p>	<p>Sí. Sería una herramienta esencial.</p>	<p>Educación, respeto, qué es el duelo y cuestiones acerca de cómo pueden estar las personas en duelo y qué pueden experimentar.</p>	<p>Tienen diferentes grupos de duelo. El objetivo de la asociación es acoger y ofrecer ayuda mutua a personas que han perdido a un ser querido. Les remiten personas desde hospitales también. Tras unas charlas con un profesional experto en duelo italiano y les animó a crear la asociación y ya llevan 10 años en funcionamiento.</p>	

Cuadro 152. Respuestas de los informantes 71M y 71C grupo 9

6.3.2.9.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los dolientes facilitadores de grupos de ayuda mutua

A través de estas cinco entrevistas mantenidas con dolientes que facilitan grupos de ayuda mutua, hemos observado que su experiencia de duelo les ha llevado a detectar la necesidad de abrir espacios para que los dolientes puedan expresar sus emociones. Sin embargo, no han detectado la necesidad de intérpretes profesionales puesto que no han recibido solicitudes de dolientes extranjeros, aunque los informantes 69, 71M y 71C sí han tenido cada uno una experiencia con una doliente extranjera que solo pudo acudir varias veces a atención individual pero no a grupal por la barrera idiomática. El informante 69 añade que si ahora mismo tuviese una solicitud de una persona extranjera que no dominase el español se sentiría importante por no disponer de recursos suficientes para ayudarlo. Por tanto, cree que el uso de intérpretes es una cuestión de justicia y lógica. Todos los informantes coinciden en que la figura de un intérprete podría ser un recurso idóneo para facilitar la comunicación en los grupos de duelo. Ninguno de ellos sabría dónde recurrir a un intérprete profesional, pero si reflexionan sobre los requisitos que debería reunir creen que le pedirían fluidez, sensibilidad, respeto por la intimidad de la información compartida, no juzgar, acoger las emociones, confidencialidad, transmisión completa del mensaje, naturalidad, empatía y escucha activa.

La informante 70, al ser traductora e intérprete y doliente, cree que es muy necesaria la figura del intérprete y la formación conjunta para estar sensibilizados de las necesidades de la parte que facilita la comunicación y de la parte sanitaria y/o facilitadora de ayuda en duelo. En esta línea de la formación, los otros informantes no tienen dudas en que sí acudirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes para poder conocer este recurso y poder incorporarlo en sus servicios. En dicha formación, si ellos tuviesen que impartir un módulo a intérpretes tratarían la escucha activa, el cómo sostener a una persona, el entender que cada duelo es único, la necesidad de acoplarse a los ritmos del doliente, cómo funciona un grupo de ayuda mutua y cómo se deben formular las preguntas. Por otro lado, la informante 70, que es traductora e intérprete, trabajaría con los sanitarios, terapeutas y dolientes facilitadores la importancia de acomodar el ritmo, el tiempo y el espacio.

Por último, sobre la reflexión de si el intérprete ha vivido una situación similar a la interpretada en su entorno cercano podría ser positivo para el éxito comunicativo, la informante 67 considera que sería muy positivo porque, además de interpretar, podría tener un papel más activo y aportar según su experiencia. Además, si está atravesando una situación crítica en ese momento, podría beneficiarle el interpretar porque también le podría ayudar el escuchar los relatos de los demás. Esta opinión también es compartida por los informantes 71M y 71C.

La informante 68 cree que el haber pasado por una situación le podría ayudar a comprender mucho más el contexto, pero si está en ese momento atravesando una situación similar, sería preferible que elaborase su proceso de duelo antes, aunque la informante 70 cree que depende del tipo de pérdida, la vinculación y el trauma. El informante 69 cree que sí sería positivo porque aumentaría su empatía y describe su opinión con las siguientes palabras:

Todos los que han pasado por la misma situación hablan el mismo idioma y aquí valga la redundancia porque no solamente habla el idioma verbal sino el emocional. Si además [el intérprete] tiene esa empatía puede hacer que conecte más con esa persona. No deja de ser un miembro más incluso no dudo que llegara a emocionarse, y todo, de la escucha que allí se genera en ese grupo.

Por tanto, como puntos en común entre los integrantes de este grupo se observan su preocupación por la sensibilización de la sociedad hacia el duelo y lo beneficiosa que les ha sido la ayuda en duelo que recibieron que, incluso, les sirvió como motor e impulso para facilitar ellos mismos grupos de ayuda mutua. Además, las entrevistas les han servido como reflexión acerca de la situación de los dolientes extranjeros que residen en España y de la necesidad de poder ofrecerles recursos para poder expresar sus emociones en su lengua materna.

6.3.2.10 Consideraciones finales del estudio cualitativo acerca del colectivo de profesionales involucrados en final de vida y duelo

En la presentación de los nueve grupos de informantes del estudio cualitativo, con profesionales involucrados en situaciones de final de vida y duelo, en los epígrafes anteriores se han agrupado los resultados al final de cada grupo. No obstante, consideramos necesaria una reflexión final que agrupe a todos los informantes y, por ello, la planteamos desde los distintos parámetros tratados en las entrevistas.

El primero de ellos era su descripción de la comunicación en sus áreas de trabajo. Los profesionales que trabajan en cuidados paliativos a domicilio (grupo 1) coinciden en que la comunicación con los pacientes y dolientes en su domicilio es más relajada, distendida y cómoda puesto que se está en su zona de confort. En hospital (grupos 2 y 3), la comunicación suele estar más limitada de tiempo y es concebida por los pacientes como más técnica, según la opinión de los profesionales. Sin duda, todos coinciden en que la comunicación es una herramienta necesaria para establecer un vínculo con el paciente y su familia y ganarse su confianza para poder abrirse emocionalmente y permitir la indagación. Los informantes psicólogos en ámbito hospitalario, domiciliario o en asociaciones y fundaciones (22, 35, 36, 37, 38) creen que la comunicación debe ser clara y directa. Además, los profesionales médicos y enfermeros añaden que debe responder a las necesidades e inquietudes del paciente y sus familiares para no crear falsas expectativas.

Las musicoterapeutas (15, 16 y 17) utilizan la comunicación como vía para obtener información sobre la cultura, los gustos del paciente y sus vivencias para poder adaptar la música y los recursos sonoros. Los informantes del cuarto grupo (profesionales sanitarios en fundaciones o asociaciones de acompañamiento en enfermedades) resaltan la importancia del lenguaje no verbal cuando el paciente padece una enfermedad que afecta al sistema sensorial y al habla. Esta importancia también es otorgada por los profesionales que trabajan con pacientes en estado terminal porque, sobre todo en los últimos días, no puede expresarse de otra forma que no sea no verbal. Por otro lado, los informantes que trabajan en situaciones de duelo describen la comunicación como un diálogo empático y sensible para invitar al doliente a relatar cómo se siente o cualquier información que quiera compartir.

Cuando se les ha preguntado por el volumen de pacientes, familiares o dolientes extranjeros que recibían, la cifra aumenta cuando los informantes trabajan en hospitales o en unidades de cuidados paliativos a domicilio. Esta cifra es menor cuando los informantes trabajan en asociaciones o fundaciones, ya sean de acompañamiento en final de vida, en enfermedades o en duelo. Y, cuando los informantes trabajan en consulta privada (grupo 5) no han recibido ninguna solicitud por parte de personas extranjeras. Este volumen menor en las fundaciones, asociaciones y consultas privadas creen que es una consecuencia del desconocimiento de la existencia de dichos servicios y, por ello, no han detectado la necesidad de recurrir a intérpretes profesionales. No obstante, ninguno de los informantes sabría dónde recurrir a intérpretes profesionales; dato que también denota el desconocimiento de esta figura profesional a pesar de que todos lo valoren como un recurso que les beneficiaría en sus áreas de trabajo porque les permitiría hacer una intervención y atención adecuadas. Para ello, consideran que debe ser una persona formada en comunicación en final de vida y duelo para conseguir el éxito comunicativo. Los requisitos que creen que debería reunir un intérprete profesional son, por un lado, los relativos a la relación de ayuda (empatía, respeto, autenticidad, confianza, acogida incondicional) para permitir la creación de un vínculo que pueda sostener al paciente, familiar o doliente emocionalmente y, por otro lado, los referidos al conocimiento de la terminología específica y a la necesidad de trasladar toda la información del modo y con la intencionalidad en que los interlocutores están interviniendo.

Solamente los informantes 5 (médico paliativista), 21 (enfermera en paliativos hospitalarios), 24 (enfermera generalista en hospital) y 50 (oncólogo) han trabajado en alguna ocasión con intérpretes profesionales en entorno hospitalario y su experiencia ha sido positiva. El resto, excepto los informantes 46 (terapeuta en centro de humanización), 47 (enfermera terapeuta en asociación), 49 (psicóloga en fundación) y los profesionales no sanitarios que trabajan en duelo (64, 65, 66, 67, 68, 70 y 71), es decir, 61 entrevistados del total de 71, sí han trabajado con intérpretes *ad-hoc* cuyas experiencias no han sido productivas porque han dudado de si se ha trasladado toda la información.

Además, se han sentido inseguros, han tenido que reducir la información a lo esencial, han observado que el lenguaje no verbal difería de lo que recibían de forma verbal del intérprete *ad-hoc* y han presenciado pactos de silencio y elementos de protección, sobre todo, cuando han sido los hijos o menores los que han actuado como intérpretes provocando que directamente no se pudiesen abordar distintos temas. Sin embargo, los informantes 6 (médico paliativista) y 54 (enfermera) sí consideran estas experiencias como positivas porque el familiar no ha supuesto una barrera protectora ni había un pacto de silencio, por lo que sí ha sido posible indagar en la parte emocional.

Por otro lado, los informantes 7 (enfermera en paliativos a domicilio), 25 (enfermera generalista en hospital), 28 (enfermera en UCI) y 33 (oncóloga) han experimentado el uso de un sistema de interpretación telefónica que todos han valorado como «limitante» para final de vida porque las citas no se pueden programar con mucho tiempo de antelación y los pacientes pueden tener dudas en cualquier momento o necesitar asistencia durante las 24 horas del día y el sistema no ofrece un servicio tan inmediato ni a todas horas.

Los informantes 1 (médica paliativista), 19 (médica paliativista), 23 (trabajadora social en cuidados paliativos), 28 (enfermera en UCI) han tenido que recurrir en algunas ocasiones a compañeros del hospital, ya fuesen personal sanitario o de la limpieza, para que les ayudasen a comunicarse con los pacientes. Los informantes 23 (trabajadora social en cuidados paliativos), 62T (trabajadora social en ayuntamiento) y 63 (terapeuta) también han optado algunas veces por personas de la misma nacionalidad que el paciente que se han prestado voluntarias para ayudar en la comunicación. Así pues, lo han valorado como una gran ayuda cuando no se podían entender de ningún otro modo, aunque no se ha podido atender a la persona en las mismas condiciones que si fuese un autóctono. Además, los informantes 7 (enfermera en cuidados paliativos), 27 (enfermero en unidad de trasplantes), 28 (enfermera en UCI) y 60 (psicóloga en cuidados paliativos y asociación) han tenido que hacer ellos mismos de intérpretes para otros compañeros cuando los pacientes, familiares o dolientes eran de habla inglesa. En su opinión, se han encontrado cómodos porque han servido de ayuda, pero no les ha resultado sencillo gestionar a la vez las estrategias de intervención propias de su trabajo y la interpretación. A este respecto, de los informantes que trabajan en el área de duelo, ninguno considera que tenga los suficientes conocimientos de inglés para dirigir una terapia en esta lengua. En cuanto a si asistirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes, todos los informantes excepto la 5 (médica paliativista), la 47 (enfermera terapeuta) y la 53 (enfermera en salud mental) han respondido que sí asistirían. Los motivos por los que estos tres informantes no asistirían son porque ya ha trabajado con una mediadora y cree que han trabajado bien juntas (I5), porque no ha detectado la necesidad todavía en su zona (I47) y porque preferiría una formación más relacionada con aspectos culturales (I53).

Sobre los aspectos que incluirían en un módulo que ellos mismos impartiesen a los intérpretes, cada grupo destacaría unos aspectos por las necesidades que observan en sus servicios, pero todos coinciden en tratar la empatía y la descripción de las posibles situaciones que pueden enfrentarse para fomentar el saber estar. Los profesionales del primer grupo (sanitarios de paliativos a domicilio) y del segundo (sanitarios de paliativos en hospital) insistirían que entiendan cómo funciona una unidad de cuidados paliativos, el respeto por la dignidad y la vulnerabilidad del paciente en final de vida y la atención a las necesidades de los familiares que pueden tener preguntas sobre los cuidados, la medicación o qué hacer en los últimos momentos. El tercer grupo (profesionales sanitarios de otros departamentos en hospital) considera que la formación debería incluir una parte de práctica de la reproducción del mismo tono, intensidad e intencionalidad del mensaje. El informante 27, al trabajar en un equipo de trasplantes, incluiría aspectos relacionados con esta unidad como la explicación del proceso de donación, cremación y repatriación, así como las implicaciones judiciales. El cuarto grupo, compuesto por los profesionales sanitarios que trabajan en fundaciones o asociaciones de acompañamiento en enfermedades, trabajarían la comunicación de las malas noticias y las estrategias de acompañamiento emocional. Los profesionales de los grupos 5, 6, 7, 8 y 9, por su continuo trabajo en duelo, considerarían que una formación debería estar basada en la relación de ayuda, el no juicio, la escucha activa y los tipos de duelos y afrontamientos.

Otro de los puntos mencionados por la mayoría de los informantes, sobre todo los que trabajan en duelo, es el autocuidado y la gestión emocional. Estos dos aspectos también están relacionados con la pregunta sobre si el que el intérprete haya pasado por una situación similar a la interpretada en su entorno cercano podría ser positivo para conseguir el éxito comunicativo. Ninguno de los informantes lo ha valorado como negativo y, en su mayoría, sí lo consideran positivo porque aumentaría la sensibilidad, la empatía y el conocimiento del contexto. La informante 5 (médica paliativista) cree que dependería porque lo ideal sería que una persona pudiese empatizar sin haber vivido una experiencia similar. Sobre todo, los informantes del grupo 9, dolientes, no tienen duda, por sus propias experiencias, en que sería positivo y que, además, el intérprete podría beneficiarse de las experiencias que se comparten. Algunos informantes creen que la condición necesaria para que sea positivo es que el intérprete tenga elaborada e integrada la situación que ha vivido para poder autorregular sus propias emociones y, para ello, la informante 47 (enfermera terapeuta) cree que es indispensable conocer «el termómetro emocional interno» ya que, sin una introspección propia, podría resonar la situación vivida hasta el punto de hacerle daño. De este modo, también opinan que si el intérprete está atravesando una situación en ese momento debe disponer de estrategias de autocuidado y debe tener la posibilidad de comentarlo con sus compañeros de equipo para abordar la situación del mejor modo posible. Por ejemplo, el informante 4 (médico paliativista) hace referencia a la red de apoyo con los compañeros para tratar estos temas en sesiones clínicas y poder ventilar.

Con este estudio cualitativo se ha cumplido el segundo objetivo donde nos proponíamos explorar la relación del proveedor de servicios, el intérprete, el paciente, la familia y/o el doliente para determinar en qué medida se manifiesta la necesidad de intérpretes. Dicha necesidad ha quedado constatada en mayor medida en los entornos sanitarios y en menor medida en el duelo por la barrera de desconocimiento y acceso, según apuntan los informantes de los grupos 5, 6, 7, 8 y 9. Además, también se cumpliría el objetivo 2.1 (detectar si existe una necesidad de concienciación sobre el trabajo del intérprete) puesto que los informantes desconocen el papel del intérprete profesional pero sí estarían dispuestos a asistir, en su mayoría, a una formación conjunta. Con este estudio también se cumpliría parte del objetivo 2.2 (detectar la necesidad de intérprete en servicios de ayuda al duelo y si los posibles usuarios extranjeros residentes en España acudirían) ya que, aunque no se ha detectado una gran necesidad, sí han observado los informantes que podrían beneficiarse de este recurso y abrir sus servicios a dolientes extranjeros. Sin embargo, la segunda parte no se ha podido constatar con este estudio puesto que, con las entrevistas a los profesionales, la información que hemos obtenido es que el porcentaje de solicitudes que han llegado a las asociaciones de duelo han sido muy pocas. No obstante, los dolientes por pérdidas que han pasado por una etapa en el hospital o han recibido a las unidades de cuidados paliativos en el domicilio sí han constatado la necesidad que tienen de apertura emocional y de elaboración del duelo. Este dato nos aportaría indicios de que sí acudirían si la barrera idiomática no fuese un impedimento.

6.4 Parte 4: dolientes españoles

En esta cuarta parte exponemos el análisis de percepciones sobre la pérdida de seres queridos en dolientes españoles a quienes se encuestó para comprobar los beneficios de la ayuda en duelo tras la pérdida de un ser querido. Se recibieron un total de 202 respuestas. Las tres primeras cuestiones eran la edad, la provincia de residencia y el tipo de pérdida. La provincia de residencia se ha decidido que no se incluye en este estudio por ser irrelevante, aunque inicialmente se consideró que debía preguntarse para observar si en unas zonas había más opciones de ayuda que en otras. Sin embargo, para esta investigación no nos aporta datos concluyentes por lo que se ha decidido su exclusión.

6.4.1 Datos introductorios de la encuesta a dolientes españoles

A continuación, se presenta el gráfico recopilatorio de la edad de los dolientes siendo el grupo mayoritario el de entre 40 y 50 años, seguido del de 50 y 60, 30 y 40, 20 y 30, 60 y 70 y, finalmente, el de mayores de 70. Por tanto, el rango de edad de los encuestado varía entre los 20 y los 70 años.

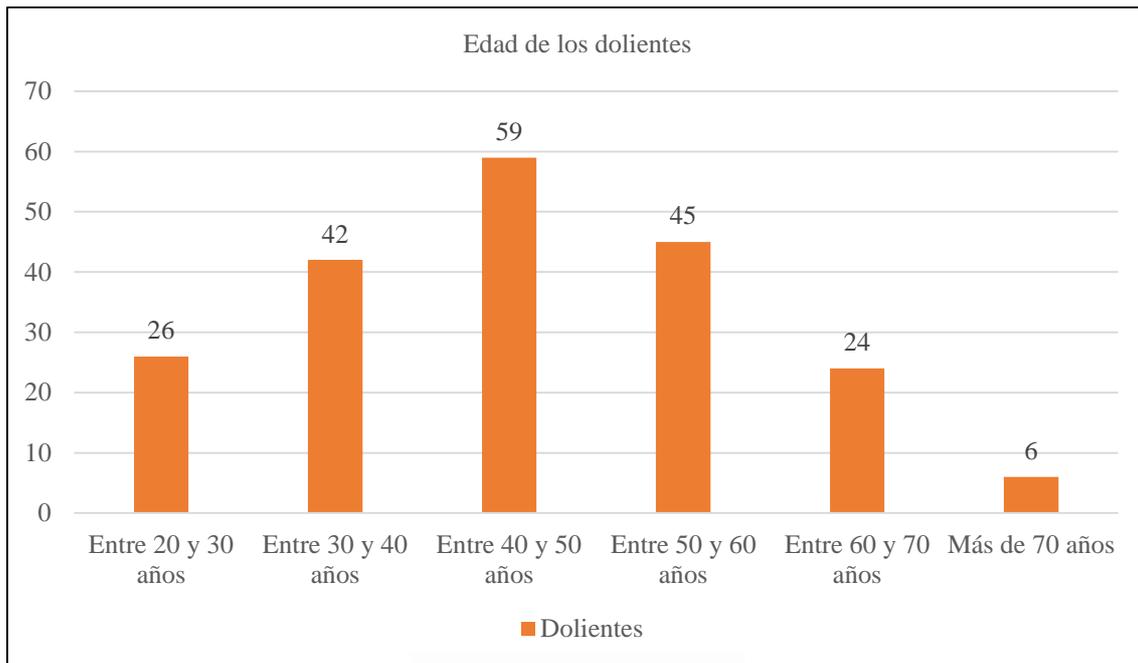


Gráfico 40. Edad de los dolientes

El siguiente gráfico sobre el tipo de pérdida que han sufrido los dolientes encuestados indica que disponemos de todo tipo de pérdidas siendo la pérdida repentina o accidental el porcentaje mayor de un 37,6 % (76), seguido de la pérdida por enfermedad con un 35,2 % (71), suicidio con un 18,8 % (38), COVID-19 con un 6,9 % (14) y pérdida por muerte natural con un 1,5 % (3). A priori, estos resultados desvelan que, si la pérdida ha sido inesperada, los dolientes tienen una necesidad alta de ayuda en el duelo o, al menos, más alta que si ha sido por muerte natural. Además, el porcentaje de pérdida por COVID-19 no es muy elevado por la crisis sanitaria en el momento de responder a la encuesta bien porque no se han iniciado grupos por este tipo de pérdida por las restricciones sanitarias o bien porque los dolientes todavía no han solicitado esta ayuda, aunque como se puede observar en las entrevistas con profesionales, se calcula que un porcentaje elevado de dolientes por este tipo de pérdida necesitará ayuda en duelo.

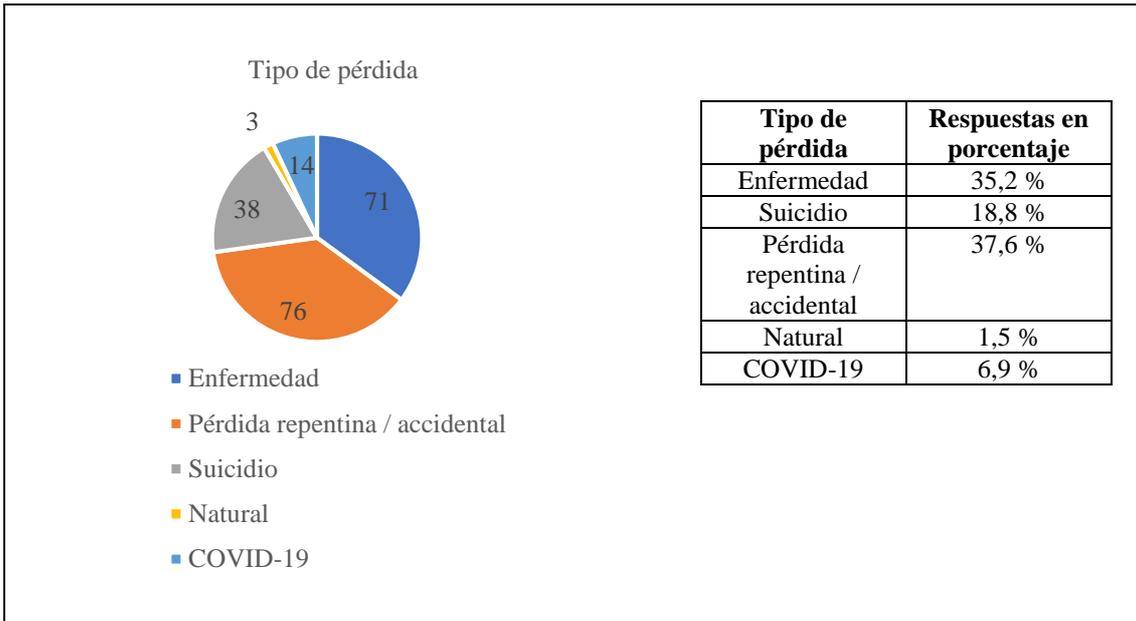


Gráfico 41. Tipo de pérdida

6.4.2 Resultados de la encuesta a dolientes españoles

Tras estos datos introductorios se presentan las diez preguntas que componen la encuesta a los dolientes para observar sus percepciones tras la pérdida de seres queridos y la experiencia de participar en un grupo de apoyo en duelo o de recibir atención individual. La primera pregunta sobre si la ayuda recibida les ha permitido aliviar el sufrimiento ha recibido un 99 % (200) de respuestas afirmativas frente a un 1 % (2) de respuestas negativas.



Gráfico 42: Respuestas de los dolientes a la pregunta 1

La segunda pregunta versa sobre si el grupo o la ayuda individual les ha permitido compartir sentimientos difíciles. Las respuestas muestran una clara tendencia ya que todos los informantes han respondido que sí les ha ayudado.

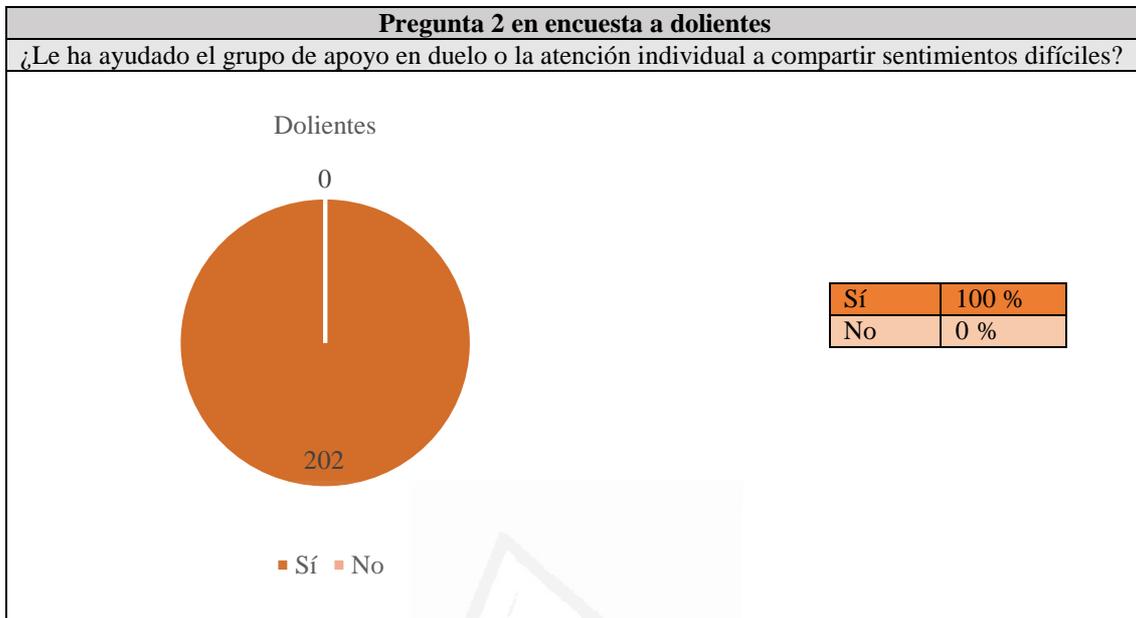


Gráfico 43. Respuestas de los dolientes a la pregunta 2

En la tercera cuestión se les preguntaba si el grupo de apoyo o la atención individual les había ayudado a afrontar la pérdida. Un 99 % (200) ha respondido que sí frente al 1 % (2) que ha respondido negativamente.



Gráfico 44. Respuestas de los dolientes a la pregunta 3

Sobre si la ayuda recibida les ha permitido adaptarse mejor a los cambios y retos generados tras la pérdida, un 95,5 % (193) han respondido que sí frente a un 4,5 % (9) que han señalado que no. Para obtener datos más esclareedores sobre el motivo de los que han respondido negativamente habría que preguntar cuánto tiempo llevan en terapia y si la crisis sanitaria también es una variable de afectación. No obstante, la mayoría sí que ha podido adaptarse mejor.

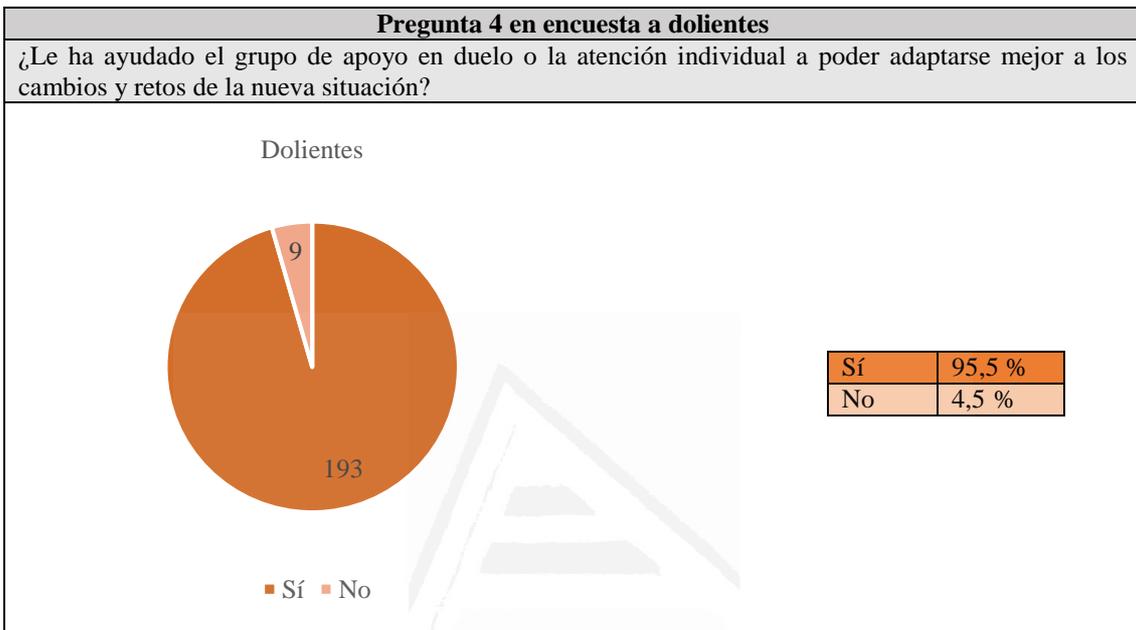


Gráfico 45. Respuestas de los dolientes a la pregunta 4

Todos los informantes a excepción de uno han respondido a la quinta pregunta, de si la ayuda recibida les ha ofrecido un espacio de apoyo emocional, de forma afirmativa quedando el porcentaje en un 99,5 % (201 de 202).



Gráfico 46. Respuestas de los dolientes a la pregunta 5

En relación con la pregunta anterior, la sexta cuestiona si el grupo o la atención individual han sido el único espacio donde el doliente se ha podido dar permiso para expresar sus sentimientos. Los porcentajes no muestran tanta diferencia como en las respuestas anteriores siendo un 66,8 % (135) el de respuestas afirmativas y un 33,2 % (67) el de respuestas negativas. Quizá esta diferencia se debe a la inclusión de «único» en la pregunta. No obstante, los resultados son satisfactorios ya que demuestran que un tercio de los informantes ha podido expresar sus sentimientos en otros lugares además de en el grupo o ayuda individual.

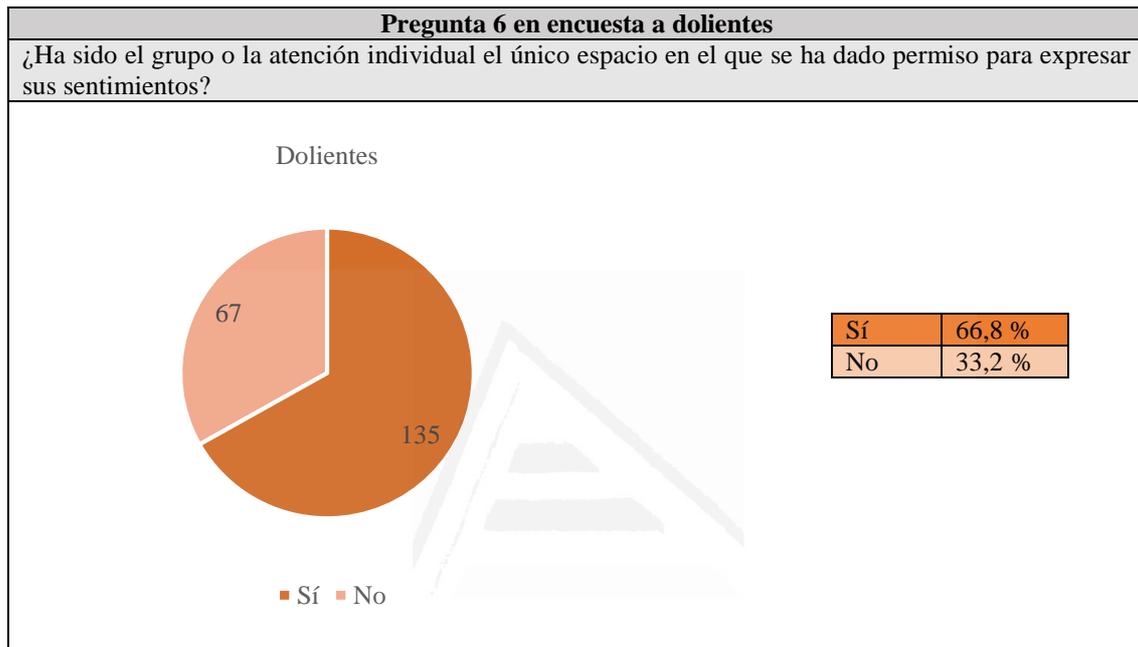


Gráfico 47. Respuestas de los dolientes a la pregunta 6

En la séptima pregunta se les pedía que valorasen la ayuda recibida en una escala de puntuación entre 0 y 10. Las respuestas muestran que todos los informantes han valorado dicha ayuda como beneficiosa por otorgarle una puntuación entre 6 y 10 en la escala. Además, las puntuaciones han estado acordes con los porcentajes de mayor a menor recibiendo la puntuación más elevada un porcentaje del 72,3 % (146); seguido de nueve puntos otorgados por un 14,4 % (29) de los informantes; un 8,3 % (17) ha valorado la ayuda con una puntuación de 8; un 3,5 % (7) la han valorado con un 7 y, finalmente, el porcentaje más bajo ha sido para la puntuación de 6 con un 1,5 % (3).

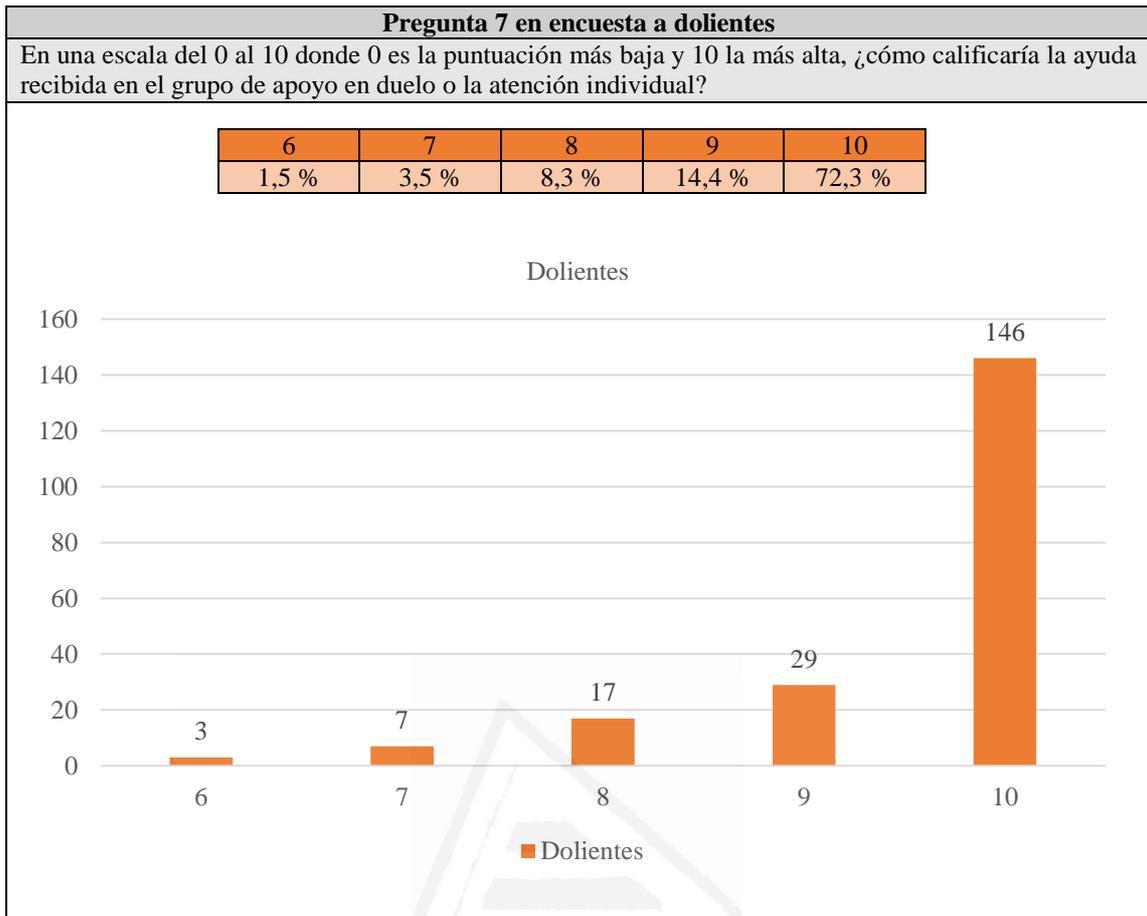


Gráfico 48. Resultados de los dolientes a la pregunta 7

La siguiente pregunta también está formulada con una escala del 0 (no me ha ayudado en absoluto) al 10 (me ha ayudado totalmente) para valorar si recomendarían la participación en un grupo de apoyo en duelo o la atención individual tras una pérdida. Todos los informantes lo recomendarían puesto que sus respuestas oscilan entre el 7 y el 10 siendo el punto décimo el que mayor porcentaje ha recibido (86,2 % / 174), seguido del noveno con un 7,4 % (15), del octavo con un 5,4 % (11) y, en último lugar, un 1 % (2) ha asignado un 7 en la escala de recomendación.

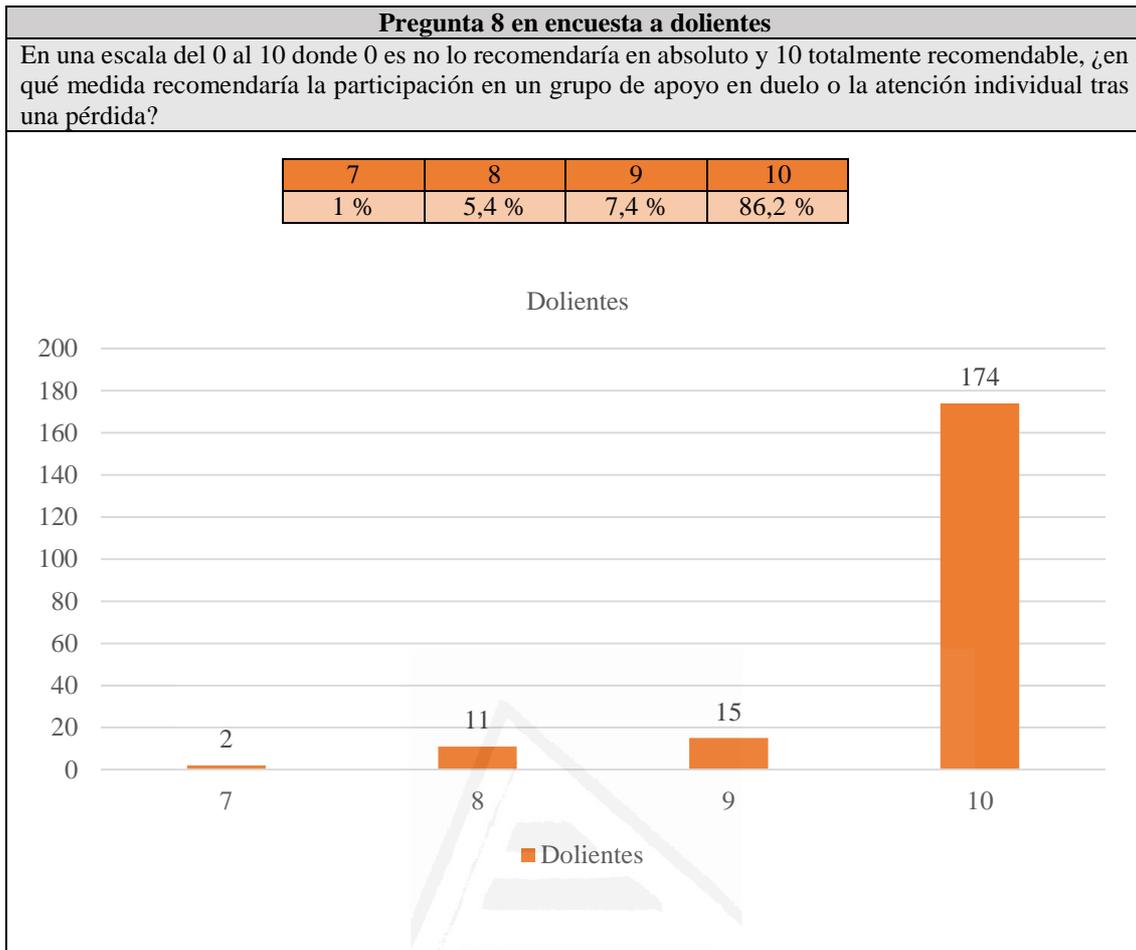


Gráfico 49. Respuestas de los dolientes a la pregunta 8

En la novena pregunta nos propusimos averiguar si los dolientes se sentirían cómodos con la presencia de un intérprete para facilitar la comunicación si en el grupo de ayuda en duelo hubiese una persona o varias que no compartiesen la lengua vehicular del grupo. La mayoría de los informantes sí se sentiría cómodo ya que han otorgado un porcentaje del 92,6 % (187) a la respuesta afirmativa frente a un 7,4 % (15) que cree que no se sentiría cómodo.

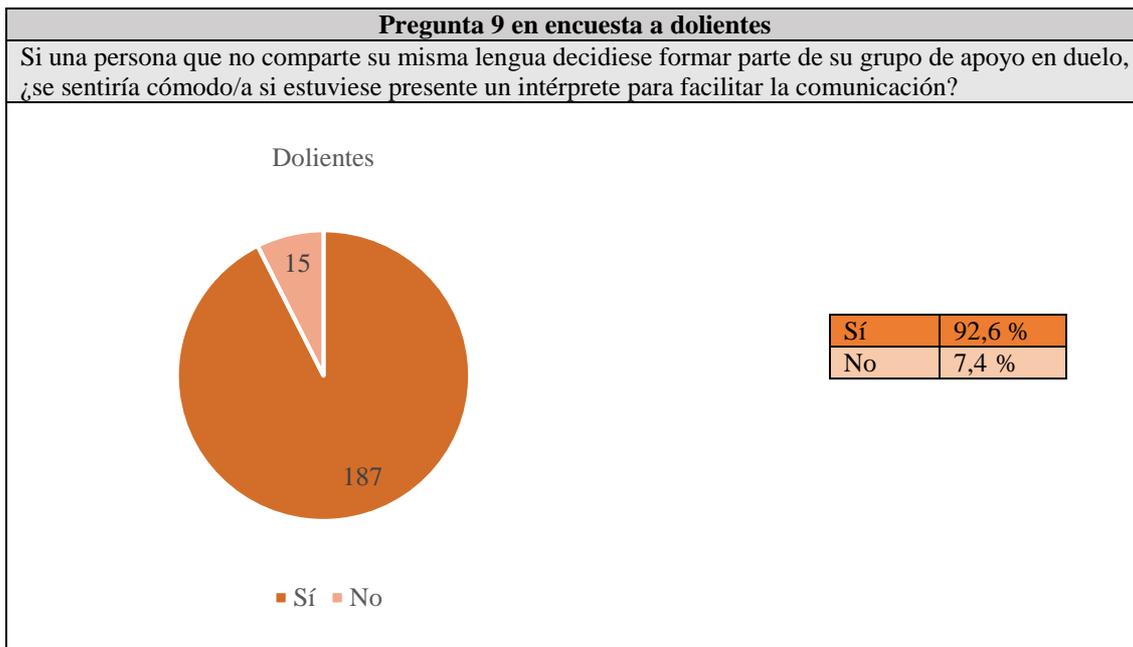


Gráfico 50. Respuestas de los dolientes a la pregunta 9

En línea con la pregunta anterior, la última pregunta de la encuesta a dolientes consistía en conocer si saben de alguna persona extranjera en España a la que esta ayuda podría serle necesaria. Aunque el porcentaje más elevado ha sido para la respuesta negativa (69,8 % / 141), un tercio de los informantes sí ha señalado que conoce a alguna persona extranjera que pudiese necesitar este tipo de ayuda (30,2 % / 61).

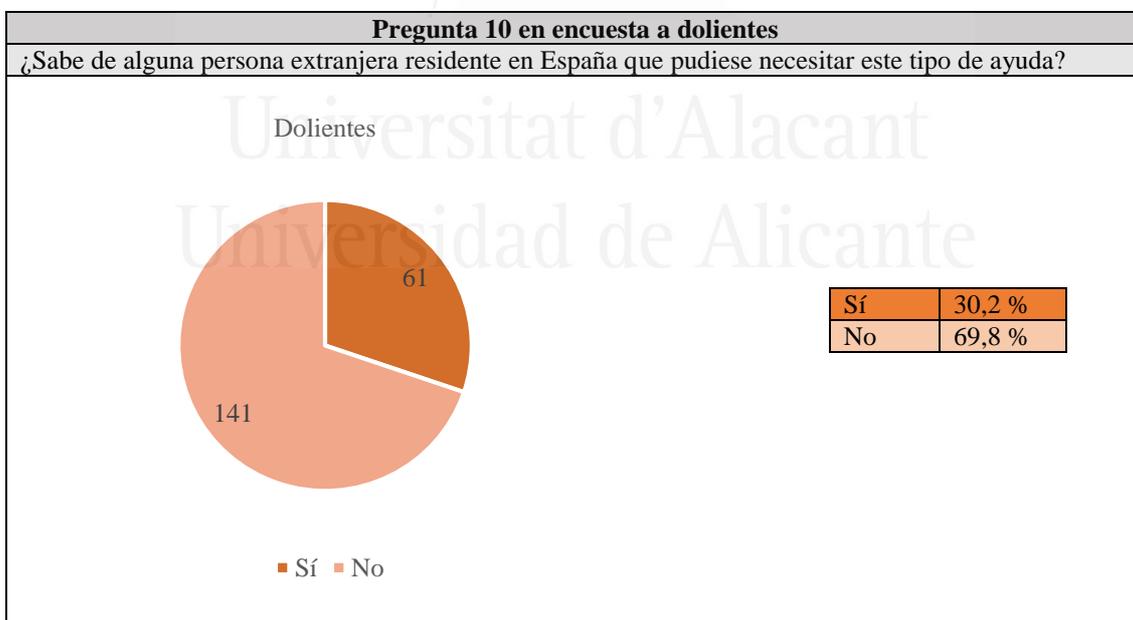


Gráfico 51. Respuestas de los dolientes a la pregunta 10

De acuerdo con el objetivo 2.4 donde nos proponíamos examinar la percepción de los dolientes tras acudir a grupos de ayuda en duelo o a atención individual, observamos que, indistintamente de la edad y del tipo de pérdida, más del 95 % han valorado esta ayuda como positiva para aliviar el sufrimiento, afrontar la pérdida, adaptarse mejor a los cambios y retos de la nueva situación y recibir apoyo emocional. Además, todos han coincidido en que les ha sido beneficiosa para compartir sentimientos difíciles. El porcentaje es menor cuando la pregunta es si el grupo ha sido el único espacio en el que se ha dado permiso para expresar sus sentimientos ya que ronda el 70 % la respuesta afirmativa frente a un 30 % que ha indicado que no ha sido el único lugar. Con estas respuestas observamos que 67 dolientes sí han podido expresar sus sentimientos en otros lugares distintos al grupo; hecho positivo para el bienestar emocional.

Sobre la valoración de la ayuda recibida, un 95 % de las respuestas están entre la puntuación 8 y 10, lo que indica que les ha sido muy beneficiosa. El 5 % restante también la valora como beneficiosa, aunque con una puntuación entre 6 y 7. No obstante, el que todos los informantes hayan valorado positivamente la ayuda recibida, nos permite apuntar que es una ayuda beneficiosa tras la pérdida de un ser querido que se ratificaría con las respuestas a si recomendarían esta ayuda siendo el porcentaje más elevado el correspondiente a la puntuación más alta en la escala. Solamente dos informantes han optado por un 7 en la escala del 0 al 10 estando el 99 % restante entre el 8 y el 10.

Finalmente, más de un 90 % de los dolientes han indicado que sí se sentirían cómodos con la presencia de un intérprete para facilitar la comunicación si en el grupo hubiese una persona que no hablase la lengua materna de los demás. Además, un 30 % (60 de 202) conocen a alguna persona extranjera residente en España que podría necesitar este tipo de ayuda. Estos últimos datos nos informan de su percepción de la ayuda con beneficiosa y recomendable para personas extranjeras y su predisposición a que hubiese un intérprete en situaciones de duelo.

6.5 Parte 5: usuarios extranjeros residentes en España

La quinta parte de la exposición del análisis es la correspondiente con los informantes extranjeros residentes en España que son usuarios de los servicios médico-sanitarios. Esta parte está dividida entre la encuesta y las entrevistas.

6.5.1 Encuesta a usuarios extranjeros residentes en España

Una vez presentadas las respuestas de los informantes que atienden a personas en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo, y conocida la opinión de los dolientes que han recibido ayuda o bien grupal o individual en el duelo, se hace todavía más necesario conocer la opinión y experiencias de los usuarios extranjeros residentes en

España. Como se ha indicado en la metodología, se han llevado a cabo dos estudios: una encuesta con 777 respuestas y una entrevista con 35 personas entrevistadas.

Los datos pertenecientes a la parte de información personal que se han pedido en la encuesta han sido la edad, la nacionalidad y el periodo de residencia en España. A continuación, se pueden ver las respuestas recogidas.

Los dos primeros gráficos nos indican que el porcentaje mayor de edad de los residentes extranjeros que han respondido a la encuesta está entre la franja de 60 a 70 años, seguida del de 50 y 60 y la de entre 40 y 50. Estas tres franjas sumarían el 85 % (660) de los informantes, el porcentaje restante se divide en un 13,6 % (106) correspondiente a la franja de edad entre los 30 y los 40, un 0,75 % (6) para los mayores de 70 años y un 0,65 (5) % para la franja de entre los 20 y 30 años.

En el segundo gráfico, donde se recoge la nacionalidad, se observa que la mayoría, un 68,5 % (532) son británicos. El segundo porcentaje más alto es el de nacionalidad francesa con un 12,5 % (98) seguido del de irlandesa con un 6,5 % (51). El 12,5 % restante está dividido entre informantes de nacionalidad estadounidense, alemana, holandesa, sueca, sudafricana, portuguesa, belga, rumana, polaca y finlandesa.

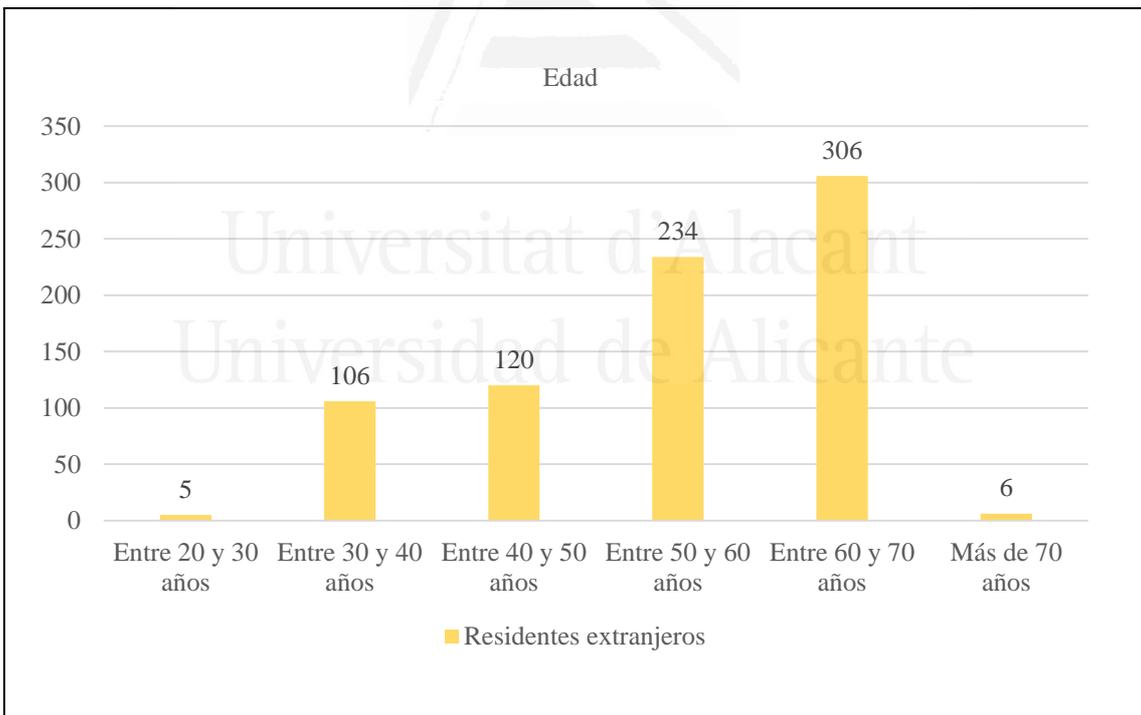


Gráfico 52. Edades de los extranjeros residentes en España

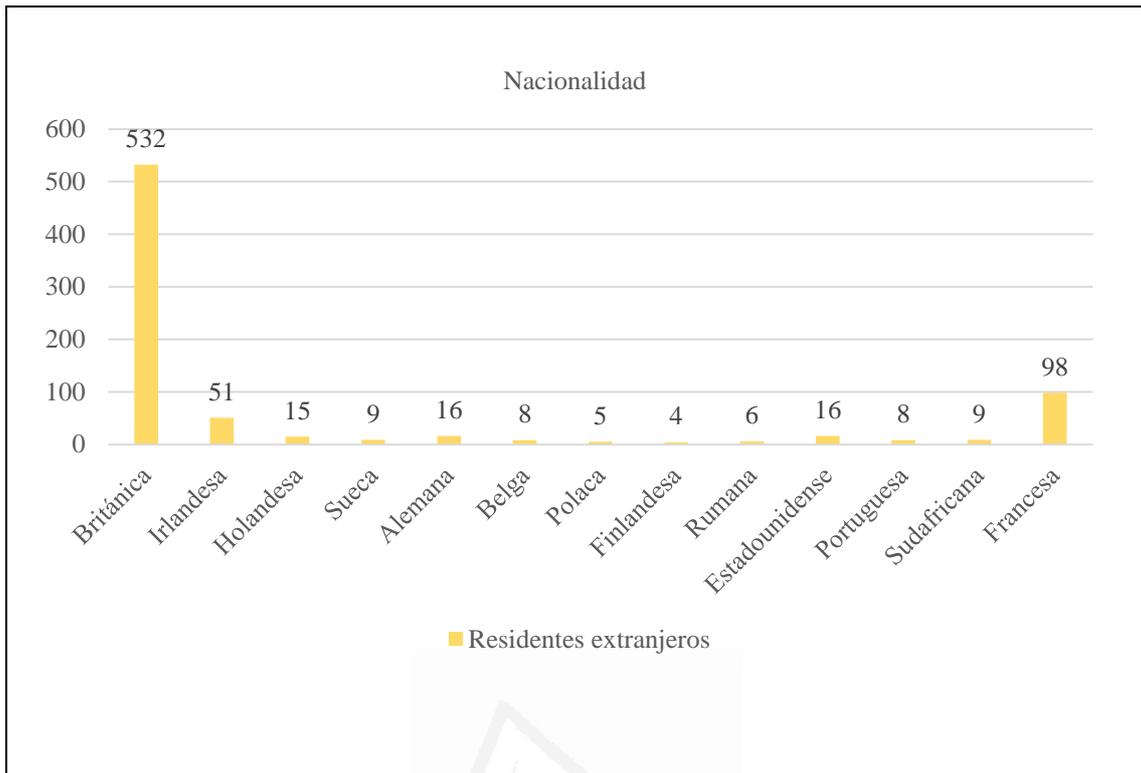


Gráfico 53. Nacionalidades de los extranjeros residentes en España

El último gráfico recopilatorio de datos personales es el tercero sobre el tiempo que llevan residiendo en España. Los dos porcentajes más elevados son el de la franja de entre 5 y 10 años con un 33,7 % y el de entre 10 y 15 años con un 32,8%. Además, un 19,3 % han señalado la opción de entre 1 y 5 años y el 14,2 % restante entre 15 y más de 20 años.

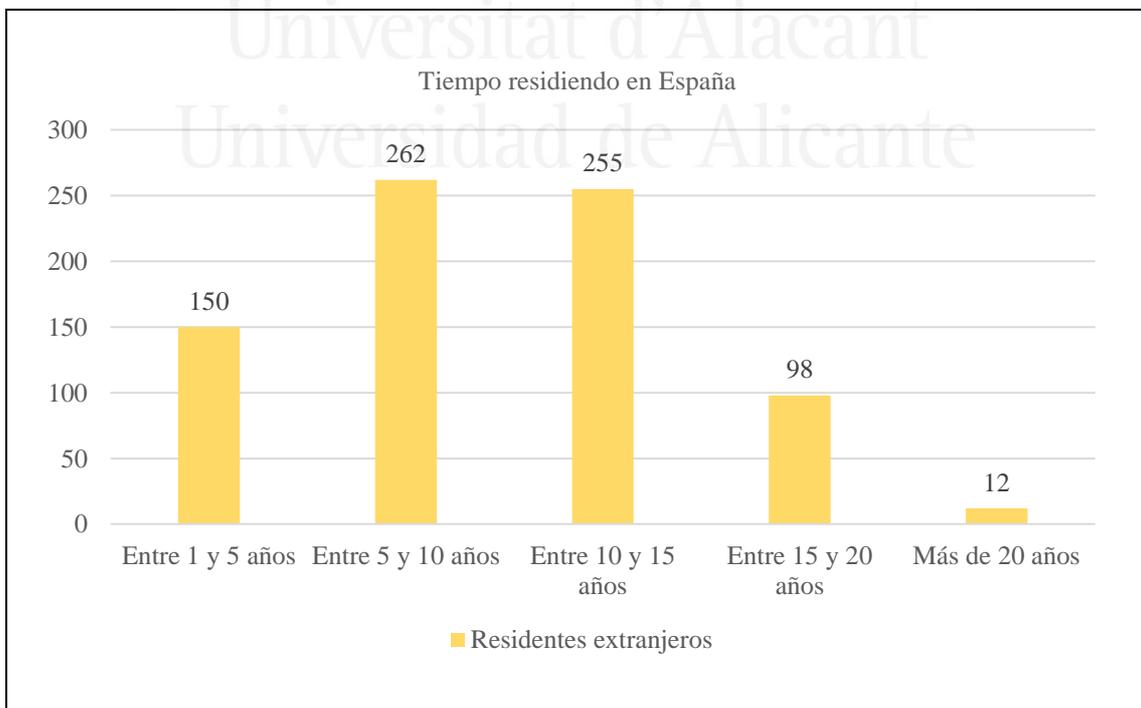


Gráfico 54. Tiempo de residencia de los extranjeros residentes en España

Con el análisis de estos datos, observamos que la mayoría de informantes tienen entre 50 y 70 años y llevan residiendo en España entre los 5 y 20 años. Además, para la mayoría, la lengua materna sería el inglés.

La primera pregunta de la encuesta pretende conocer si utilizan un intérprete en el ámbito médico y, si lo utilizan, quién lo ha contratado y cómo ha sido su experiencia. Los porcentajes están bastante igualados en la primera parte sobre el uso de intérpretes, aunque la opción afirmativa supera en un 2,4 % a la negativa siendo 398 los informantes que sí utilizan intérprete frente a los 379 que no lo hacen.

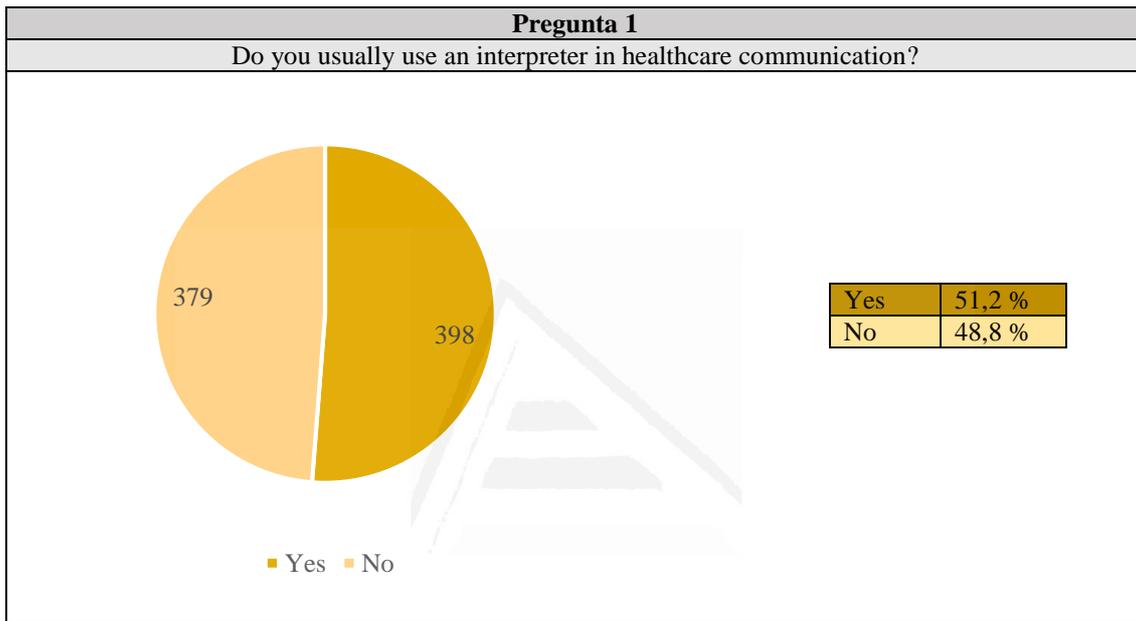


Gráfico 55. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 1

De los 398 que sí lo utilizan, 365 (un 49,9 % del 51,2 % total) han respondido a la segunda cuestión que han sido ellos los que lo han contratado frente a un 2,3 % (18) que ha respondido que lo contrató el hospital y un 2 % (15) que ha indicado ambas situaciones. A la siguiente cuestión acerca de si era un intérprete profesional o *ad-hoc*, un 25,2 % (196 de 398) ha indicado que era profesional, un 15,4 % (119) que era *ad-hoc* y un 10,6 % que han sido ambos los perfiles utilizados.

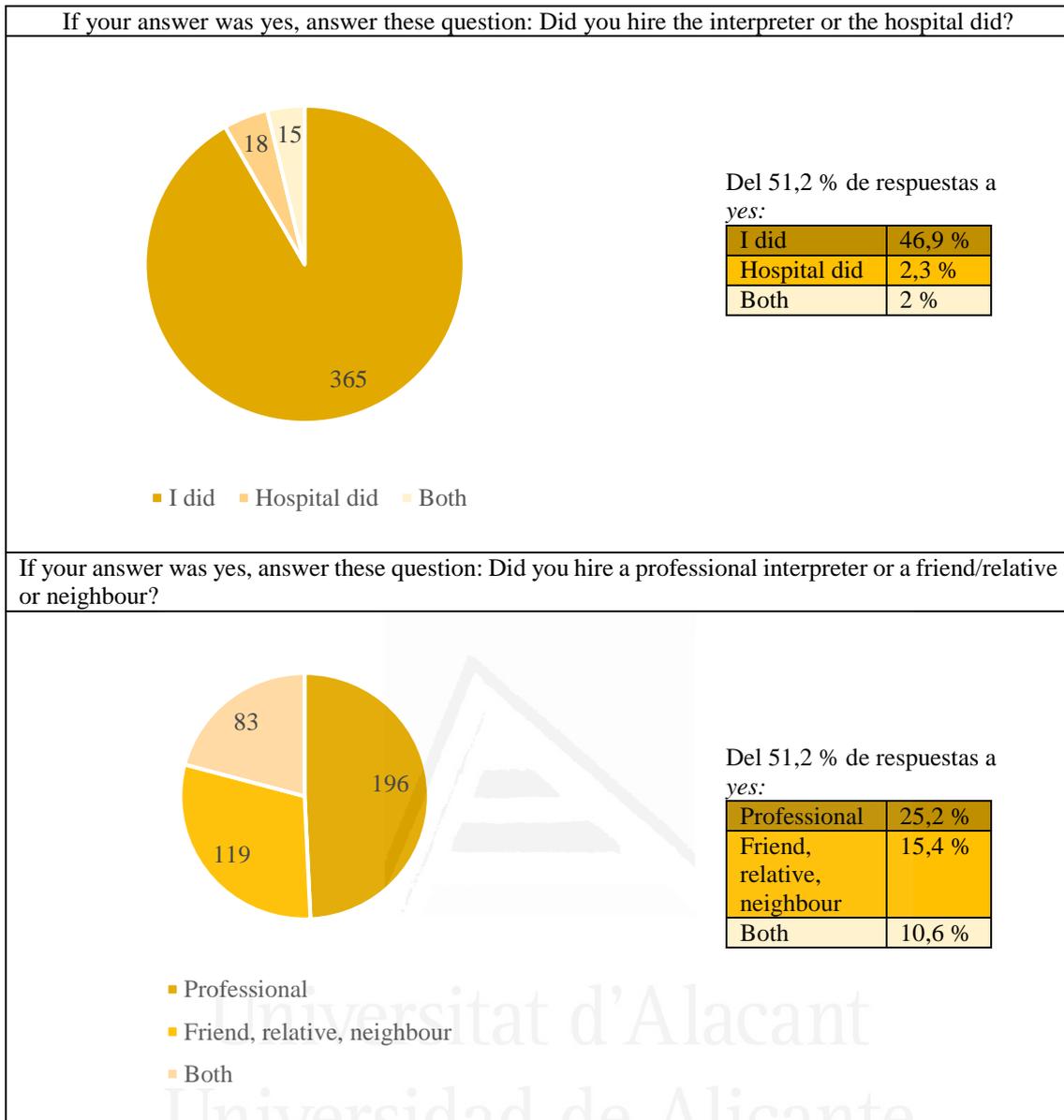


Gráfico 56. Respuestas de los residentes extranjeros en España a las preguntas 1.1 y 1.2

La tercera parte de la pregunta 1 se basa en examinar si pudieron preguntar todo lo que quisieron. Cuando el intérprete ha sido profesional, el porcentaje más elevado de respuesta ha sido que sí pudieron preguntar todo lo que querían (un 17,3 % / 135 de 25,2 % / 196), seguido de la opción a veces con un 7,3 % (56 de 196) y de la opción negativa con un porcentaje muy bajo (0,6 % / 5 de 196). Sin embargo, de los informantes que utilizaron un intérprete *ad-hoc* o ambos perfiles, el porcentaje más alto lo tiene la respuesta de a veces con un 10,6 % / 82 de 119 para los *ad-hoc* y un 7,6 % / 60 de 83 informantes que seleccionaron ambos perfiles. El porcentaje negativo es mayor en el grupo de informantes que utilizaron intérpretes *ad-hoc* con un 3,6 % (28 de 119).

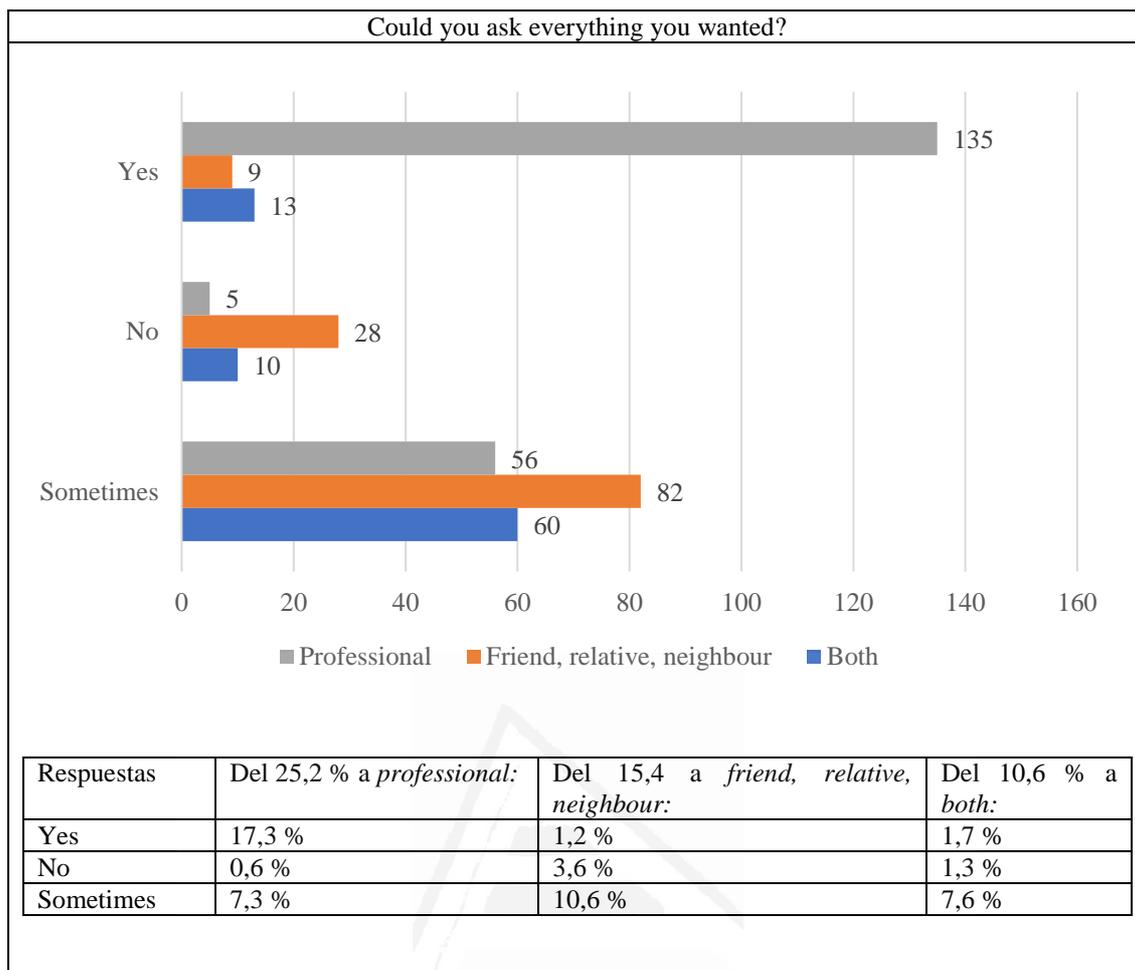


Gráfico 57. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 1.3

La cuarta cuestión buscaba observar si se han sentido cómodos con el tipo de intérprete que utilizaron. Cuando el tipo de intérprete ha sido profesional y cuando utilizaron ambos perfiles, el porcentaje más elevado es el de respuesta afirmativa con un 20,7 % del 25,2 % de informantes que han contratado al intérprete profesional y un 5,2 % del 10,6 % que optaron por ambos perfiles. En cambio, cuando el intérprete ha sido *ad-hoc*, los informantes de este grupo solo se han sentido cómodos a veces (7 % / 54 de 15,4 % / 119).

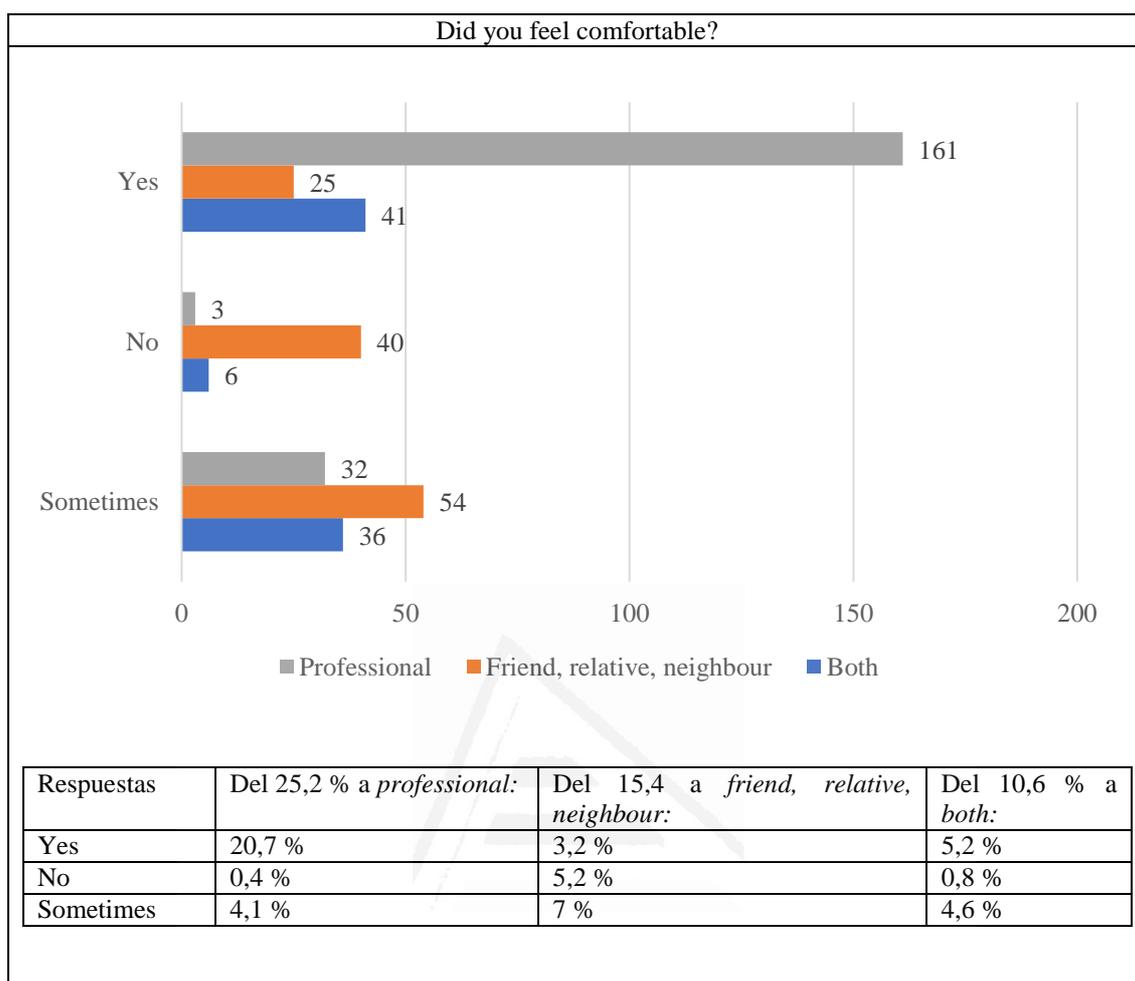


Gráfico 58. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 1.4

Las dos últimas cuestiones de la primera pregunta están relacionadas con la empatía. En las respuestas a si el proveedor de servicios fue empático, del 25,2 % de informantes que han recurrido a intérpretes profesionales un 23,4 % sí cree que lo fue. Esta sensación también es compartida por los informantes que han acudido con un intérprete *ad-hoc* y por los que han tenido los dos perfiles.

Sobre si el intérprete fue empático, también son los porcentajes más elevados los de la respuesta afirmativa siendo el 23,9 % (186 de 196) la opinión de los informantes que han utilizado un intérprete profesional, un 12,8 % (99 de 119) la visión de los que han dispuesto de un intérprete *ad-hoc* y un 9,6 % (75 de 83) la de los que han tenido ambos perfiles como intérpretes como se puede observar en el siguiente gráfico:

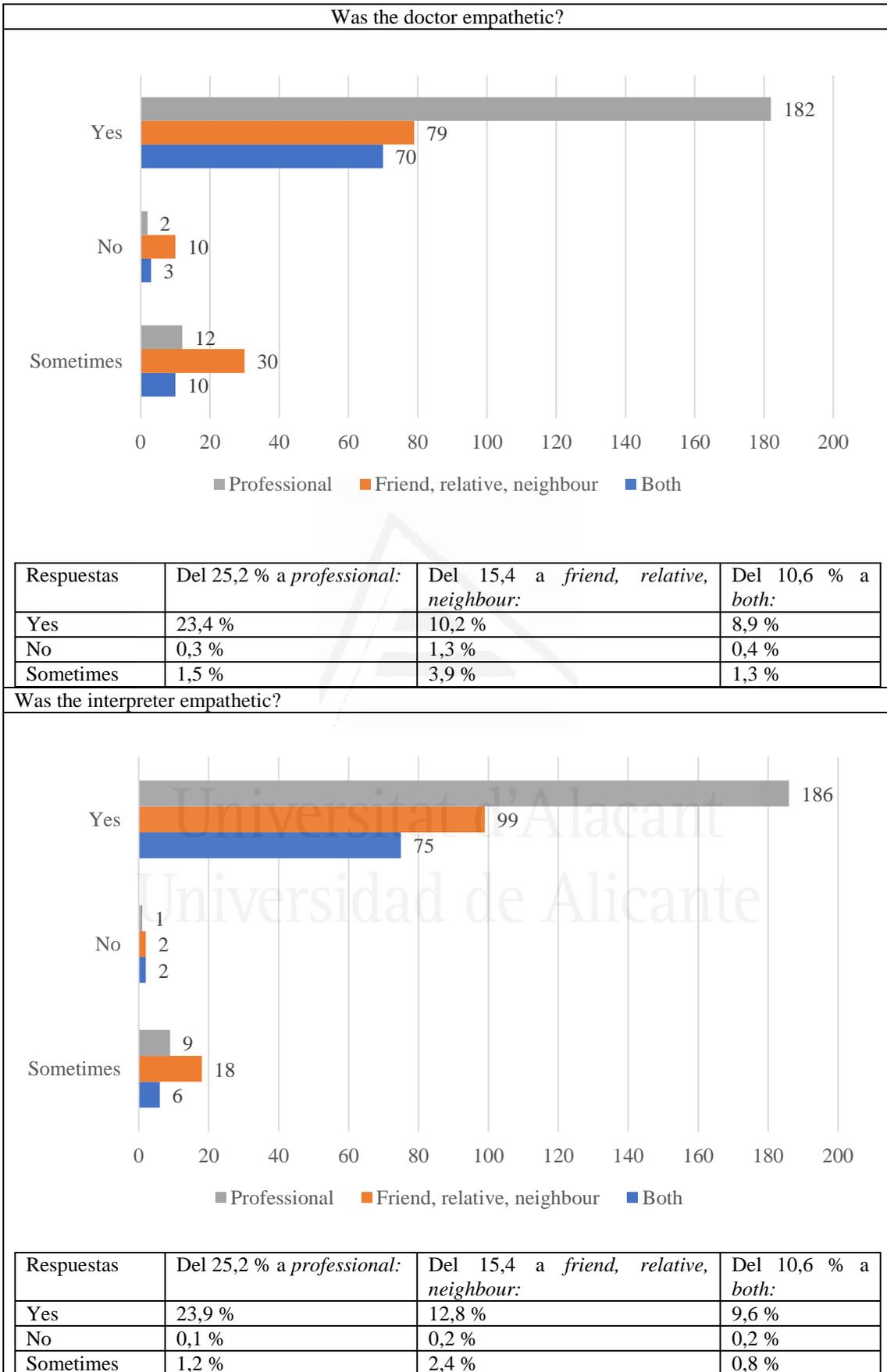


Gráfico 59. Respuestas de los residentes extranjeros en España a las preguntas 1.5 y 1.6

La segunda pregunta está dirigida a los que respondieron que acudieron con un intérprete *ad-hoc* o que no acudieron con intérprete (53% / 413) para descubrir si sabrían dónde encontrar a un intérprete profesional o si preferirían seguir con intérpretes *ad-hoc*. De este porcentaje, un 8 % (62) sí que sabría dónde encontrar un intérprete, pero no considera que lo necesite frente al 45 % (351) que preguntaría a un amigo, familiar o vecino.

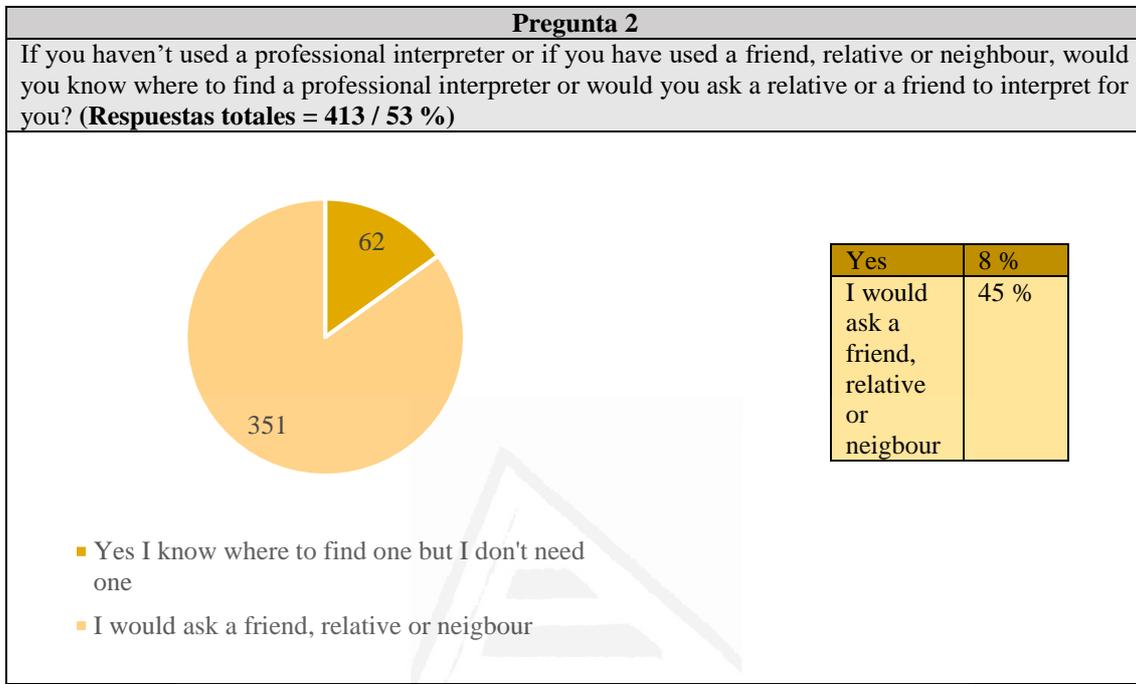


Gráfico 60. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 2

La tercera pregunta está formulada para observar si los informantes han atravesado alguna situación complicada en el contexto médico-sanitario en España. Aunque el porcentaje más votado ha sido el de respuesta negativa (48,8 % / 457), el porcentaje afirmativo es también bastante elevado (un 41,2 % / 320).

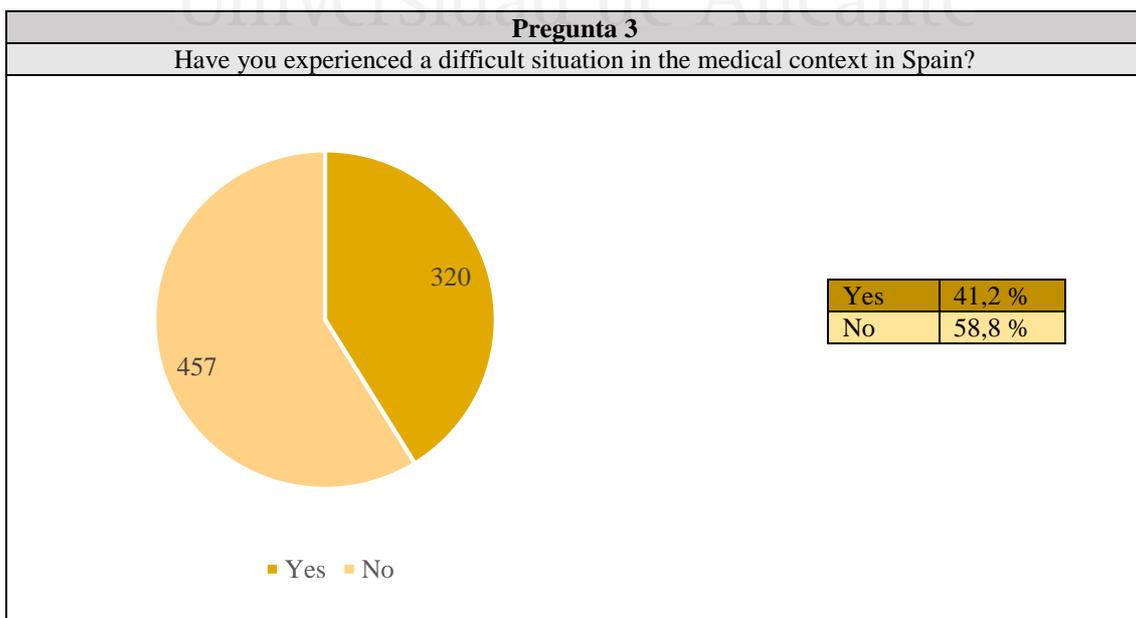


Gráfico 61. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 3

A las personas que han tenido alguna experiencia complicada (320) se les preguntó si podrían describir las situaciones y hemos agrupado sus respuestas en el cuadro siguiente:

If you answered yes, can you describe it? (Respuestas totales = 320)	
*Las respuestas se han agrupado en categorías y se han traducido al español.	
Número de respuestas	Categoría de respuesta
41	Dificultad en conversaciones telefónicas.
16	Dificultad para comunicar aspectos médicos complejos.
162	Español muy limitado.
18	Dificultad para registrarse en centro de salud.
16	El médico podía hablar inglés pero no quería.
7	No podía comunicar mi urgencia porque no tenía intérprete.
6	Dificultad para entender la medicación sin intérprete.
12	Dificultad en la farmacia.
12	Malentendidos sin intérprete profesional.
12	No dejaron a mi familiar entrar conmigo.
16	Imposibilidad para preguntar sin intérprete.
1	Qué hacer después de que me pusiesen un marcapasos.
1	El médico me envió a urgencias y no sabía a qué hospital tenía que ir.

Cuadro 153. Respuestas de los usuarios extranjeros residentes en España a la pregunta 3.1

Las preguntas 4, 5 y 6 están orientadas a conocer si han tenido pérdidas y si acudirían a grupos de duelo en España. De ahí que la cuarta pregunta cuestione si han sufrido alguna pérdida mientras residen en España. En sus respuestas apreciamos que un 75% (582 de 777) sí han tenido alguna pérdida y de este porcentaje, solo un 3,7 % (29) ha recibido ayuda en duelo.

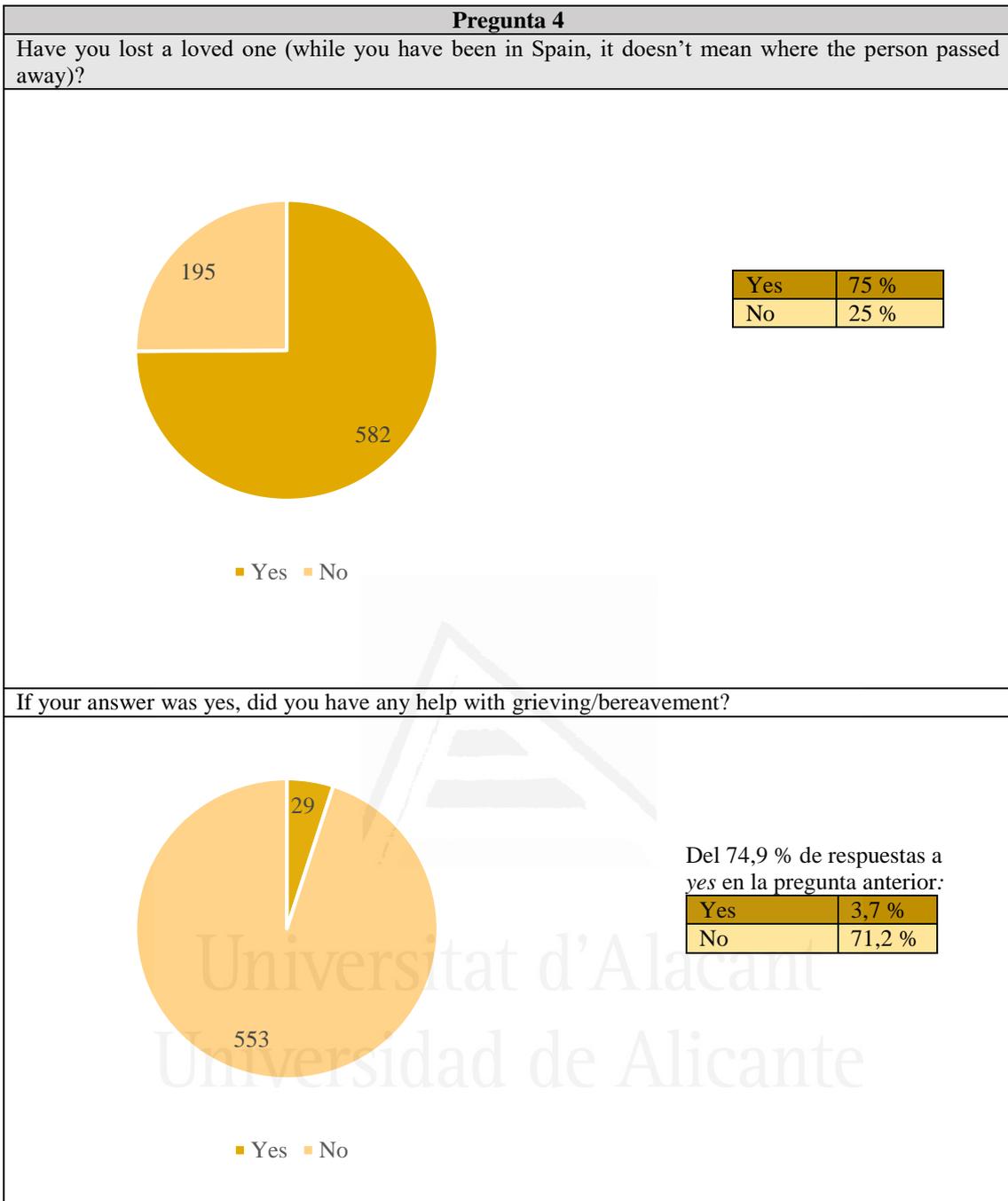


Gráfico 62. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 4

A los 29 informantes que sí recibieron ayuda, se les preguntó si podrían describirla y en el siguiente cuadro se recopilan:

If you have had any help, can you describe it? (Respuestas totales = 29) *Las respuestas se han agrupado en categorías y se han traducido al español.	
Número de respuestas	Categoría de respuesta
5	Counselling en Reino Unido
5	Apoyo psiquiátrico
1	Medicación antidepresiva
12	Apoyo familiar y amistades
6	Ayuda con el funeral y testamentos desde la funeraria

Cuadro 154. Respuestas de los usuarios extranjeros residentes en España a la pregunta 4.1

Con la quinta pregunta sobre si conocen los grupos de ayuda en duelo, más de la mitad de los informantes (55,4 % / 430) sí los conocen, aunque no en España frente a los 261 (33,6 %) que no saben lo que son. Las otras dos opciones de respuesta (sí que los conocen en España y sí en España y en otro país) han recibido el mismo porcentaje: un 5,5 % / 43 cada una.

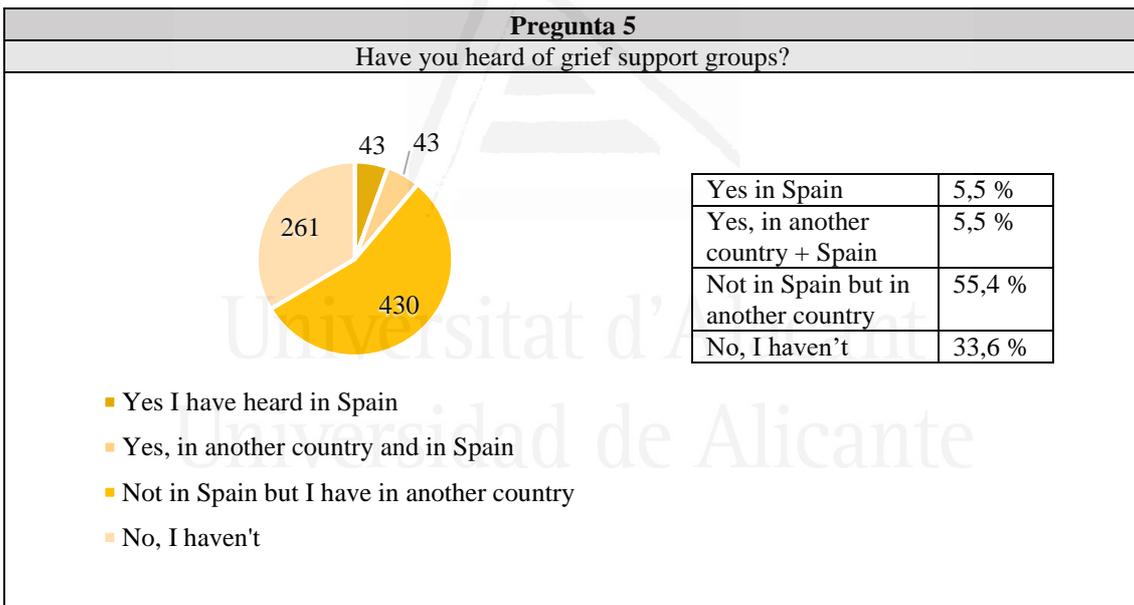


Gráfico 63. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 5

La última pregunta de esta encuesta está relacionada con el objetivo 2.3 en el que nos planteamos si los residentes extranjeros en España acudirían a grupos de ayuda en duelo si hubiese un intérprete profesional que facilitase la comunicación. El porcentaje más elevado lo ha obtenido la respuesta afirmativa con un 69,1 % (537 de 777) de informantes que sí acudirían. Un porcentaje de 0,7 % (5) al no haber tenido una pérdida no puede contestar con exactitud, pero cree que sí. Además, un 5 % (39) también acudiría, aunque no necesitaría a un intérprete. Solamente un 0,8 % (6) ha respondido que no acudiría y un 24,4 % (190) no han experimentado una pérdida, pero creen que no acudirían.

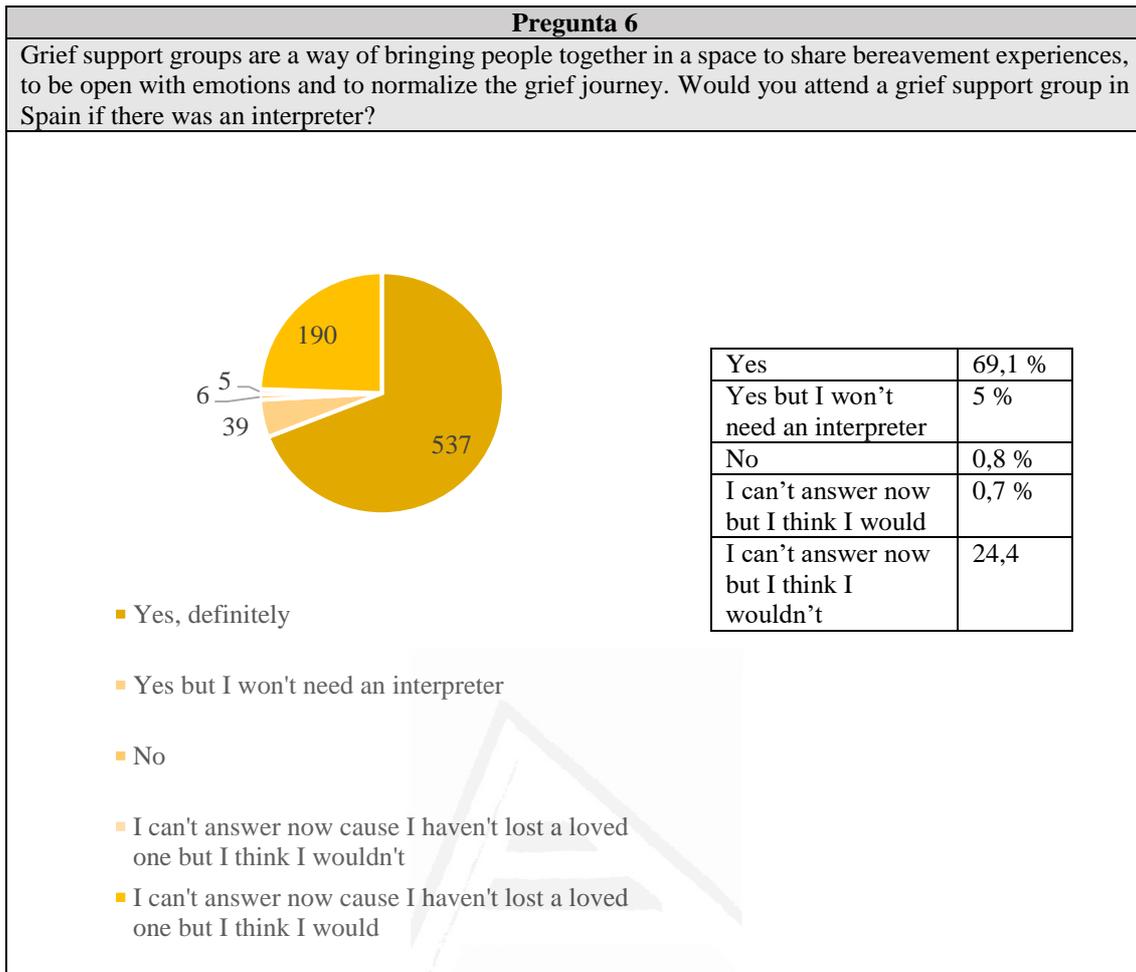


Gráfico 64. Respuestas de los residentes extranjeros en España a la pregunta 6

Tras la presentación de las respuestas obtenidas de los 777 informantes que son extranjeros residentes en España en un periodo mínimo de un año hasta más de 20 años y, la mayoría, están entre los 40 y 70 años de edad.

6.5.1.1. Resumen de los resultados de las entrevistas a los usuarios extranjeros residentes en España

Observamos que un porcentaje ligeramente mayor de la mitad de los participantes sí utilizan intérprete cuando acuden a los servicios médico-sanitario. Casi todos ellos han tenido que contratar a sus intérpretes siendo la mitad de ellos los que han contratado a un profesional. Solo 18 personas de 398 han experimentado el utilizar un intérprete proporcionado por el hospital y 15 han dispuesto tanto de un intérprete profesional como de un intérprete *ad-hoc*. Cuando han sido cuestionados sobre si pudieron preguntar todo lo que querían y si se han sentido cómodos, los que han dispuesto de un intérprete profesional sí se han sentido cómodos y pudieron preguntar lo que querían en un 90 %.

Los residentes extranjeros que han estado acompañados de un intérprete *ad-hoc* a veces sí se han sentido cómodos y los que lo han hecho con ambos perfiles sí se han sentido cómodos. Ambos grupos solo a veces han podido preguntar todo lo que querían. Por tanto, observamos que el intérprete profesional ha aportado mayor comodidad y confianza para poder preguntar todo lo que quisieron. En cambio, todos los informantes han indicado que tanto el intérprete como el proveedor de servicios fueron empáticos en su mayoría quedando el porcentaje de que no lo han sido entre un 0,4 % y un 1,3 %. Por otro lado, de los informantes que no acudieron con intérprete profesional, solo un 8 % sabría dónde recurrir a ellos.

En la pregunta acerca de si han atravesado alguna situación complicada en este contexto en España, alrededor de un 40 % así lo ha considerado como, por ejemplo, en conversaciones telefónicas, en su nivel de español limitado, en momentos donde no ha sido posible entender la medicación ni comunicar una urgencia además de temas relativos al funcionamiento del sistema como no saber a dónde dirigirse o no poder registrarse en un centro sanitario.

En el área del duelo, hemos apreciado que un 75 % (582) ha sufrido pérdidas mientras reside en España, pero solo un 3,7 % ha recibido ayuda que, en su mayoría, ha estado proporcionada por familiares y amigos o apoyo en duelo en su país de origen. Es decir, esta ayuda no ha estado proporcionada por ninguna entidad española. Al preguntarles si conocían los grupos de duelo, solo un 5,5 % (43 de 777) los conoce en España a pesar de que un 55,4 % (430) sí sabe de ellos en otros países. De ahí que la última pregunta también nos aporte datos interesantes ya que un 70 % sí optaría por acudir a estos grupos si hubiese un intérprete y un 5 % también lo haría, pero sin intérprete. Para ahondar en los puntos tratados se diseñó un guion de entrevista para este colectivo que se presenta en el siguiente epígrafe.

6.5.2 Entrevistas a usuarios extranjeros residentes en España

Una vez analizados los resultados del análisis cuantitativo con extranjeros residentes en España, se entrevistó a 35 usuarios. Al igual que en el estudio cualitativo con los profesionales, la información de las entrevistas se transcribió y se resume en los siguientes cuadros por motivos de extensión, ya que las transcripciones ocupan 56 páginas.

El siguiente es un ejemplo del formato que se ha utilizado para presentar esta parte:

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE

Cuadro 155. Formato de presentación de las entrevistas a los usuarios extranjeros residentes en España

Como se puede apreciar, la información tratada en las entrevistas contiene una primera parte sobre datos personales y el tiempo que llevan residiendo en España al igual que se les pedía en la encuesta. La segunda parte está relacionada con el uso de intérpretes, el tipo de intérpretes y si se han sentido cómodos en estas situaciones mediadas. Por último, también se ha comentado en las entrevistas si han sufrido pérdidas, si conocen los grupos de duelo y si acudirían y en qué condiciones lo harían.

Los cinco primeros informantes tienen una edad comprendida entre los 50 y los 70 años y han llevado en España entre 3 y 21 años. Tres de ellos siempre utilizan intérprete. La informante S2 la importancia que para ella tiene el disponer de un intérprete profesional:

A professional interpreter was very important to us when we came here because my husband has a heart condition and we had to get records translated from French to Spanish to make sure that his consultant was aware of the of the problem, really of the entirety of the problem. We wouldn't rely on I mean, of having a friend who speaks Spanish would be great, but we wouldn't be prepared to base our health care on that sort of knowledge.

De los tres que sí utilizan intérpretes, dos utilizan un profesional contratado por ellos mismos y la otra combina un profesional con una amiga depende de a la consulta que acuda. El uso de estos dos recursos también es mencionado por la informante S3 que no siempre acude con intérprete, pero cuando lo hace es o un profesional costado por ella o una conocida según la dificultad que ella detecte que tendrá la consulta. La informante S4 cuando acude a su médico de AP no recurre a intérprete porque comenta que su médico habla inglés. Sí ha recurrido a una conocida en algunas ocasiones, pero no ha sido una experiencia positiva porque tenía la sensación de que no se le traslada toda la información «I did find it difficult with an interpreter, because they talked to the doctor for like five minutes and then they said a few words to you». El resto de informantes sí se han sentido cómodos con los recursos utilizados y la informante S2 añade que la intérprete incluso le ayudó a conocer el funcionamiento del sistema sanitario en España:

The interpreter was very anxious to ensure that we fully understood the process that we became involved in. As you can imagine, coming to a new country, having to get integrated into a new system was a bit a bit of an anxious process for us, especially considering my husband's underlying condition. So it was very important to us to have someone who related absolutely everything to us, to our translation, absolutely everything to us, and was understanding of our anxiety and also very understanding. Sometimes she had to repeat things to us just to make absolutely sure that we completely understood.

Solamente los informantes S4 y S5 han tenido pérdidas y la ayuda que han recibido ha sido el apoyo familiar y la S4, además, una ayuda por parte de un grupo religioso. Por este motivo, esta informante no estaría segura de si acudiría a un grupo de ayuda mutua. En cambio, los otros cuatro informantes restantes sí acudirían si hay un intérprete a pesar de que solo una persona (informante S3) conoce los grupos de ayuda en duelo en España. El cuadro siguiente resume la información aportada:

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
S1	66	3 años	Sí, siempre	Profesional contratado por ella.
S2	70	3 años	Sí	Profesional contratado por ella. Añade que le ayudó a conocer el contexto médico en España.
S3	56	21 años	A veces	A veces profesional (costeado por ella), otras veces va ella sola y otras veces con una conocida según la dificultad que crea que va a haber.
S4	77	14 años	A veces	Una amiga aunque no ha tenido una buena experiencia
S5	50	14 años	Sí	A veces profesional y a veces una amiga. Una vez en el hospital también le ofrecieron intérprete.
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE
S1	Sí, siempre	No	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S2	Sí, mucho	No	Solo en Irlanda.	Si hay intérprete sí.
S3	Sí	No	Sí	Si hay intérprete sí.
S4	Casi nunca	Sí. Ha tenido la ayuda de un grupo religioso.	No en España pero sí en Reino Unido.	No está segura porque tiene el grupo de apoyo religioso.
S5	Sí	Sí, el apoyo ha sido su marido.	No	Si hay intérprete sí.

Cuadro 156. Respuestas del informante S1 al S5

Los informantes del S6 al S10 tienen entre 62 y 76 años y el que más años lleva residiendo en España lo hace desde hace 18 frente al que menos que son 2 años. Todos ellos utilizan intérprete siempre menos el informante S9 que lo utiliza a veces y es un intérprete *ad-hoc* (su vecina). El resto ha recurrido a intérpretes profesionales costeados por ellos. El intérprete S6 matiza que recurren a una persona recomendada por otros pacientes «the interpreter was recommended to us from friends who will also use the same interpreter and they said it was very good».

En cuando a la comodidad, todos los que han utilizado intérpretes profesionales sí se han sentido cómodos. La informante S8 matiza que ha sentido mucha tranquilidad ya que compara esta situación con las que ha acudido sola «much more confident with the interpreter. Because at times when we've been on our own we did not fully comprehend just had to guess at things, but with the interpreter, we've been very helpful».

Por otro lado, la informante S9 cuando ha utilizado a una intérprete *ad-hoc* no se ha sentido demasiado cómoda porque esta conocida y el médico mantuvieron una conversación y cree que a ella no le llegó toda la información: «I had to use a neighbour and it's not what she does so it was a favour to me and she and the doctor had a long conversation and I didn't know what was about. So, yes, I prefer to use somebody who is a medical translator».

Los informantes S6, S9 y S10 han tenido pérdidas. En concreto, la informante S6 acudió en Reino Unido a un grupo de ayuda en duelo, pero no tuvo una buena experiencia porque cree que no era el momento adecuado. Sin embargo, sí acudiría en España si tuviese intérprete. La informante S9 era terapeuta en Reino Unido, ahora es jubilada, pero sí acudiría a un grupo en España porque la ayuda que se obtiene es muy beneficiosa. Esta persona también relató que en su trabajo disponía de un supervisor al que podían acudir para gestionar sus emociones si algún caso les resonaba con sus vivencias. Dado que en esta investigación también hemos analizado el bienestar y el autocuidado, citamos las palabras de la informante a este respecto:

In Britain when you work in psychotherapy or counselling, you can't just do it on your own. You do need to have the support of another professional that you can talk to so that when you get to affect your judgment and you don't concentrate on the client because it's about projection what they predict and you can easily pick up and you've got to really stay where the client is: the pain, the sense of loss, of guilt. So there was a group of people that we could go to that had to go once a week to a supervisor and go through our caseload to make sure we were continuing to be professional and that wasn't affecting us. If it affects us, that affects our work.

Por último, la informante S10 tuvo que volver a Reino Unido porque en España no encontró apoyo tras la pérdida de su marido a pesar de que durante la enfermedad considera que el personal sanitario se comportó muy bien con su marido.

Cuando han sido preguntados si acudirían a un grupo de duelo en España, todos acudirían si tuviesen intérprete.

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
S6	62	5 años	Sí	Profesional contratado por ella.
S7	64	2 años	Sí	Profesional contratado por él.
S8	74	18 años	Sí	A veces profesional (costeado por ella) y otras veces sola.
S9	70	16 años	A veces	A veces va sola y a veces con una vecina.
S10	76	15 años	Sí	Profesional costeado por ella.
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE
S6	Sí	Sí	No en España pero acudió a uno en Reino Unido.	En Reino Unido tuvo una mala experiencia porque cree que no fue en el momento correcto y si fuese en España tendría que ser con intérprete.
S7	Sí	No	Un poco en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S8	Mayor comodidad con intérprete.	No	No	Cuando tuvo cáncer no pudo ir a un grupo de pacientes por el idioma. Si fuese ahora sería con intérprete.
S9	Más o menos	Sí	Sí (ella era terapeuta en Reino Unido).	Sí acudiría en España.
S10	Sí	Sí (tuvo que volver a Reino Unido para buscar apoyo familiar)	Solo en Reino Unido.	Sí acudiría en España pero el intérprete sería imprescindible.

Cuadro 157. Respuestas del informante S6 al S10

El siguiente cuadro resume la información de los informantes S11, S12, S13, S14 y S15. Los dos primeros han recurrido a intérpretes profesionales costeados por ellos en los 5 y 7 años que llevan en España. La tercera informante ha utilizado una amiga en pocas ocasiones porque solo lleva 18 meses en España. La cuarta informante no está segura de si el intérprete al que ha recurrido a veces está formado en interpretación médica o no. Su motivo para utilizar el intérprete solo a veces es «sometimes we can manage it. It depends. If it's something routine, then we can manage. But if it's something really important, then we will use interpreter». Además, indica que se ha sentido cómoda, pero tenía la sensación de que ella sabía más que la intérprete «I felt comfortable, but I felt that I knew more than what she knew anyway». La informante S15, en sus 12 años en España, ha utilizado intérpretes profesionales y *ad-hoc* como una amiga y se ha sentido cómoda en ambas situaciones, aunque cree que su amiga no se sintió muy cómoda «my friend was very nervous about interpreting properly for me».

A excepción de la informante 14, el resto ha sufrido pérdidas. No obstante, todos conocen los grupos de duelo solo en Reino Unido, pero si tuviesen intérprete en España sí acudirían, incluida la informante 14. Esta informante, a pesar de no haber tenido una pérdida, cree que en una situación de este tipo se sentiría vulnerable y no podría pensar con claridad «I think I would need as an interpreter because I think at that time, your emotions are everywhere, so I think you wouldn't think clearly».

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
S11	70	7 años	Sí	Profesional costeado por ella.
S12	54	5 años	Sí	Profesional costeado por ella.
S13	48	18 meses	Sí	Una amiga
S14	57	15 años	A veces	Cree que es profesional pero no está muy segura y a veces va ella sola.
S15	74	12 años	Sí	Profesional y a veces una amiga.
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE
S11	Sí	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S12	Sí	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S13	Bien	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S14	No siempre	No	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S15	Sí	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.

Cuadro 158. Respuestas del informante S11 al S15

Los siguientes informantes tienen una edad comprendida entre los 66 y los 75 años y llevan en España entre 6 y 15 años. Solo los informantes S17 y S18 siempre acuden con intérprete, la S17 con un profesional costeado por él y el S18 a veces con un profesional y a veces con una amiga. Además, la S17 comenta que en el hospital le dijese que trajese ella a su intérprete «I don't know about professional interpreters provided by the hospital because we were told to take our own, so we assumed that they just weren't there». Los informantes S16, S19 y S20 a veces acuden solos si saben que el medico se maneja en inglés, aunque coinciden en que con intérprete obtienen más información «I got more information when with an interpreter» (S19) y, además, han encontrado dificultades cuando han acudido solos en relación con la terminología:

When we've been without it's because we have a doctor in the health center who speaks English, therefore she tends to converse with current in English and she talks to me in Spanish. But occasionally we have to throw the odd English word in because of difficulties. In the hospital, in the early days, we always operated without an interpreter, but it became increasingly more difficult because the language was a bit technical for our capabilities (S20).

Todos los informantes se han sentido cómodos en todas las situaciones, pero más tranquilos cuando han contado con intérpretes.

De este grupo de informantes, dos de ellos (S16 y S20) no conocen ningún grupo de duelo y los tres restantes solo en Reino Unido. La informante S17 ha tenido la pérdida reciente de su marido y cree que sí que iría a un grupo en España, pero el intérprete sería imprescindible porque, aunque tenga conocimientos mínimos de español no podría expresar emociones «I can manage possibly the basics of Spanish, not deep emotional thoughts». El resto también irían con intérprete excepto la informante S19 que ha recibido algunos cursos sobre duelo y cree que tendría suficientes recursos por ella misma para gestionar su proceso de duelo tras una pérdida importante.

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
S16	74	13 años	A veces	A veces una conocida y a veces solo.
S17	67	3 años	Sí	Profesional costado por ella.
S18	73	12 años	Sí	Profesional costado por ella y a veces una amiga.
S19	66	6 años y medio	A veces	A veces profesional, a veces con una conocida y a veces sola.
S20	75	15 años	A veces	A veces profesional y a veces sola.
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE
S16	Sí	No	No	Si hay intérprete sí.
S17	Sí	Sí (hace poco murió su marido).	Solo en Reino Unido.	Possiblemente sí que iría pero el intérprete sería imprescindible.
S18	Sí	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S19	Sí	No	Solo en Reino Unido.	No está segura si iría porque ella tiene algunos cursos de <i>counselling</i> y cree que tendría suficientes recursos por ella misma.
S20	Sí	Sí	No	Si fuese sería con intérprete seguro.

Cuadro 159. Respuestas del informante S16 al S20

De los siguientes cinco informantes, dos recurren a intérpretes profesionales costeados por ellos (S22 y S23), dos utilizan intérpretes *ad-hoc* (S21 y S24) y la informante S25 incluso hace ella de intérprete para una conocida. En su experiencia se ha sentido bien a pesar de no entender inmediatamente la terminología y tener que reproducir lo que ha entendido esperando que el profesional la corrija:

Very comfortable sometimes because words are technical or somebody speaks with a dialect or they speak very fast. I don't understand immediately what they say, but if I feed back to them what I think I've heard, they will usually correct me very kindly. And if I'm explaining it to my friend that I take in English, they often are nodding. They understand what I'm saying to know I'm telling correctly what has been said to me.

El informante S24 que también ha recurrido a una conocida, porque no sabría dónde encontrar intérpretes profesionales, no se ha sentido demasiado cómodo porque cree que la intérprete actuaba en beneficio del médico «I felt as though the interpreter wanted to keep on the good side of the doctors, not so much for my benefit, but for the doctors». Los demás sí se han sentido cómodos con intérpretes profesionales.

A excepción del informante S24, todos han sufrido alguna pérdida, pero ni el S21 ni el S24 conocen los grupos de duelo. Las informantes S22 y S23 sí los conocen, pero solo en Reino Unido y la informante S25 era terapeuta en Reino Unido. Precisamente por la que ha sido su profesión recomendaría la ayuda en duelo a cualquier persona que haya sufrido una pérdida, pero no sabe si le ocurre a ella si acudiría porque considera que tiene recursos suficientes

Very leading question [If you have all this here in Spain, do you think you would attend a grief support group here], because in the main, I feel I'm quite good because I've had so many years of experience, and you will know that in order to train you have to use experience on yourself, you have to know yourself very well. So I'm not sure. I think I might not. I think I might probably just have a loving conversation with friends, because I have a lot ability to care for myself.

Los informantes S21, S22 y S23 sí acudirían si hubiese un intérprete y el S24 cree que, de momento, no acudiría porque no ha experimentado si necesita dicha ayuda.

El siguiente cuadro resume la información compartida por los cinco informantes de este grupo:

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
S21	63	17 años	Sí	Una amiga de Reino Unido que sabe español.
S22	69	7 años	Sí	Profesional costeado por ella.
S23	70	3 años	Sí	Profesional costeado por ella.
S24	69	14 años	A veces	Un conocido
S25	80	15 años	Para ella no	Ella a veces hace de intérprete para una vecina porque sabe un poco de español.
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE
S21	Sí	Sí	No	Si hay intérprete sí.
S22	Sí	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S23	Sí	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S24	Ha tenido muchos problemas	No	No	Cree que no pero no ha experimentado si necesita esa ayuda.
S25	Sí se ha sentido bastante cómoda.	Sí	En Reino Unido porque ella era terapeuta.	Si acudiese en España sí que necesitaría intérprete porque sabe la dificultad emocional y con su español estaría limitada.

Cuadro 160. Respuestas del informante S21 al S25

De los siguientes cinco informantes, todos han recurrido a algún intérprete profesional y, de ellos, el S26 y la S30 también han contado con algún intérprete *ad-hoc*. En general sus experiencias con intérpretes profesionales han sido positivas como por ejemplo resalta la informante S30:

It's much better with an interpreter. Because you don't have to spend time thinking about what you're going to say, as well as understanding the answer, so is taking on board the information as well as doing the translation so it's two jobs without a translator.

Esta informante también relata la vivencia que tuvo cuando su marido falleció en el domicilio y tuvo que contactar con el intérprete porque no sabía qué hacer:

I phoned the translator because I couldn't really think straight, and the translator was excellent and contacted all the people it was necessary because I just didn't know what to do. And the people and the doctor came and the funeral directors came as well called by the interpreter and they were excellent. It was excellent service because I would have struggled on my own then.

Por otro lado, la informante S28 experimentó una situación de incomodidad al no sentirse incluida en la conversación puesto que tenía la sensación de que el proveedor del servicio y el intérprete profesionales mantenían una conversación paralela «the doctor didn't look at me once. The doctor just concentrated on the interpreter all the time, even if I was speaking. So I didn't feel engaged».

Todos los informantes de este grupo sí han tenido pérdidas y solo la informante S28 ha recibido ayuda en duelo cuando residía en Reino Unido en una ayuda individual en duelo que sí le resultó beneficiosa. El S27 no conoce ningún grupo en España y los tres restantes no conocen ninguno en España ni en otro país. No obstante, sí acudirían si dispusiesen de intérprete. A este respecto, la informante S30 matiza que primero intentaría acudir sin intérprete para forzarse a aprender español, pero si observase complicaciones entonces sí recurriría a un intérprete «I may try without at first time and if I couldn't manage or I couldn't understand what was going on, then I'd contact the translator».

Esta información y los puntos tratados en las entrevistas se resumen en el siguiente cuadro:

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
S26	73	13 años	Sí	Profesional y un conocido.
S27	63	7 meses	Sí	Profesional costeado por él siempre.
S28	58	7 meses	Sí	Profesional costeado por ella.
S29	61	5 años	Sí	Profesional costeado por él.
S30	62	13 años	A veces	A veces profesional, a veces ella sola y a veces con una amiga.
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE
S26	Sí	Sí	No	Si hay intérprete sí.
S27	Sí	Sí	Solo en Reino Unido.	Si hay intérprete sí.
S28	Sí aunque a veces tenía la sensación de que intérprete y profesional mantenían conversaciones paralelas.	Sí	Solo en Reino Unido donde recibió ayuda.	Seguro que sí pero necesitaría intérprete.
S29	Sí	Sí	No	Si hay intérprete sí.
S30	Sí aunque más cómoda con intérprete profesional y más segura.	Sí	No	Sí iría y cree que lo necesita ahora, pero cree que lo intentaría primero sin intérprete.

Cuadro 161. Respuestas del informante S26 al S30

El último cuadro incluye el resumen de las entrevistas con los últimos cinco informantes. Sus edades van desde los 65 hasta los 83 años y el tiempo residido en España es más o menos similar (entre 14 y 16 años). A excepción del informante S34 que solo ha recurrido con intérpretes *ad-hoc*, todos los demás han utilizado intérpretes profesionales y *ad-hoc*. En todas sus entrevistas comentan que sí se han sentido cómodos con los intérpretes que les han acompañado.

En cuanto a si han experimentado situaciones de pérdida, todos menos el informante S35 han perdido a sus parejas. Sin embargo, solo el S34 conoce grupos de ayuda en Reino Unido y el resto no conoce ninguno. No obstante, todos acudirían a un grupo en España si hubiese intérprete, aunque el S33 cree que está muy reciente la pérdida de su mujer y que todavía no estaría preparado para recibir esta ayuda, pero si fuese sí sería con intérprete.

INFORMANTE	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	USO DE INTÉRPRETE	TIPO DE INTÉRPRETE
S31	74	14 años	Sí	Profesional costado por ella.
S32	65	14 años	Sí	Profesional costado por ella menos cuando no ha estado disponible que ha recurrido a una amiga.
S33	83	16 años	Sí	Intérprete profesional costado por él.
S34	71	15 años	Sí	Una amiga.
S35	72	14 años	A veces	A veces un profesional y a veces sola.
INFORMANTE	COMODIDAD	PÉRDIDAS	GRUPO DE DUELO	PREDISPOSICIÓN SI HAY INTÉRPRETE
S31	Sí, muy cómoda.	Sí, hace 3 años falleció su marido.	No	Con intérprete sí iría y le gustaría probarlo.
S32	Con intérprete profesional muy cómoda.	Sí, hace 2 años falleció su marido.	No	Con intérprete sí iría y, de hecho, empezaría ya.
S33	Muy cómodo.	Sí, hace 2 meses que falleció su mujer.	No	Ahora mismo cree que no iría porque está terminando de hacer trámites por la pérdida de su mujer, pero no sabe si quizá dentro de un tiempo es posible. Si fuese sí necesitaría intérprete.
S34	Sí	Sí, hace 8 años.	Solo en Reino Unido.	Sí iría con intérprete y cree que podría ir ahora para ayudar a otras personas.
S35	Sí	No	No	Si hay intérprete sí.

Cuadro 162. Respuestas del informante S31 al S35

6.5.2.1 Resumen de los resultados de las entrevistas a los usuarios extranjeros residentes en España

En este estudio cualitativo se ha analizado la experiencia de 35 informantes que son usuarios de los servicios sanitarios en España. Sus edades están entre los 48 y los 83 años y llevan residiendo en España desde 7 meses a 21 años y todos tienen como lengua materna el inglés.

Sobre el uso de intérpretes en sus consultas en centros médico-sanitarios, ninguno de los entrevistado ha dispuesto de intérpretes proporcionados por el hospital a excepción de la informante S5 que en una ocasión sí fue atendida por una intérprete de un hospital de Valencia porque su suegra estaba ingresada allí. Por tanto, han tenido que recurrir a costearse sus propios intérpretes profesionales (S1, S2, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S14, S17, S20, S22, S23, S27, S28, S29) a utilizar intérpretes *ad-hoc* (S4, S9, S13, S15, S16, S18, S19, S21, S24), a combinar estos dos perfiles (S5, S26, S30) o, incluso, a acudir solos a sus médicos de Atención Primaria si saben que se manejan en inglés, aunque sea de forma básica (S3, S8, S9, S14, S16, S20, S25, S30). Con estas respuestas observamos que 17 de 35 informantes han optado por recurrir a un intérprete profesional además de otros 3 informantes que han combinado el uso de un intérprete profesional y uno *ad-hoc*. Por tanto, un 57 % ha buscado intérpretes profesionales y todos se han sentido cómodos a excepción de la informante S28 que cree que la intérprete y el proveedor de servicios mantenían una conversación paralela sin involucrarla a ella cuando era la paciente. No obstante, opina que no fue por parte del intérprete, sino que cree que el médico directamente se comunicaba con ella porque no mantenía contacto visual con la paciente.

Por otra parte, un 25 % ha recurrido a intérpretes *ad-hoc* junto con el 8,5 % que han recurrido a ambos perfiles. Del primer porcentaje, solo las informantes S4 y S24 no se han sentido cómodas porque observaban que el médico y el intérprete hablaban durante unos minutos y solo les trasladaban la mitad de la información. Del segundo porcentaje referido a los informantes que han utilizado a los dos tipos de intérpretes, la S30 se ha sentido más cómoda con intérprete profesional porque le ha aportado mayor seguridad. Además de la comodidad, en las entrevistas también se les ha preguntado si habían notado si el intérprete y el proveedor de servicios habían sido empáticos. La mayoría de informantes sí han percibido empatía por las dos partes (S1, S5, S6, S7, S8., S9, S11, S15, S16, S17, S18, S20, S21, S23, S25, S26, S29, S30, S31, S34). Los informantes S2, S10 y S12 creen que el intérprete ha sido mucho más empático y, en concreto, la S2 añade que lo ha percibido por el interés del intérprete que demostraba repitiendo ciertas partes y preguntando si lo habían entendido todo. Los informantes S22, S23 y S28 no han percibido empatía por la parte del proveedor de servicios, pero sí del intérprete. Finalmente, el informante S29 no ha percibido mucha empatía por ninguna de las partes, ni incluso cuando el intérprete ha sido profesional. Por tanto, un 90 % de los informantes sí ha percibido empatía tanto del proveedor de servicios como del intérprete.

En la parte de las entrevistas dedicada a la indagación en si han tenido pérdidas, si conocen grupos de duelo y si acudirían en España, un 60 % / 21 (S6, S9, S11, S12, S13, S15, S17, S18, S20, S21, S22, S23, S25, S26, S27, S29, S30, S31, S32, S33 y S34) sí han tenido pérdidas y un 11,5 % / 4 (S4, S5, S10 y S28) además de haber tenido pérdidas han recibido ayuda. La primera en un grupo espiritual y lo valora como beneficioso; la segunda (S5) se ha apoyado en familiares; la tercera (S10) tuvo que volver a Reino Unido tras la pérdida porque no encontró ayuda en España, aunque la ayuda que allí encontró no le ayudó en ese momento y la última (S28) acudió a una ayuda individual en duelo en Reino Unido que también ha considerado como una experiencia positiva.

En cuanto a si saben de la existencia de grupos de ayuda en duelo, un 40 % (14) no conocen ninguno (S5, S8, S16, S20, S21, S24, S26, S28, S29, S30, S31, S32, S33 y S35), otro 57 % (20) solo conocen en Reino Unido (S1, S2, S4, S5, S7, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S17, S18, S19, S22, S23, S25, S27, S28 y S34) y un 3 % (1) conoce un grupo en España (S3).

Finalmente, todos los informantes acudirían a un grupo de ayuda mutua en España si hubiese un intérprete para facilitar la comunicación a excepción de la informante S4 porque ya tiene un grupo de apoyo espiritual, la S19 porque ha recibido varios cursos de duelo y cree que cuenta con las herramientas suficientes y el S24 que no ha experimentado la necesidad de esta ayuda. Conviene mencionar que las informantes S9 y S25 son terapeutas jubiladas que recomendarían la ayuda en duelo a cualquier doliente que haya perdido a un ser querido. De ellas, la S9 no duda en que acudiría a un grupo en España con un intérprete si experimenta una pérdida y la S25 no está segura porque dependería si con las herramientas que posee le sería suficiente, no obstante, si acudiese sería con intérprete. Con estas respuestas alcanzaríamos el objetivo 2.2 porque quedaría detectada la posibilidad de los residentes extranjeros en España de acudir a grupos de ayuda en duelo si hubiese un intérprete profesional.

Vivir el duelo por la muerte de un ser querido requiere de un compromiso de trabajo personal. A pesar de lo que te ha sucedido, decides invertir una parte de tu energía en buscar un sentido a tu experiencia, mitigar el dolor de la ausencia, y recuperar tu deseo de vivir y crecer para los que quedan.

(Payás Puigarnau)



Universitat d'Alacant

7. CONCLUSIONES

La presente tesis doctoral nace de la necesidad detectada de ahondar en la situación de la interpretación en contextos altamente sensibles y, en concreto, en situaciones de final de vida y duelo. Así pues, se ha pretendido analizar dicha situación desde distintas perspectivas: la de los profesionales con experiencia en final de vida y duelo, la de las asociaciones de acompañamiento y duelo, la de los intérpretes, la de los dolientes que han acudido a terapia en duelo y, finalmente, la de los usuarios extranjeros residentes en España.

El presente capítulo sistematiza e interrelaciona la información presentada a lo largo de este trabajo. Asimismo, contrasta los resultados obtenidos con las hipótesis y los objetivos planteados. Además, describe los hallazgos y las aportaciones más importantes que esta tesis aduce al campo de la interpretación en final de vida y duelo.

7.1 Conclusiones finales

Este trabajo se proponía realizar un estudio sobre la interpretación en final de vida y duelo con el fin de visibilizar el panorama actual de las consultas donde se comunican malas noticias, las situaciones de últimos días y el seguimiento del duelo. Al enmarcarse entre dos campos tan distintos a primera vista como el final de vida y duelo y la interpretación médico-sanitaria, se consideró necesario realizar un estado de la cuestión y un marco teórico extensos. Así pues, el segundo capítulo recoge el estado de la cuestión de ambos campos (interpretación y comunicación de malas noticias, situación de últimos días y duelo) y el tercer capítulo consta de un doble marco teórico (de base pragmatolingüística y psicoterapéutica) que recoge las teorías empleadas para el análisis de las situaciones comunicativas planteadas. El modelo de análisis planteado cuenta con cinco vertientes para la observación de parámetros como: la comunicación no verbal y paraverbal, el tratamiento de las emociones, la gestión de la conversación con y sin intérprete. El capítulo cuarto describe las líneas de análisis de las situaciones de final de vida y duelo a partir de la aplicación del modelo propio, como son la necesidad de interpretación, el papel del intérprete, la calidad de la interpretación y el bienestar del intérprete. Por tanto, esta investigación se ha articulado en un estudio comparativo (de las situaciones de comunicación de malas noticias, últimos días y seguimiento del duelo con y sin intérprete) presentado en apartado 6.1; un estudio cuantitativo que consiste en encuestas con las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones, con los profesionales involucrados en final de vida y duelo, los estudiantes de ciencias de la salud, los dolientes españoles y los extranjeros residentes en España participantes en el corpus de datos, y un estudio cualitativo con las intérpretes, los profesionales sanitarios y los extranjeros residentes, cuyas aportaciones también se han incluido en el corpus de datos.

Desde esta posición, en la primera hipótesis de partida se proponía que la interpretación mejoraría la comunicación interlingüística:

La intervención del intérprete es susceptible de mejorar la comunicación interlingüística. Para los profesionales sanitarios que atienden a pacientes extranjeros en España en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo, el no compartir el idioma del paciente supone una circunstancia que amenaza a la imagen propia ya que tienen que recurrir a un intérprete para entender a su paciente lo que desencadena una renuncia a la imagen positiva (entendida como el deseo de aplicar sus técnicas, ayudar a resolver una situación crítica y aumentar su auto-prestigio profesional). Por otro lado, el no recurrir a un intérprete significa una pérdida de información y un daño a la imagen negativa (entendida como el deseo de adquirir información y poder expresarse de manera efectiva). Por tanto, la interpretación sería una acción compensatoria para preservar la imagen negativa, aunque pueda suponer, en algunas ocasiones, una reducción o pérdida de la positiva. Para ello, trataremos de demostrar que **la interpretación es susceptible de mejorar la comunicación en algunos casos y siempre que se cumplan determinadas condiciones.**

Para valorar el grado de cumplimiento de esta primera hipótesis conviene analizar primero los objetivos propuestos. El primer objetivo general era estudiar las posibles herramientas al alcance del intérprete susceptibles de mejorar la comunicación en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo.

A través de la encuesta a las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones y las entrevistas con los profesionales sanitarios, observamos que la falta de una legislación específica y el desconocimiento del papel del intérprete profesional por parte de los profesionales sanitarios tiene como consecuencia el que el intérprete no disponga de directrices claras ni formación específica en el área de final de vida y duelo. Por tanto, las decisiones quedan relegadas a la intuición y a los aprendizajes obtenidos a través de la formación general en traducción e interpretación y, en ocasiones, especializada en interpretación médico-sanitaria, aunque no se disponga de herramientas específicas en final de vida y duelo.

En vista de la ausencia de un modelo que nos permitiese evaluar si la presencia de un intérprete implicaba una mayor calidad en la comunicación frente a las situaciones de comunicación no mediada en final de vida y duelo (objetivo específico 1.1), se decidió confeccionar un modelo propio basado en las estrategias de intervención (desde la psicoterapia) y en las estrategias de cortesía (desde la pragmática) y que, además, atendiese a las particularidades de dicha área desde parámetros transversales como: la comunicación no verbal y paraverbal, las repercusiones emocionales, la gestión de la conversación (objetivo específico 1.2). Hemos aplicado el modelo de las cinco vertientes al estudio comparativo de las situaciones de malas noticias, final de vida y duelo con presencia del intérprete y sin intérprete. Además, hemos analizado las prestaciones de las intérpretes siguiendo la clasificación de Wadensjö (1992 [1998]) quien distingue entre interpretaciones aproximadas (*'close renditions'*), cuando el contenido y el estilo no difieren entre el original y la interpretación, e interpretaciones divergentes (*'divergent renditions'*), cuando la interpretación difiere del original. Asimismo, hemos recurrido a la clasificación adaptada de Martínez-Gómez Gómez (2011: 260) para evaluar la calidad con cuatro valores: excelente, adecuada, básica o defectuosa. Los resultados han sido los siguientes:

La presencia del intérprete sí implica una mayor calidad en la comunicación frente a las situaciones de comunicación no mediada en final de vida y duelo puesto que en las tres situaciones propuestas y en los dos idiomas, la mayoría de prestaciones se han clasificado como aproximadas y adecuadas. En concreto, de 245 prestaciones de las intérpretes, 151 son aproximadas y adecuadas. Además, otras 36 prestaciones son adecuadas, desglosándose en 13 sustitutas, 1 reducida, 9 nulas, 5 ampliadas, 7 originales y 1 resumida. Como prestaciones excelentes se han valorado 31 (6 originales, 16 aproximadas, 6 sustitutas, 1 original, 2 ampliadas). Otras 5 han sido calificadas como básicas (3 aproximadas, 1 sustituta, 1 reducida). Por otro lado, el número de prestaciones defectuosas es de 17 (8 reducidas, 1 original, 2 aproximadas, 3 sustitutas y 3 nulas), por tanto, el porcentaje de prestaciones defectuosas sería de un 7 %.

En lo que se refiere al análisis de las prestaciones, extraemos las siguientes conclusiones:

1. De entre las prestaciones aproximadas que se han valorado como excelentes destacamos las siguientes, ofreciendo aquí un ejemplo de cada una de las funciones identificadas: solventar un acto amenazante a la imagen de un interlocutor (tabla 17); expresar empatía y respeto (tablas 19, 25); reproducir exactamente las estrategias de intervención y cortesía (tablas 39, 43, 45); trasladar información a la enfermera que ha sido formulada directamente a la intérprete (tablas 57 y 65); demostrar respeto por el lenguaje no verbal y emocional (tabla 61) y ajustar la información al registro del interlocutor (tabla 71).
2. Las prestaciones aproximadas básicas están relacionadas con el no traslado del nombre de pila del paciente cuando la enfermera sí lo utiliza (tablas 67, 77). En el grupo de discusión se explica que no lo han utilizado por desconocimiento de que se trataba de una estrategia de cortesía.
3. Las prestaciones nulas, es decir, los originales que han quedado sin interpretar, se han valorado como adecuadas, puesto que se han resuelto de manera favorable, bien porque en algunos casos no ha sido necesaria (tablas 2, 25, 49), o bien porque en otros casos se ha suplido con el lenguaje no verbal (tablas 4 y 23). Otro original sin interpretar se aprecia en la tabla 83, donde el doliente alófono agradece a ambas interlocutoras en español por lo que no es necesaria una interpretación. La prestación nula en dos ocasiones se ha valorado como inadecuada. Una de ellas es el intercambio mediado 7 (tabla 57) puesto que, tras la comunicación de la mala noticia por parte de la enfermera, la intérprete necesita aclaración, pero no lo indica al paciente, quien cree que están manteniendo una conversación paralela. En el grupo de discusión, la intérprete matizó que se debía a un estado de nerviosismo y preocupación por captar toda la información. El otro momento valorado como inadecuado aparece en la tabla 69 cuando la intérprete necesita una aclaración sobre el tipo de cáncer, pero no indica a la otra parte que necesita esa aclaración.
4. Las prestaciones reducidas (donde se ha ofrecido menos información que en el original) no son notables, aunque sí han ocurrido en alguna ocasión y se han valorado como básicas (*vid.* tablas 13, 29, 53, donde se observan pequeñas omisiones de contenido y tabla 15, cuando se suaviza el énfasis aportado por el paciente). También se han valorado como defectuosas las intervenciones que se consignan en: tabla 27, por omisión de una parte y parafraseo que no traslada la intención de la enfermera; tabla 61, cuando la intérprete no traslada las disculpas que pide el paciente a modo de autorización para tumbarse a descansar y tabla 65, cuando omite «si la mantenemos despierta y consciente» puesto que se considera información esencial en la intervención de la enfermera para trasladar con honestidad y veracidad y para buscar cooperación en la decisión a tomar).

Además, también se han marcado como defectuosas las prestaciones en las que la omisión sí afecta a las estrategias empleadas por la parte proveedora del servicio (tabla 41, cuando la intérprete omite la expresión de entendimiento, validación y acogida incondicional al no trasladar «la pérdida debe haber sido muy importante para ti» y tabla 45, cuando la intérprete comete un contrasentido por nerviosismo, ya que la enfermera menciona «podiera hacer ese tránsito en paz, sin sufrimiento» y la intérprete traslada «*and she could live in peace*»).

5. Las prestaciones originales de las intérpretes cuando han actuado con voz propia se han valorado como excelentes en ejemplos como los recogidos en la tabla 13 (mientras la intérprete ayuda al paciente a buscar la documentación solicitada); en la tabla 37 (cuando expresa condolencias al familiar); en la tabla 55 (cuando la intérprete mejora la conversación por su solicitud de cooperación a la enfermera preguntándole si le entrega a ella la documentación); en la tabla 71 (cuando interviene con voz propia para preguntar si es necesario avisar a otras personas, acción que es autorizada por la enfermera acto seguido) y en la misma tabla 71 cuando da ánimos al familiar con voz y mirada empáticas.
6. Las prestaciones sustitutas, es decir cuando la información se traslada de distinto modo, han sido valoradas como excelentes en los ejemplos recogidos en: tabla 15 (la intérprete pone en situación al paciente); tabla 33 (la intérprete baja el registro para aumentar la comprensión del familiar) y tabla 75 (la intérprete traslada perfectamente el tono empático, la validación de las emociones y lo hace con el registro adaptado al doliente y facilitando la escucha activa por parte de la enfermera). También disponemos de ejemplos de prestaciones sustitutas adecuadas, por ejemplo en la tabla 55, cuando la intérprete cambia una pregunta de la enfermera «te parece si vemos juntos el informe» a una frase afirmativa «*nous pouvons voir ensemble le rapport médical*» pero mantiene el mismo ofrecimiento con el objetivo de buscar cooperación; en la tabla 63, cuando, tras la presentación de la intérprete por parte de la enfermera al paciente (puesto que en esta situación la intérprete trabaja para el hospital), ella misma amplía la información indicando su nombre de pila; y en la tabla 67, cuando se adapta al registro del familiar. Contamos con un ejemplo de prestación sustituta básica cuando una ampliación es contrarrestada por una pequeña omisión de otra parte (tabla 15). Finalmente, también se han valorado como defectuosas en dos ocasiones (tabla 27, cuando el familiar pregunta si es posible hacer algo más, pero la intérprete lo traslada como «otro tratamiento») o en la tabla 67 (cuando el familiar expresa su desconocimiento y la dificultad para tomar una decisión, y la intérprete no reproduce el mismo tono).
7. En algunas ocasiones ha habido prestaciones resumidas que no han afectado al contenido global y se han valorado como básicas (tablas 17, 43, 47 y 73).

8. Las prestaciones ampliadas por las intérpretes se han valorado como excelentes y adecuadas. En cuanto a las excelentes, estas han servido para aumentar la comprensión (tabla 27, cuando la enfermera responde «sí» pero la intérprete añade a qué se refiere «*yes, sedation*»), para reforzar la empatía, (tabla 35, cuando la intérprete clarifica que la enfermera está hablando del tiempo que le queda a su madre) o para suplir una pérdida de información en la intervención anterior (tabla 57). Por adecuada hemos entendido por ejemplo aquella prestación en la que la intérprete adapta la información al estado emocional del familiar (tabla 67, cuando la enfermera indica «solo alivian el dolor» y la intérprete añade que se trata de la medicación «*les médicaments sert à soulager la douleur*» puesto que el familiar está en un momento de dudas sobre el proceso de sedación).
9. No se han detectado interpretaciones en las que las intérpretes hayan ofrecido más de una interpretación para un mismo enunciado original. Por tanto, el uso de la clasificación propuesta por Wadensjö (1992 [1998]) ha resultado de utilidad para dividir las prestaciones en distintos tipos, aunque no se hayan detectado ejemplos de una categoría («*two part/multi-part renditions*»). Además, también valoramos como útil la matriz de evaluación de la calidad adaptada de Martínez-Gómez Gómez (2011: 260) que nos ha permitido calificar las prestaciones en excelentes, adecuadas, básicas o defectuosas para valorar la calidad.
10. Desde la perspectiva de las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones, la intérprete de inglés considera que su interpretación ha sido de calidad básica y la intérprete de francés, adecuada en general, a pesar de valorar como excelentes los parámetros de naturalidad en las tres situaciones y la transmisión completa y correcta del mensaje en la primera situación. Matizan que dichas valoraciones se deben a no haberse enfrentado a tales situaciones (con un alto nivel de sensibilidad y empatía) anteriormente, a pesar de ser intérpretes profesionales.
11. Con el análisis de las situaciones mediadas y no mediadas se ha podido constatar la relevancia de todas las categorías incluidas en la primera vertiente de nuestro modelo analítico quintuple, concretamente la dimensión dedicada a las estrategias de intervención propias de la psicoterapia. A continuación, se facilita un ejemplo de cada categoría para su mejor visualización:

CONTEXTO GENERAL		
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	FUNCIÓN	EJEMPLO
Intervenciones no impositivas.	<p>Crear atmósfera de entendimiento mutuo, respeto y acogida incondicional.</p> <p>Demostrar una actitud empática y auténtica.</p>	«¿Qué más te dijo el doctor?» (tabla 10).
Escuchar y respetar las objeciones.		«Entiendo que ahora mismo te sientas enfadado con el doctor por no haberte dado esa información» (tabla 19).
Identificar atribuciones.		«¿Y dices que es por el tratamiento?» (tabla 5).
No emitir juicios de valor: realizar preguntas más abiertas.		«Y cuando dices que te encuentras muy mal, ¿qué sientes?» (tabla 6).
Facilitar la expresión emocional: acompañar desde el silencio, la cercanía física y el contacto.		«Entiendo que sea duro de asimilar» (tabla 59).
Asertividad: congruencia y veracidad.		«La enfermedad ha ido a peor en estas últimas semanas» (tabla 17).
Escucha activa.		Tras la pronunciación de «siento mucho la pérdida de Margaret» (tabla 39).
Atender a las pistas indirectas proporcionadas por los pacientes (lenguaje no verbal incluido).		Cuando la enfermera vuelve a explicar en qué consiste la sedación porque ha observado que no lo ha entendido (tabla 79).
Personalización.	Que la persona sea consciente de lo que le está ocurriendo.	«Verás que el sufrimiento y el dolor cada vez va a ser menor» (tabla 36).
Utilizar un diálogo empático.	Reconocer la emoción del paciente, identificar su origen y dar señales de que se le entiende.	«Creo, Adrien, que por hoy es mucha la información que has recibido y que es mejor que vuelva mañana con el médico de nuestro servicio de cuidados paliativos» (tabla 61).
Garantizar apoyo.	Evitar sensación de abandono y aumentar la sensación de control.	«Mañana puedo llamarte a ver cómo estás y si necesitas hablar, ¿hacemos eso?» (tabla 46).

Cuadro 163. Ejemplo de categorías para el análisis del contexto general

CONTEXTO ESPECÍFICO MALAS NOTICIAS		
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	FUNCIÓN	EJEMPLO
Cuidar el nivel macro-espacial: saludar, introducción, establecer contacto visual y buscar un espacio adecuado y cercanía con el enfermo.	Centrar la atención en el paciente o paciente y familia y que sientan que están en un entorno seguro.	«Vale, Adrien, lo que antes has llamado un asunto muy serio, muy grave, es un carcinoma pulmonar no microcítico» (tabla 57).
Descubrir qué sabe y qué quiere saber el paciente: atender a su vocabulario y percepción.	Informar respetando las necesidades y el ritmo de información del paciente.	«¿Fue el doctor el que te dijo que vinieras a casa a descansar?» (tabla 7).
Preguntar sin dar nada por supuesto: invitación a contar.		«Ya no hay tratamiento» (tabla 17).
Comunicar la verdad con honestidad, confianza y sinceridad.		
Evaluar lo que se ha entendido.		
Informar dividiendo la información por partes.	Aumentar el entendimiento adecuándose al registro y vocabulario del paciente y la familia.	«un adenocarcinoma de grado IV con metástasis en hígado» / «significa que ese tumor ha ido evolucionando» (Tabla 15).
Responder a preguntas difíciles: dar cabida a los interrogantes que surjan.	Amortiguar el intenso impacto emocional tras el pronóstico.	«P: Serious? / E: Sí, muy serio» (tabla 16).
Dar cabida a las emociones tras el pronóstico.		«P: What, what, what does that mean? / E: Un tumor, sí» (table 14).
Identificar preocupaciones, necesidades y temores.		
Cerrar la entrevista con un plan a seguir.	Acogida incondicional y garantía de apoyo.	«Lo que podemos hacer es que mañana yo vuelvo con el médico y te explicamos cómo funcionan los cuidados paliativos y qué vamos a hacer a partir de ahora» (tabla 21).

Cuadro 164. Ejemplo de categorías para el análisis del contexto de comunicación de malas noticias

CONTEXTO ESPECÍFICO ÚLTIMOS DÍAS		
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	FUNCIÓN	EJEMPLO
Informar debidamente y responder a las preguntas: aclarar si hay dudas sobre la sedación, eutanasia, suicidio asistido e informar del proceso de sedación.	Facilitar la toma de decisiones informadas.	«Brian, la situación de tu madre es muy complicada» (tabla 32) / «Brian, tienes que entender que la sedación no causa la muerte. La sedación es para aliviar» (tabla 28).
Si se ha obtenido el consentimiento a través de un familiar, dar cabida a todas las emociones que presenten. Es posible que sea necesario tranquilizarlos.	Atender a los familiares y que no se sientan responsables.	«E: Como comentamos con tus hermanas, ya no podemos controlar la sintomatología y están apareciendo nuevos síntomas que nos indican que no queda mucho tiempo para que fallezca. / P: Tell me how long, how... / E: No mucho. Silencio empático» (tabla 35).
Facilitar el proceso de aceptación y afrontamiento.	Acompañar.	
CONTEXTO ESPECÍFICO DUELO		
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	FUNCIÓN	EJEMPLO
Invitar a narrar: facilitar el manejo de los aspectos traumáticos de la pérdida.	Intentar que el doliente conecte con su experiencia y sus emociones.	«Hola, Jérôme, me alegro mucho de verte y siento la pérdida de Anne» (tabla 73).
Dar cabida a todas las emociones.	Facilitar la introspección y conexión.	«Ha sido una pérdida muy grande para ti, Anne era una persona increíble» (tabla 74).
Estar abierto a la evitación y la negación que puede sufrir el doliente.	Tratar de aumentar progresivamente la tolerancia al dolor.	«F: Je suis désolé mais je ne suis pas prêt / E: Sé que es un momento triste» (tabla 70).
Facilitar la expresión del amor y la vulnerabilidad.		
Permitir que se hable de la persona fallecida.	Conexión y reconstrucción del <i>self</i> .	«E: La sedación lo que hace es ayudar a las personas, en este caso a Anne a que haga el tránsito en paz / D: <i>Ça me fait vraiment du bien de pouvoir discuter, d'avoir votre avis</i> » (tabla 79).
Ayudar en la reorganización del mundo interno basándose en la relación con el ser querido fallecido.	Conexión e integración.	«Jérôme, que ella te falte... es normal que la eches de menos y es duro no poder decir adiós a la persona que quieres pero todo esto que me estás diciendo: el amor que sentías por Anne, la relación que teníais, lo que has vivido con ella... eso es lo importante y siempre tienes que guardarlo y recordarlo porque es parte de ti» (tabla 81).

Escuchar y dar cabida a toda la historia de la pérdida.	Atender las necesidades del doliente para su reestructuración interna y adaptación a la nueva realidad.	En la tabla 79 la enfermera da cabida a toda la historia mientras el doliente habla de lo extraordinaria que era su mujer: « <i>Annette était vraiment quelqu'un de très particulier, une femme exceptionnelle</i> ». «La relación que tenáis era muy especial y es muy bonito que puedas hablar de ella así y que siempre la guardes contigo» (tabla 80).
Validar la forma de afrontar el duelo como única e individual.	Validación. Que el doliente sienta que se atienden sus necesidades y se le acoge y acepta.	
Facilitar una relación de apoyo.	Que el doliente se sienta escuchado.	«Me encantaría poder charlar un rato más. Si te parece, puedo llamarte más adelante y ver cómo te encuentras y si necesitas hablar» (tabla 83).
Ayudar en la recolocación emocional del fallecido.	Facilitar la dimensión de crecimiento y transformación.	«Ni tú ni la sedación sois los que habéis causado la muerte a Anne. Es la enfermedad la que genera el fallecimiento» (tabla 79).

Cuadro 165. Ejemplo de categorías para el análisis del contexto de situaciones de últimos días y duelo

12. También está justificada la inclusión de la tercera vertiente –comunicación no verbal y paraverbal– como elemento transversal para el análisis de la calidad en estas situaciones (objetivo 1.2) puesto que la distribución del espacio, del tiempo y el análisis de los movimientos corporales ha beneficiado la comunicación en estos contextos sensibles. En los intercambios no mediados, se observa una mayor confusión del paciente a través de su lenguaje no verbal y paraverbal, lo que conlleva enunciados incompletos (tablas 14) y solapamientos (tabla 16).
13. El tratamiento de las emociones (vertiente cuarta) también ha sido esencial en el análisis comparativo de las situaciones. En los intercambios mediados, la enfermera ha podido formular sus preguntas con tranquilidad y seguridad y las intérpretes han posibilitado un ambiente de entendimiento mutuo y comodidad como por ejemplo en las tablas 10 y 13. Además, han posibilitado la recogida de todas las emociones en todas las situaciones analizadas y la intervención de las intérpretes ha contribuido a incrementar la empatía, el silencio terapéutico y la escucha activa. Por otro lado, en los encuentros no mediados se han observado más sentimientos de frustración (por no poder hacerse entender) por lo que no se han podido abordar del mismo modo las emociones del paciente que ha recibido una mala noticia, las del familiar cuya madre está en una situación de últimos días, ni las del doliente por la pérdida de su mujer. En cambio, con la presencia de las intérpretes se ha podido atender a la incertidumbre del paciente, la desesperación y desolación del familiar y la pena, la tristeza y la vulnerabilidad del doliente.

14. El análisis de la gestión de la conversación con y sin intérprete también aporta información sobre la calidad de la interpretación. En las situaciones analizadas se ha observado que la estrategia más utilizada por las intérpretes ha sido el *dual feedback*, que ha posibilitado una correcta gestión de los turnos de palabra. En numerosas ocasiones, las intérpretes han respetado la entonación de los interlocutores, han posibilitado un saludo y una despedida adecuadas y han respetado los turnos de palabra. Solamente se ha detectado un solapamiento en el encuentro mediado en la tabla 17 cuando la intérprete ha empezado antes de que terminase el paciente porque había hecho una pausa de unos segundos. También se ha detectado en algunas ocasiones nerviosismo en las intérpretes por su lenguaje paraverbal. A veces, este nerviosismo ha llevado a un contrasentido (tabla 45) que se ha explicado en el punto 4 anterior. Otras veces, ha llevado a una sonrisa (tabla 51, en la primera situación en francés) la cual, en el grupo de discusión se ha justificado como nerviosismo por no saber cómo iba a desarrollarse la situación. En definitiva, con la presencia de las intérpretes, todos los interlocutores se han mostrado más cómodos que en las situaciones no mediadas.
15. Del estudio cuantitativo realizado con profesionales sanitarios (sobre la gestión de los turnos de palabra) concluimos que la mayoría prefieren coordinarlos ellos mismos por ser la parte proveedora del servicio, aunque los profesionales especializados en ayuda en duelo consideran al intérprete como un co-terapeuta con quien trabajan en equipo (*vid.* gráfico 25).

Una vez se han presentado aquí las conclusiones sobre la calidad (de acuerdo con los objetivos 1, 1.1 y 1.2), se muestran a continuación las conclusiones relacionadas con la cortesía, ya que en el objetivo 1.3 nos proponíamos el comprobar en qué medida la cortesía condicionaba las estrategias de interpretación. En nuestros resultados se ha confirmado que la cortesía tiene una gran presencia en las situaciones analizadas, por tratarse de contextos altamente sensibles. En estos contextos, donde más actos que amenazan la imagen de los interlocutores se han detectado ha sido en los encuentros no mediados. Del análisis comparativo se desprende lo siguiente acerca de la cortesía:

1. En los encuentros no mediados, ambas imágenes (positiva y negativa) de la enfermera se ven amenazadas. La imagen positiva, entendida como el deseo de aplicar sus técnicas, ayudar a resolver una situación crítica y aumentar su auto-prestigio se ve amenazada por no lograr la reconstrucción del *self* del usuario (situación de ayuda en el duelo cuando tiene dificultades para explicar que la sedación no causó la muerte de su mujer y atender ese sentimiento de culpabilidad que expresa el doliente en la tabla 45) y por sentirse frustrada por no poder ayudar a resolver una situación crítica como son las preguntas del paciente en la situación 1, lo que conlleva a que la consulta se termine antes (tabla 22), o cuando el paciente le indica que no la ha entendido y no puede aplicar sus técnicas (tabla 56).

La imagen negativa, entendida como el deseo de adquirir información y poder expresarse de manera efectiva se ve amenazada por la imposibilidad de preguntar antes de dar una mala noticia (situación 1) o por la expresión tumultuosa de emociones del paciente, que la enfermera no puede validar (tabla 16).

2. En los encuentros no mediados, ambas imágenes del usuario se ven amenazadas. La positiva, entendida como el deseo de que se atiendan sus necesidades, se le valide y se le acepte su relato, se ve amenazada por la incomprensión de la enfermera para atender su voluntad, como en el momento de argumentarle su interrogante acerca de si el tumor es muy grave (tabla 16); cuando la enfermera directamente comunica la mala noticia (tablas 14 y 16); o cuando esta verbaliza que no entiende todo lo que el paciente trata de comunicar (tabla 18). La negativa, (entendida como la imposibilidad de explicarse antes de recibir información) se observa en su enfado y frustración en la situación 2 cuando no consigue que se le entienda: para él, la sedación es como matar a su madre y no está dispuesto a ello (tabla 66).
3. En los encuentros no mediados se detectan actos amenazantes de las imágenes de ambos interlocutores, como por ejemplo, el discurso desestructurado que se puede observar en la tabla 9 (donde el paciente no recuerda lo que le dijeron en el hospital y, por tanto, impide la validación (imagen positiva del paciente); el deseo de recibir apoyo verbal (imagen negativa del paciente); la imposibilidad de adquirir información (imagen negativa de la enfermera) y la imposibilidad de validación (imagen positiva de la enfermera). Otra ocasión en la que se observa un acto amenazante a todas las imágenes es en la segunda situación (tabla 66), cuando el familiar indica que no se siente preparado para despedirse de su madre y explica su deseo de que continúe con vida pero, al final de su intervención, pregunta si se le ha entendido, a lo que la enfermera solo puede responder «no», lo que ocasiona una amenaza al deseo del familiar de ser entendido (imagen negativa) y validado (imagen positiva) e indirectamente conlleva la imposibilidad de la enfermera de poder expresarse de manera efectiva (imagen negativa) y de poder aceptar el relato del familiar (imagen positiva).
4. La intervención de las intérpretes ha supuesto un acto compensatorio que ha permitido preservar las imágenes negativas de los interlocutores:
 - a. La imagen negativa de la enfermera, puesto que le ha permitido poder expresarse de manera efectiva para comunicar la mala noticia en la primera situación, para que el familiar entendiese la necesidad de la sedación paliativa en la segunda situación y para acoger y validar el relato del doliente en la tercera situación.
 - b. También ha permitido preservar la imagen negativa del usuario ya que ha podido ser escuchado en sus preguntas sobre el tumor en la primera situación; recibir apoyo verbal a sus interrogantes sobre la sedación y recibir apoyo emocional tras el relato de la pérdida de su mujer en la tercera situación.

5. La intervención de las intérpretes también ha posibilitado mitigar el daño por un discurso desestructurado del paciente (tabla 10, donde el paciente no recuerda bien lo que le indicaron en el hospital y es la intérprete quien le pone en situación) o por un discurso directo de la enfermera (tabla 27, donde la enfermera comunica que se le va a sedar a la madre con una orden que puede dañar el *self* del familiar, por lo que la intérprete traslada la misma información, pero sin emplear la perífrasis «tenemos que» sino «*we are going to*»).
6. En una ocasión, la intervención de la intérprete ha salvaguardado la imagen positiva de la enfermera (tabla 71) cuando el familiar agradece el trabajo de la intérprete y es esta quien incluye a la enfermera en el traslado del agradecimiento («gracias por la información y porque entiende que la situación tampoco es cómoda para **nosotras**»).
7. La presencia de las intérpretes ha propiciado un clima de confianza entre las partes. En un momento dado, el paciente comete lo que se podría considerar una amenaza a la imagen de la enfermera, puesto que le interrumpe para corregirle la pronunciación de su nombre (tabla 13), pero la respuesta de la enfermera es de agradecimiento por la corrección; hecho que no aparece en el encuentro no mediado (tabla 12).
8. Ambas intérpretes han respetado las estrategias de cortesía positiva en la mayoría de las ocasiones permitiendo la indagación (tabla 25 para hablar de la sedación; tablas 43 y 77 para observar lo que el doliente recuerda del momento en el hospital y tabla 51 sobre el estado del paciente) y facilitando los ofrecimientos (tablas 13 y 55 para ver el informe juntos; tablas 20, 21, 47 y 61 cuando posibilita concretar una nueva visita al paciente).
9. Ambas intérpretes han respetado las estrategias de cortesía negativa en la mayoría de las ocasiones, permitiendo el no presuponer, ni asumir (tabla 6 cuando la enfermera pregunta si quiere recuperarse, o tabla 53 cuando pregunta si fue el médico quien le dijo que retomase el tratamiento) y el ser directo sin imponer, a través de actos de habla indirectos, como son las peticiones (tabla 8, cuando la enfermera hace una petición para ampliar la información sobre lo que le dijeron los médicos cuando el paciente estaba en el hospital, o tabla 67, cuando el familiar pregunta si es posible que se le administre una dosis baja).
10. La intervención de la intérprete de inglés ha supuesto una pérdida de la imagen positiva de los interlocutores en tres ocasiones. La primera tiene lugar en el ejemplo recogido en la tabla 29, cuando la intérprete omite la información acerca de las creencias del familiar, por lo que no puede validarse, ni la enfermera puede expresarse de manera efectiva. La segunda pérdida ocurre cuando la enfermera trata de validar al doliente en su relato de culpabilidad por lo que ocurrió en el hospital, pero la intérprete omite la parte referente al despido y provoca una reducción de la validación que quiere expresar la enfermera y una sensación de baja aceptación del relato (tabla 45).

La tercera pérdida de la imagen positiva de la enfermera por un contrasentido de la intérprete se produce en un enunciado contenido en la misma tabla 45, cuando la enfermera indica que la sedación ayudará a que la madre haga el tránsito en paz, pero la intérprete lo traslada diciendo que la ayudará a que vivir en paz.

11. La intervención de la intérprete de inglés ha supuesto una reducción de la imagen positiva de la enfermera en la situación contenida en la tabla 35, cuando la intérprete omite una parte de la intervención de la enfermera («no podemos controlar la sintomatología») aunque sí traslada lo más importante de esta intervención, que es que no queda mucho tiempo para que fallezca. Otro momento en el que se reduce la imagen positiva de la enfermera es cuando la intérprete comete una omisión leve que impide la acogida incondicional que expresa hacia el doliente (tabla 41). También se observa una pérdida de la imagen positiva del paciente cuando la intérprete no traslada en su totalidad el dolor que expresa el paciente (tabla 6).
12. La intérprete de francés ha cometido una reducción de la imagen positiva de la enfermera en la tabla 57 cuando, tras la explicación de la enfermera sobre el tumor que tiene el paciente, la intérprete pide una repetición de la información y, al trasladarla tras la repetición, pierde información que se había emitido la primera vez. Lo mismo ha ocurrido cuando, tras una solicitud de la intérprete para que la enfermera repitiese la información relativa a la sedación, ha omitido la parte del pronóstico inminente (no queda mucho tiempo para que fallezca, tabla 69).
13. La intérprete de francés ha cometido una reducción de la imagen positiva del paciente cuando este pide disculpas e indica que necesita descansar y la intérprete solo traslada la petición de descanso (tabla 61).

En la segunda parte de la primera hipótesis nos planteábamos qué condiciones serían necesarias para que el intérprete mejorase la comunicación. Con la idea de incluir a todas las partes involucradas, se formuló el objetivo general 2 a través del cual nos proponíamos explorar la relación proveedor de servicios-intérprete-paciente-familiares y las expectativas de cada grupo para determinar en qué medida se manifiesta la necesidad de intérpretes. De los estudios presentados en los apartados 6.2, 6.3, 6.4 y 6.5 se desprenden las siguientes conclusiones:

1. Al contrastar los resultados de los estudios con profesionales sanitarios, estudiantes, usuarios extranjeros y dolientes, se detecta una gran necesidad de concienciación del trabajo del intérprete en estas situaciones para favorecer el proceso comunicativo (objetivo específico 2.1). Esta necesidad de concienciación queda patente en su desconocimiento acerca de las vías de acceso a intérpretes profesionales.

2. A pesar de que valoren como «muy importante» la comunicación con los pacientes en final de vida, con sus familiares y con los dolientes tras la pérdida, la mayoría de los profesionales han experimentado problemas comunicativos cuando han atendido a personas de otras culturas y/o lenguas y solo un porcentaje muy reducido han trabajado con intérpretes profesionales, siendo, en casi todos los casos, el paciente la parte contratante. No obstante, en estos casos lo han valorado como «una experiencia positiva» indicando que ha habido diferencias en el modo de conducir la sesión y, en su mayoría, sí pudieron preguntar todo lo que querían (*vid.* gráficos 17, 18 y 19). Por otro lado, las estrategias a las que han recurrido para solventar los problemas comunicativos han sido: intérpretes *ad-hoc*; otros compañeros sanitarios que tenían conocimientos –aunque fuesen básicos– en la lengua del usuario; el uso de traductores automáticos; o el uso del lenguaje no verbal. Sin embargo, aluden, en gran medida, a que no se han podido solventar dichos problemas comunicativos lo cual ha conllevado a un grado deficiente de comunicación, a una ausencia de la exploración de las emociones y al impedimento de la indagación y la validación de las necesidades de los usuarios y sus familiares. También se ha detectado una sensación de desconfianza hacia la interpretación puesto que la mayoría, al no haber trabajado con intérpretes profesionales, guardaban un recuerdo no satisfactorio por el uso de las estrategias no profesionales mencionadas. No obstante, en las encuestas y entrevistas sí se ha detectado una gran predisposición a recurrir a intérpretes profesionales por parte de los profesionales y los estudiantes participantes en el estudio cuantitativo (*vid.* cuadro 79, gráfico 14) y los profesionales entrevistados para el estudio cualitativo que han valorado la posibilidad de disponer de intérpretes profesionales en sus equipos de cuidados paliativos y duelo como «esencial, fenomenal, fabuloso o extraordinario» y que debería «llevarse a cabo cuanto antes».
3. Sobre las expectativas de los intérpretes profesionales, los resultados del estudio cuantitativo con encuestados profesionales indican que valoran, en su mayoría, por orden de importancia -aunque todos los parámetros se han valorado en un rango desde «importantes» a «extremadamente importantes»-, la confidencialidad, la transmisión de confianza, el respeto por las emociones, la transmisión de comodidad y naturalidad, la transmisión correcta y completa del mensaje, la fluidez y los conocimientos de la terminología específica.
4. Por otro lado, los estudiantes han valorado en el mismo rango dichas expectativas, aunque con algunas variaciones en comparación con los profesionales. A pesar de que la confidencialidad sea el parámetro valorado con una puntuación más alta, se aprecian más diferencias en los porcentajes sobre los conocimientos de la terminología donde solo un 37 % le otorga la puntuación máxima, así como a la fluidez en la transmisión del mensaje donde un 39,5 % lo ha calificado como extremadamente importante (*vid.* cuadro 87).

5. En las entrevistas con los profesionales también se han añadido otras expectativas como: la empatía; la transmisión del mensaje con veracidad y honestidad; la adaptación del mensaje al registro del usuario; el conocimiento de la cultura y las costumbres del usuario; el no hacer daño y respetar los ritmos del usuario; el saber respetar los silencios terapéuticos; el respeto por el lenguaje no verbal; el advertir de malentendidos; el conocimiento del contexto de actuación; la sensibilidad y predisposición; la cooperación para mantener el vínculo de confianza entre el usuario y los profesionales; la ayuda en tareas como la adaptación de la nutrición de una persona en final de vida a sus deseos y la participación en las sesiones clínicas y reuniones previas y posteriores a las visitas así como en las sesiones de cierre tras el fallecimiento de un paciente.
6. Aunque los profesionales entrevistados hayan sido divididos en nueve grupos (según su ámbito de actuación dentro del contexto de final de vida y duelo, *vid.* cuadro 32), la mayoría han indicado como expectativa principal el que el intérprete sea empático porque, en su opinión, a través de la empatía se consigue una mejor atención, un mayor acogimiento incondicional, respeto y autenticidad que son los pilares de la relación terapéutica. También se ha preguntado acerca de estos pilares en los bloques 4, 5 y 6 de las encuestas a profesionales y a estudiantes. Los resultados indican que ambos colectivos otorgan una gran importancia al lenguaje no verbal y a la empatía. Los profesionales han señalado como estrategias para conseguir empatía la escucha activa, la validación, el silencio terapéutico, el no juzgar, la compasión, el estar en sintonía con el atendido y el respetar los tiempos del otro.
7. En cambio, sí podemos agrupar las otras expectativas mencionadas por los profesionales entrevistados según el grupo al que pertenecen. Los informantes que trabajan en cuidados paliativos hospitalarios o en otras unidades hospitalarias relacionadas con el final de vida consideran prioritario que el intérprete traslade todos los matices del mensaje. Los profesionales de paliativos a domicilio indican que es esencial que el intérprete sepa adaptarse al contexto y muestre respeto, puesto que el estar en el domicilio del paciente supone entrar en su espacio más íntimo. Por otro lado, los informantes que trabajan en atención al duelo consideran prioritario que el intérprete «tenga ubicados» sus principios y sus valores y muestre sensibilidad y delicadeza con los temas tratados en una consulta individual o grupal en duelo. Estos grupos junto con los que trabajan en fundaciones o consultas privadas opinan que sería necesario mantener una charla previa con el intérprete.
8. El anterior punto está relacionado con otro de los planteamientos analizados: la utilidad de una charla previa (*briefing*) y posterior (*debriefing*). Para ello, los profesionales y los estudiantes han sido preguntados en base a unos parámetros acerca de si conocer a una de las partes podría contribuir de manera positiva o negativa al proceso o no tendría ningún efecto.

De las respuestas de profesionales y estudiantes extraemos que el que el intérprete y el profesional se conozcan, ya sea porque han interpretado más veces para el mismo paciente o porque han mantenido una conversación previa, sí afecta de manera positiva a la precisión de la terminología de especialidad, la exactitud del mensaje, mayor respeto por las emociones y empatía, mejor conocimiento del entorno situacional y del estado emocional del paciente, mejor gestión de la comunicación, mayor comodidad en la relación intérprete-profesional y reducción del nivel de estrés durante la comunicación del profesional y el paciente. El porcentaje de afectación negativa es mínimo, estando entre un 1 y un 6 % de las respuestas de los profesionales y entre un 1 y un 2,5 % de la de los estudiantes. En la otra situación planteada (si el intérprete y el paciente se conocen), también son mayores los porcentajes de afectación positiva en opinión de ambos grupos de informantes.

9. De las respuestas de las dos intérpretes participantes en el corpus de grabaciones, observamos que, en su opinión, el hecho de que el intérprete ya conozca al paciente beneficia, ya que estará familiarizado con el entorno situacional y emocional del paciente. El mismo resultado arroja la encuesta a profesionales y estudiantes quienes muestran que, además, se obtiene mejor manejo de los turnos de palabra y la gestión de la comunicación. Por tanto, para ellas, un *briefing* resultaría útil para conocer la situación y la temática y favorecer la precisión en la gestión de la comunicación. Además, también consideran el *debriefing* una estrategia facilitadora para compartir cómo observan los profesionales al paciente. Esta herramienta también podría contribuir a un mejor conocimiento del papel del intérprete.
10. Con estas conclusiones, observamos que no ha habido diferencias notables entre las respuestas de los estudiantes y los profesionales (objetivo específico 2.2), aunque en las preguntas relacionadas con la práctica profesional como el *briefing* o el *debriefing*, sí hay un porcentaje de respuestas entre el 6 y el 18 % que optan por la respuesta de «no sabe/no contesta».
11. Dentro de este segundo objetivo, el específico 2.3 estaba relacionado con examinar la percepción de los dolientes españoles tras acudir a grupos de ayuda mutua en duelo o a sesiones individuales. Junto a este objetivo específico, también planteábamos el 2.4 para detectar si hay necesidad de intérprete en estos servicios de ayuda al duelo, y si los posibles usuarios extranjeros residentes en España harían uso de estos servicios tras la pérdida de un ser querido. Por un lado, el estudio cuantitativo a los dolientes españoles también arroja conclusiones interesantes, puesto que todos los encuestados han valorado entre un 95 y un 100 % la ayuda recibida en cuanto a aliviar el sufrimiento, compartir sentimientos difíciles, afrontar la pérdida, poder adaptarse mejor a los cambios y retos de la nueva situación y encontrar un espacio de apoyo emocional. Además, la totalidad de los encuestados recomiendan la asistencia a los servicios de ayuda en duelo ya que la han valorado entre recomendable y totalmente recomendable (*vid.* gráficos 48 y 49).

Conviene recordar que estos resultados también son extrapolables a la situación actual de crisis sanitaria provocada por la COVID-19, puesto que un 7 % de los encuestados han sufrido una pérdida por dicha enfermedad, lo que ha permitido la valoración de los servicios de ayuda en duelo para este tipo de pérdida, aunque sea de forma incipiente.

12. Por otro lado, la segunda parte de la encuesta a dolientes arroja resultados muy esperanzadores ya que un 92 % afirma que se sentiría cómodo si una persona que no compartiese su misma lengua decidiese formar parte de su grupo con un intérprete. Además, conviene destacar que un 30 % puntualiza que conoce a alguna persona extranjera residente en España que pudiese necesitar este tipo de ayuda.
13. A este respecto, un 98,5 % de los profesionales sanitarios encuestados recomendarían la asistencia a un grupo de ayuda mutua en duelo como herramienta útil para personas extranjeras residentes en España que hayan tenido una pérdida, si hubiese recursos donde las barreras comunicativas no fuesen un obstáculo (*vid.* gráfico 39). Sin embargo, no conocen ningún grupo de ayuda en duelo o atención individual en España donde se atienda a personas extranjeras con intérprete (*vid.* gráfico 38).
14. En línea con la exploración de si los residentes extranjeros acudirían a dichos servicios, los resultados del estudio cuantitativo y cualitativo a dicho grupo de informantes nos permiten concluir que un 75 % sí ha experimentado una pérdida mientras residían en España, de los cuales un 71 % no han recibido ayuda en duelo y un 4 % sí la ha recibido, pero en su país de origen, con medicación o con apoyo familiar. En ningún caso han recibido apoyo en duelo a través de sesiones individuales o grupales en España. No obstante, un 70 % del total de encuestados sí conoce los servicios de ayuda en duelo, aunque solo el 5 % es consciente de que existen en España, a pesar de no haberlos utilizado debido a las barreras comunicativas y no porque la necesidad no sea latente. Por último, y como conclusión más destacable de esta parte, un 70 % de los que han sufrido una pérdida, sí acudirían si tuviesen un intérprete profesional, lo cual nos permite afirmar que sí hay demanda de dichos servicios. Esta conclusión también es corroborada por las entrevistas realizadas, puesto que la mayoría de informantes sí conocen el papel del intérprete profesional porque han recurrido a este para consultas sanitarias, a pesar de haberlo tenido que costear ellos mismos y, por consiguiente, manifiestan sentirse más cómodos y haber sentido mayor empatía en el ámbito médico-sanitario.
15. Por tanto, y en relación con los objetivos 2.3 y 2.4, donde más se ha detectado la necesidad de concienciación (puesto que no se ha dispuesto en ninguna ocasión de intérpretes profesionales, y existe un gran desconocimiento hacia dicha profesión), ha sido en los profesionales que trabajan en servicios de atención al duelo. Estos suelen llevarse a cabo en asociaciones o instituciones que se plantean cuestiones como la necesidad de conocer al intérprete anteriormente (por ser un contexto altamente sensible), la ubicación del intérprete en un grupo de atención al duelo y la forma de costear dichos servicios.

Sin embargo, todos los entrevistados de este campo sí estarían dispuestos a conocer la profesión del intérprete profesional y a ofrecer sus servicios a los dolientes que no comparten la lengua ni la cultura mayoritaria, siempre que puedan tener una conversación previa con el intérprete.

Como reflexión final a este segundo objetivo vinculado a la primera hipótesis, diríamos que el colectivo de profesionales que atienden en duelo es el que mayor necesidad de concienciación presenta por su total desconocimiento del papel del intérprete. En contraposición, los usuarios extranjeros residentes en España serían los que menos concienciación necesitarían, ya que sí están al corriente de las funciones del intérprete. No obstante, también se hace necesaria una puesta en marcha de estrategias de concienciación a los demás colectivos y un planteamiento de desarrollo de servicios de interpretación profesionales en las áreas de fin de vida y duelo, donde sí existe demanda constatada de una comunicación mediada.

En el presente trabajo también se planteó la delimitación de los posibles roles que puede adoptar el intérprete en situaciones de final de vida y duelo (objetivo general 3) por ser un parámetro con límites difusos y que puede variar de un contexto a otro según las necesidades y expectativas de cada área. De los comentarios y respuestas de los tres colectivos (intérpretes, profesionales y estudiantes) extraemos las siguientes conclusiones respecto del papel del intérprete en final de vida y duelo:

1. Al tratarse de áreas no exploradas anteriormente por las intérpretes participantes en el corpus de grabaciones, su percepción sobre el rol que han adaptado no se reduce a uno en concreto, sino que consideran que han variado según la situación. Para la intérprete de inglés, ha variado entre conductor, defensora del bienestar del paciente e intérprete-asistente-ayudante en la situación de malas noticias; conductor y defensora del bienestar en la situación de últimos días y defensora del bienestar del doliente e intérprete-asistente-ayudante en el seguimiento del duelo. Por otro lado, la intérprete de francés considera que ha actuado como defensora del bienestar del paciente y el familiar en la primera y segunda situación y como clarificadora lingüística e intérprete-asistente-ayudante en la tercera (*vid.* cuadro 65).
2. Las respuestas sobre la relevancia de cada rol en las situaciones propuestas tampoco han recibido el mismo orden por parte de las dos intérpretes participantes; ni el rol que han considerado más relevante se corresponde con el que estiman que han adoptado (*vid.* cuadro 66).
3. El rol propuesto en esta investigación (que era el de intérprete-asistente-ayudante, cuyas funciones, además de interpretar la consulta en sí, incluyen el facilitar la comunicación y el realizar otras labores como el acompañamiento, el seguimiento o la renarración de la consulta), sí ha recibido atención por parte de las intérpretes que consideran que lo han adoptado en tres de las seis situaciones si contabilizamos las tres situaciones de cada idioma interpretadas. También lo han

- considerado de relevancia media en cuatro situaciones y, en otras dos situaciones, lo han valorado con el grado máximo de relevancia.
4. Tampoco hay consenso entre los profesionales del estudio cuantitativo sobre el rol esperado del intérprete, puesto que todos los roles propuestos han recibido un porcentaje mayor o menor. Sin embargo, el rol que ha recibido un mayor porcentaje es el de intérprete-asistente-ayudante con un 60 %, seguido del de mediador, clarificador, conductor, defensor del bienestar del paciente y defensor del bienestar del profesional (*vid.* cuadro 86).
 5. Los porcentajes de preferencia sobre si el intérprete utilizase la primera persona o la tercera tampoco demuestran una visión clara, ya que un 52 % cree que se siente más cómodo si el intérprete utiliza la primera persona, frente a un 48 % que se decanta por la tercera persona.
 6. En las entrevistas con los profesionales se observa que la mayoría opta por un rol más bien activo pero neutral donde el intérprete sea un integrante más del equipo de cuidados paliativos.
 7. Se observa también una discrepancia entre los profesionales que atienden el duelo, pues se plantean un rol más activo en los grupos de ayuda mutua, pero un rol más neutro en los grupos de ayuda terapéutica. Consideramos que esta discrepancia puede deberse al desconocimiento de la figura del intérprete, dado que no hemos encontrado grupos de ayuda mediados por intérprete en España, tal y como hemos apuntado en las conclusiones al objetivo anterior.

Por tanto, aunque el rol de intérprete-asistente-ayudante propuesto en esta investigación haya sido el más valorado por los profesionales encuestados, no existe un consenso, ni en este colectivo, ni entre las dos intérpretes participantes, sobre cuál sería el deseado. Probablemente, estas discrepancias se deban a la ausencia de límites claros sobre las funciones del intérprete en las áreas de final de vida y duelo. De ahí que las estrategias de actuación deban a nuestro juicio explorar las necesidades de los profesionales involucrados en estas áreas y las bases de la interpretación con el fin de desarrollar un rol que permita esclarecer las funciones del intérprete como profesional al que se recurra en estas situaciones en pos del éxito comunicativo. No obstante, sí se puede considerar el rol propuesto como punto de partida para posteriores investigaciones.

Con la voluntad de ahondar en el bienestar del intérprete que se enfrenta a situaciones comunicativas altamente sensibles, se planteó en este trabajo la segunda hipótesis:

El intérprete puede sufrir estrés por interpretar en estas situaciones comunicativas altamente sensibles lo cual puede afectar a su producción durante el ejercicio de sus funciones y a su bienestar durante y después de su intervención.

A lo largo de esta investigación hemos intentado profundizar en este aspecto por lo que, a continuación, presentamos las conclusiones extraídas de acuerdo con el objetivo general 4 basado en la observación del nivel de estrés del intérprete en las situaciones planteadas, a fin de evaluar su estado emocional y bienestar:

1. Los instrumentos para medir el estado emocional y ansioso (PANAS y STAI) de las intérpretes antes y después de las situaciones interpretadas ha resultado productivo, pues partíamos de las percepciones de dos intérpretes cuyo estado emocional estable se vio alterado en algunos parámetros tras las interpretaciones. Por ejemplo, los parámetros «me siento calmada», «me siento alegre» y «me siento cómoda» han disminuido tras las interpretaciones en las tres situaciones en el caso de ambas intérpretes participantes. Además, los parámetros de «tensión», «intranquilidad» han aumentado en comparación con la puntuación otorgada antes de las interpretaciones. Estos resultados nos indican que interpretar en estas situaciones ha tenido un efecto en las intérpretes en los parámetros relacionados con las emociones negativas, por lo que su estado estable al comienzo se ha visto alterado tras las interpretaciones aludiendo a un estado más tenso, intranquilo e incómodo.
2. A pesar de estos hallazgos, del estudio cuantitativo se resalta que a las encuestadas todas las situaciones les han supuesto unos niveles de estrés elevados, estando las valoraciones entre 3 y 5 en una escala de cinco grados, cuya media de respuestas se sitúa en un nivel 4 (*vid.* gráfico 5). Además, han recalcado que interpretar en domicilio les ha supuesto un mayor nivel de estrés que en contexto hospitalario por ser la primera vez que se enfrentan a esta situación, por estar en un entorno más personal, intrusivo e intimidante para el usuario (*vid.* cuadro 68).
3. De sus respuestas también extraemos que el estrés ha sido un factor que ha modificado su intervención como intérpretes, aunque para cada una ha sido una situación distinta la valorada como más estresante. Para la intérprete de inglés ha sido la segunda –situación de últimos días– por dificultad en la terminología de especialidad y nerviosismo del familiar al tratar el tema de la sedación. Para la intérprete de francés, en cambio, la primera situación ha sido la más estresante por la dureza del mensaje a transmitir.
4. En cambio, en la tercera situación –seguimiento del duelo–, ambas consideran que, a pesar de la delicadeza necesaria para enfrentarse a la situación, el nivel de estrés ha sido menor porque ya conocían al doliente. Por tanto, este hallazgo estaría relacionado con el anterior en cuanto a los beneficios de un *briefing* entre el intérprete y el usuario que, en este caso, también ha favorecido la reducción del estrés.
5. En la valoración del bienestar posterior también influye significativamente el nivel de empatía según se desprende del grupo de discusión realizado con las intérpretes, ya que enfrentarse a dichas situaciones sin unos límites establecidos sobre cuán empático debe ser el intérprete, puede provocar que este traslade dichas situaciones a su entorno personal, lo cual es susceptible de provocar un descenso de su nivel de bienestar. Para la intérprete de francés, el que el usuario haya entendido toda la información sobre la mala noticia recibida prima sobre los otros factores y, si para ello, es necesario ser más empático, considera que así debe comportarse el intérprete.

6. Además, se aprecia el impacto en el bienestar de las intérpretes si analizamos sus respuestas a la pregunta sobre cómo se han sentido interpretando estas situaciones. La intérprete de inglés argumenta que «bastante insegura y nerviosa por pensar cómo le afectaría si fuese un familiar mío». Por otro lado, la intérprete de francés también se ha sentido mal «por tener que presenciar una situación desagradable de por sí» y, a su vez, cree que lo ha hecho lo mejor posible y que ha aportado amabilidad.
7. Al ser preguntadas sobre si interpretar con asiduidad en este contexto podría afectar al bienestar posterior, ambas afirman que sí, sobre todo, si no se cuenta con preparación y formación.
8. Según se desprende de estas tres últimas conclusiones, se requiere una reflexión sobre la empatía y una puesta en común con todas las partes involucradas en situaciones de final de vida y duelo a fin de que el intérprete no vea su bienestar afectado.

A pesar de que la muestra haya sido reducida (dos intérpretes y seis situaciones comunicativas) y por tanto sus conclusiones no son extrapolables a cualquier intérprete en cualquier situación de final de vida y duelo, sí se valida la segunda hipótesis planteada como punto de partida para un estudio en profundidad y con una muestra mayor del nivel de estrés que ocasionan dichas situaciones, ya que ambas actantes han visto afectada tanto su producción durante el ejercicio de sus funciones, como su bienestar durante y después de su intervención.

Con el fin de profundizar en el aspecto del estrés y el bienestar, la tercera hipótesis se refiere al impacto que puede tener sobre el intérprete el haber atravesado una situación similar:

El intérprete es susceptible de incrementar la calidad de la interpretación y de agravar el estrés si está atravesando una situación cercana similar a la interpretada en estas situaciones, es decir, el que el intérprete esté elaborando un duelo puede actuar como un factor favorecedor del éxito comunicativo porque el intérprete es conocedor de la situación, pero al mismo tiempo puede modificar su nivel de estrés y/o bienestar posterior. Por el contrario, si el intérprete ha elaborado adecuadamente una situación cercana similar a la interpretada en estas situaciones puede mejorar las hipótesis 1 y 2 porque, al tener ya elaborado el duelo, puede aumentar el éxito comunicativo, la calidad y, por consiguiente, tendrá menos estrés, y/o controlará mejor su bienestar posterior porque contará con estrategias de afrontamiento.

Esta tercera hipótesis se concretó en el objetivo general 5 enfocado a explorar si, en el caso de que el intérprete esté sufriendo una situación similar, esto podía añadir estrés y afectar a la calidad de la interpretación y al bienestar posterior del intérprete. Esta hipótesis se matiza a través del objetivo específico 5.1 (conocer la percepción de los profesionales sanitarios involucrados en el contexto de final de vida y duelo) y del objetivo específico 5.2 (conocer la percepción de las intérpretes participantes sobre el impacto de interpretar con asiduidad en estos contextos).

Para la verificación o refutación de la tercera hipótesis planteamos esta cuestión en el estudio cualitativo con los profesionales sanitarios y en el cuantitativo con los intérpretes participantes. A continuación, presentamos sus conclusiones:

1. La mayoría de los profesionales sanitarios entrevistados consideran que el haber atravesado una situación similar puede ser positivo para estar en mayor sintonía y para aumentar la empatía con el doliente, el conocimiento del contexto, la sensibilidad del intérprete y el éxito comunicativo. Esta circunstancia favorable se da siempre y cuando el intérprete profesional haya integrado la enfermedad de un familiar cercano o haya elaborado su duelo de manera sana. Conviene matizar que con «elaboración del duelo» nos referimos a la integración de la pérdida en su vida diaria, sin interrupciones para su bienestar derivadas de su trabajo profesional y a las herramientas para ventilar las emociones de las que dispone el profesional cuando una situación resuena en su interior.
2. Algunas matizaciones caben aquí, como el que el intérprete no debe dar consejos, aunque haya atravesado por una situación similar; o que es posible que haya una mayor implicación emocional, si bien se debe separar del plano profesional.
3. El estar atravesando una situación similar cercana a la interpretada puede afectar a su nivel de estrés, bienestar posterior y afrontamiento, según la opinión de la mayoría de los profesionales sanitarios participantes en el estudio cualitativo.
4. La mayoría de profesionales que trabajan en el entorno hospitalario y domiciliario considera que el que el intérprete fuese un integrante más del equipo podría permitirle asistir al cierre de casos tras un fallecimiento para participar en la ventilación del estado emocional.
5. Aunque no sea una muestra representativa, consideramos relevante que dos de los cinco entrevistados del grupo de dolientes (que dirigen grupos de ayuda mutua) indiquen que, si el intérprete está atravesando una situación en su entorno cercano, su participación como intérprete en el grupo de ayuda mutua podría ser beneficioso para su experiencia personal.
6. En cambio, los entrevistados que dirigen grupos de ayuda terapéuticos consideran que primero es necesario que el profesional elabore e integre su situación personal para que no haya interferencias a la hora de interpretar.
7. Ninguno de los entrevistados considera que puede ser negativo el que el intérprete haya pasado por una situación similar e interprete con asiduidad en este contexto, a no ser que la situación del usuario se proyecte demasiado en el intérprete e interfiera en el ejercicio de sus funciones. En ese momento el profesional debería solicitar una baja laboral y ayuda en la gestión emocional del afrontamiento.
8. El carácter de la persona, la situación, el tipo de pérdida, las circunstancias, la edad, la cultura y los estigmas se consideran factores influyentes para la gestión del estrés y el bienestar del intérprete que haya atravesado o esté atravesando una situación similar a la interpretada.

9. Las dos intérpretes entrevistadas (sin haber experimentado una situación similar cercana a las interpretadas), consideran que el haber pasado una situación similar podría aumentar la calidad de la interpretación por tener un mayor conocimiento del contexto al que se enfrentan. Matizan que también puede depender del carácter más o menos empático del intérprete o de si ha adquirido formación específica.

Tras la exposición de las conclusiones a las que hemos llegado tras el cumplimiento de los objetivos 5, 5.1 y 5.2, podemos afirmar que la hipótesis tercera se ha verificado parcialmente, puesto que no se puede concluir que, si el intérprete está atravesando una situación similar a la interpretada, puede aumentar el éxito comunicativo. No obstante, sí hay indicios de que podría afectar a su bienestar posterior, si la situación interpretada provoca demasiadas interferencias con la situación personal. Por otro lado, sí se confirma la segunda parte de esta hipótesis, ya que la mayoría de informantes considera que el haber elaborado adecuadamente una situación cercana similar a la interpretada, puede mejorar la calidad de la comunicación mediada en contextos de final de vida y duelo y puede contribuir a una mejor gestión del estrés y al bienestar durante el ejercicio de sus funciones y a posteriori.

Un elemento transversal al planteamiento de las anteriores hipótesis y objetivos es la formación. De ahí que la cuarta hipótesis esté relacionada con la formación especializada:

El hecho de que el intérprete cuente con una formación previa en estas áreas puede contribuir a la mejora de la calidad de la comunicación mediada, a un mejor manejo del estrés y al desarrollo de estrategias para el bienestar posterior. Finalmente, como resultado indirecto, puede contribuir a profesionalizar la interpretación en estos contextos.

Para su análisis nos propusimos el objetivo específico 6: verificar en qué medida el conocimiento y la formación especializada pueden contribuir mejorar la comunicación mediada, el manejo del estrés y la profesionalización de la interpretación. Para ello, recabamos la opinión de los profesionales sanitarios sobre los contenidos que deberían figurar en una formación específica para el intérprete en estas situaciones. A través de dicha exploración (mediante el estudio cualitativo y cuantitativo a profesionales) alcanzamos las siguientes conclusiones:

1. De los 71 profesionales entrevistados, solamente 2 consideran que no acudirían a una formación conjunta con intérpretes, puesto que uno de ellas ha trabajado anteriormente con una mediadora y considera que posee los conocimientos suficientes para trabajar con intérpretes, y otro profesional de atención en duelo no acudiría por no haber detectado en su asociación la demanda de servicios de interpretación. Por otro lado, de los 205 profesionales encuestados, 160 sí acudirían a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes. Por tanto, podemos concluir que un 83 % del total de los profesionales participantes, tanto en el estudio cualitativo, como en el cuantitativo, sí estaría interesado en acudir a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes; hecho que denota su interés hacia dicha figura profesional.

2. Este interés también es notable en las respuestas de los estudiantes donde un 95 % opta por acudir a una formación (240 de 243 participantes).
3. Todos los participantes profesionales, acudiesen o no a una formación con intérpretes, han señalado los contenidos que consideran que debería incluir una formación de este tipo. El cuadro 90 resume las opciones aportadas por los profesionales encuestados, las cuales se agrupan en torno a los pilares de la relación terapéutica (respeto, acogida incondicional y autenticidad). La mayoría se centrarían en trabajar la empatía, la escucha activa, el respeto por los silencios, el no juzgar, el acompañamiento emocional y el respeto por los tiempos del usuario. También incluirían aspectos relacionados con el duelo (qué decir y qué no decir, el autocuidado, cómo crear un entorno de tranquilidad y comodidad, las necesidades relacionales de la persona en duelo, los tipos de duelo y afrontamientos) así como aspectos transversales (cómo comunicar malas noticias, qué puede aportar el lenguaje no verbal y los aspectos antropológicos del sufrimiento en una situación de últimos días y el autocuidado).
4. Estos bloques formativos también han sido mencionados por los profesionales entrevistados destacando la empatía y la confidencialidad. Aunque no se han observado grandes diferencias en la formación que incluirían según el grupo al que pertenecen, sí hemos recopilado algunos datos relevantes:
 - a. Los profesionales sanitarios de paliativos a domicilio consideran más relevante el respeto por el entorno íntimo del usuario (ya que se encuentra en su zona de confort) y las pistas indirectas que aparezcan en el domicilio. También mencionan la importancia de cómo saber retirarse, cómo no tomarse nada personal y cómo acompañar en un final de vida.
 - b. Los profesionales sanitarios de paliativos hospitalarios destacan la inclusión de un bloque formativo sobre cómo trabajar en equipo (elaboración de una planificación anticipada y el conocimiento de los protocolos establecidos) y cómo abordar la espiritualidad y el respeto por las creencias del paciente.
 - c. Estos dos grupos también recomiendan la formación en cómo detectar pactos de silencio y cómo abordarlos.
 - d. Para los profesionales de distintas especialidades en entorno hospitalario es esencial que el intérprete esté familiarizado con el funcionamiento de un hospital, las derivaciones, la burocracia y la terminología de especialidad. Además, destacan su necesidad de disponibilidad de intérpretes en todos los turnos y días y que el intérprete colabore en la adaptación de la atención a la cultura del paciente.
 - e. Los profesionales sanitarios en fundación o asociación impartirían un módulo formativo centrado en cómo mantener una vinculación y cómo acompañar emocionalmente, puesto que algunos de sus usuarios acuden cuando todavía no están en final de vida, pero a quienes se les ha diagnosticado una enfermedad con pronóstico paliativo en un futuro, o sin curación (por ejemplo, las enfermedades neurodegenerativas, parálisis cerebral o esclerosis lateral amiotrófica).

De ahí la necesidad de incluir los aspectos traumáticos del momento en el que se les comunicó la mala noticia.

- f. Aunque los profesionales en consulta privada no hayan tenido apenas contacto con intérpretes profesionales, señalan en sus entrevistas que incluirían un módulo de gestión de la comunicación.
 - g. Los profesionales sanitarios que ejercen sus funciones de forma exclusiva en asociación de acompañamiento al duelo y los que lo combinan con el ámbito hospitalario tratarían temas asociados al autoconocimiento y el autocuidado, así como las reacciones de los dolientes como la negación, los modos de afrontamiento, los procesos de duelo, la práctica de la escucha activa, el cómo establecer un vínculo y que la confianza perdure. Además, los que combinan su trabajo en cuidados paliativos tanto hospitalarios como domiciliarios con el acompañamiento en el duelo, añaden que trabajarían el cómo ser auténtico que englobaría el no mentir, no dar falsas esperanzas, no anticiparse y dejar que el usuario marque sus tiempos.
 - h. Los profesionales no sanitarios con formación en duelo consideran muy importante trabajar la relación de ayuda y el lenguaje emocional, así como las necesidades relacionales de los dolientes (ser escuchados, ser validados, sentirse acogidos en su vulnerabilidad y permitirles hablar de sus seres queridos a su ritmo).
 - i. Los profesionales en ayuda al duelo por suicidio incluirían un apartado formativo para conocer el suicidio y su multifactoriedad, los mitos y los prejuicios sobre este tipo de muerte y el impacto por pérdidas traumáticas.
 - j. Por último, los dolientes que facilitan grupos de ayuda mutua centrarían la formación en practicar la escucha activa, el cómo sostener a la otra persona y el que la propia vivencia no interfiera ni condicione la facilitación del grupo.
5. Las dos intérpretes participantes en el corpus de grabaciones valoran la necesidad de formación específica en interpretación en contextos de malas noticias, últimos días y duelo con el mayor grado de necesidad (*vid.* gráfico 6).
 6. Desde el punto de vista de las intérpretes, las necesidades que detectan al interpretar en contextos de final de vida y duelo y que consideran que deberían tratarse en un módulo formativo especializado son: la gestión emocional y el autocuidado, la empatía, las fases del duelo, los tipos de reacciones de los usuarios y las expectativas de los profesionales sanitarios respecto de los intérpretes.

Por tanto, si se atiende a la totalidad de las aportaciones de los profesionales involucrados en final de vida y duelo, parece que la cuarta hipótesis quedaría verificada puesto que intuyen que, si el intérprete cuenta con una formación previa especializada, mejorará la calidad de la comunicación mediada, el manejo del estrés y el bienestar posterior.

No obstante, para su verificación absoluta, y valorar en qué medida el conocimiento y la formación especializada contribuirían a la mejora de la comunicación mediada, se tendría que plantear una formación conjunta con las propuestas planteadas en el estudio cualitativo y comprobar a posteriori los beneficios obtenidos.

Por otro lado, también planteábamos que un resultado indirecto sería contribuir a la profesionalización de la interpretación en los mencionados contextos. Se puede corroborar que así sería, ya que la mayoría de entrevistados apuntan a que la entrevista les ha supuesto una reflexión que no se habían planteado anteriormente.

A la luz de las conclusiones presentadas y de los resultados sobre los que se sustentan, se puede confirmar el cumplimiento de la primera hipótesis de partida. En ella se planteaba, en primer lugar, que la intervención del intérprete era susceptible de mejorar la comunicación interlingüística; hecho que podemos verificar con las conclusiones del estudio comparativo donde la mayoría de prestaciones se han clasificado como aproximadas y adecuadas. Es decir, casi todos los objetivos se han completado sin dificultades y solo en momentos puntuales ha habido información esencial que no se ha trasladado. Solo se han apreciado mínimas distorsiones en cuanto a omisiones y las intérpretes se han mostrado bastante empáticas, han generado un clima de confianza y comodidad entre las partes y el registro y el estilo han sido adecuados. Además, ambas han respetado las estrategias de intervención propias de las situaciones comunicativas y han mantenido la cortesía en la mayoría de las ocasiones.

La cortesía, que se planteaba en la segunda parte de la hipótesis, queda verificada con las conclusiones que se desprendían del segundo objetivo. Por tanto, podemos afirmar (tras el estudio cuantitativo y cualitativo con los profesionales que atienden a pacientes extranjeros en España en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo) que el no compartir el idioma del usuario supone una circunstancia que amenaza la imagen propia y la del usuario provocadas por la pérdida de información. De ahí que el recurrir a un intérprete sea una acción compensatoria para preservar la imagen negativa tanto del proveedor de servicios (porque puede adquirir información y expresarse de manera efectiva), como del usuario (porque puede ser escuchado y recibir apoyo verbal y emocional), aunque suponga, en algunas ocasiones, una pérdida o una reducción de la imagen positiva por omisiones de información por parte del intérprete.

Por último, en vista de todo lo expuesto anteriormente, se desprende que la interpretación profesional es susceptible de mejorar la comunicación siempre y cuando se cumplan determinadas condiciones como: que el intérprete cuente con formación especializada, disponga de herramientas para el autocuidado por enfrentarse a situaciones altamente sensibles y que la parte proveedora de servicios facilite el trabajo en equipo. Sin embargo, por norma general, esta comunicación se realiza sin intérpretes a pesar de que los estándares sean insatisfactorios tal y como se puede constatar en los intercambios no mediados del corpus de grabaciones de esta investigación.

En este sentido, a pesar de que una de las limitaciones de este trabajo sea el corpus de grabaciones (no lo suficientemente extenso para conseguir una muestra representativa) dicha limitación se ha intentado suplir con la inclusión de varios estudios de campo cuantitativos y cualitativos, por lo que sí estamos en calidad de radiografiar la situación actual de la interpretación en final de vida y duelo en España. Por un lado, nos encontramos con unos profesionales involucrados en final de vida y duelo que demandan servicios de interpretación profesionales, ya que en el ámbito domiciliario los intérpretes en su mayoría son *ad-hoc* (familiares, vecinos e incluso hijos menores de los pacientes) lo que dificulta la garantía de una correcta atención e intervención. Por otro lado, todos los años son muchos los egresados en Traducción e Interpretación que no pueden acceder a la interpretación en el ámbito médico-sanitario público, puesto que su contratación depende de los usuarios que no siempre pueden costearse estos servicios, lo cual dificulta una atención en final de vida y duelo eficiente por la comunicación limitada. Además, los servicios de ayuda en duelo al ser ofrecidos en entornos no hospitalarios (como son asociaciones o fundaciones), acarrear el desconocimiento de la existencia de dichos servicios por parte de los dolientes extranjeros y, por consiguiente, una barrera de acceso a pesar de la necesidad constatada en esta investigación. Los intérpretes profesionales que sí trabajan en este ámbito se enfrentan a situaciones complicadas en cuanto a ética, implicación y límites de actuación que dificultan la toma de decisiones adecuadas que, en muchas ocasiones, quedan relegadas a su intuición e improvisación.

A través de esta tesis se ha pretendido visibilizar la situación actual para desarrollar una estrategia de actuación conjunta que posibilite una comunicación de calidad mediada por un intérprete profesional especializado en situaciones de malas noticias, últimos días y duelo en España.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7.2 Aportaciones y futuras líneas de investigación

Al abordar este trabajo una cuestión novedosa como es la interpretación en final de vida y duelo, quisiéramos terminar con las aportaciones más destacadas y las posibles líneas de investigación futuras.

Un modelo para el análisis comparativo, sociopsicológico y pragmalingüístico de situaciones de malas noticias, últimos días y duelo con y sin intérprete

En vista de la ausencia de un modelo que combinase el análisis de las situaciones comunicativas propuestas desde un punto de vista pragmalingüístico y psicoterapéutico, se hizo necesaria la confección de un modelo propio que reuniese todas las vertientes implicadas en el ámbito de la interpretación en final de vida y duelo.

De este modo, se plantea un modelo comparativo que permite observar las diferencias entre una misma situación mediada por intérprete y sin mediar. Su dimensión sociopsicológica reside en las fórmulas de tratamiento, la expresión de las emociones y la intención comunicativa. La dimensión pragmalingüística incluye la influencia del contexto en la interpretación del significado y los factores lingüísticos que condicionan el uso del lenguaje.

El modelo de análisis presenta cinco vertientes. Las bases las conforman la vertiente de estrategias de intervención desde la psicoterapia adaptadas a las situaciones de malas noticias, últimos días y duelo y la vertiente de estrategias de cortesía. Ambas vertientes contienen parámetros que pueden coincidir simultáneamente como la indagación (estrategia de cortesía positiva) y el identificar atribuciones (estrategia de intervención psicoterapéutica) con el objetivo de buscar el entendimiento mutuo. Las tres vertientes restantes son elementos transversales como el tratamiento de las emociones a través de la empatía y la acogida incondicional; la comunicación no verbal y paraverbal; y la gestión de la comunicación. Para una mejor comprensión, véase la siguiente figura:

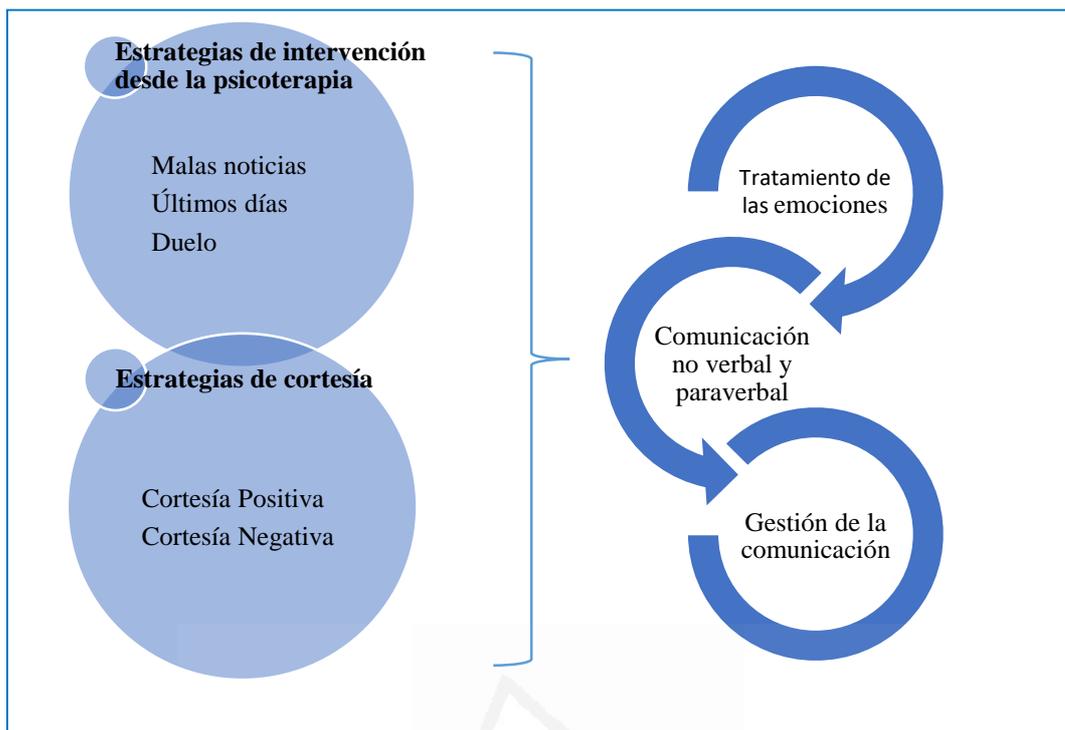


Figura 9. Bases y elementos transversales del modelo de las cinco vertientes

Aunque su forma se concrete en cinco vertientes, una línea de investigación futura puede incluir la aplicación de las vertientes propuestas a otras situaciones dentro del campo de final de vida y duelo. Incluso una ampliación del número de estudios sobre las mismas situaciones contribuiría a establecer conclusiones más generalizadoras.

Plan de propuesta de formación especializada

A lo largo de este trabajo se ha tratado la formación especializada como factor necesario para aumentar la calidad de la interpretación mediada, así como para facilitar la gestión del estrés y garantizar un estado de bienestar del intérprete. Dicha formación podría contribuir a la profesionalización del intérprete en este contexto.

A partir de los datos recopilados, ofrecemos una guía (a modo de propuesta) de módulos que una formación especializada podría contener.

TABLA DE CONTENIDO	
1. Cómo dar malas noticias	
Cuidar el nivel macro-espacial	
Centrar la atención en el usuario y su entorno	
Ser congruente (no mentir, no dar falsas esperanzas, no anticiparse)	
Informar respetando las necesidades y el ritmo de información del paciente	
Amortiguar el impacto emocional tras el pronóstico	
Facilitar la toma de decisiones informadas	
2. La relación de ayuda	
Respeto	
Acogida incondicional	
Autenticidad	
Vinculación	
3. El tratamiento de las emociones	
Facilitar la expresión emocional	
Empatía	
Sintonía	
Compasión	
4. El autocuidado	
Herramientas de ventilación	
Facilitar el afrontamiento	
Estrategias para la gestión del estrés	
5. La gestión de la comunicación	
Necesidades y papel del proveedor de servicios	
Necesidades y papel del intérprete	
6. El contexto de actuación	
Funcionamiento de un hospital, centro sanitario, asociación o fundación	
Funcionamiento de un grupo de ayuda en duelo	
Conocimiento de la burocracia	
7. El duelo	
Tipos de duelo	
Afrontamientos	
Traumas y apegos	
Necesidades relacionales	
8. Conceptos transversales	
Antropología del sufrimiento	
Mitos, prejuicios y estigmas de la muerte y el duelo	
Espiritualidad	
Aspectos culturales	

Cuadro 166. Guía de módulos formativos

Un programa formativo de este tipo podría materializarse en un curso de experto o en un módulo de especialización dentro de programas dirigidos a traductores e intérpretes. Desde una perspectiva investigadora, este programa formativo daría pie a estudios comparativos con estudiantes e intérpretes profesionales o con intérpretes profesionales especializados frente a los que no hubiesen recibido dicha formación.

Decálogo del intérprete en contextos de final de vida y duelo

Uno de los aspectos que genera más controversia es el del papel del intérprete ya que influye en las expectativas de los interlocutores y también en la calidad de la interpretación. En la presente investigación se ha propuesto el rol de «intérprete-asistente-ayudante» aunque futuros estudios indagarán seguramente en el rol deseado y qué funciones englobaría. Como punto de partida para la reflexión acerca del rol, a continuación presentamos un decálogo de buenas prácticas para el intérprete en contextos de final de vida y duelo, a raíz de los resultados obtenidos en esta investigación:



Figura 10. Decálogo de buenas prácticas

La investigación en esta materia también puede centrarse en el análisis del impacto que provoca el uso de hijos menores de pacientes como intérpretes en estas situaciones, línea denominada *child language brokering* (CLB). Otra línea podría ser el desarrollo de grupos de apoyo para intérpretes (*reflective support groups*) que se enfrentan a situaciones de este tipo como herramienta para reflexionar sobre complicaciones ocurridas o dilemas que se han planteado y valorar su utilidad. En definitiva, cualquier estudio encaminado a la profesionalización de la interpretación en contextos de final de vida y duelo podría contribuir a una mejora sustancial de la situación actual.

Con la esperanza de haber realizado una aportación al campo casi inexplorado de la interpretación en final de vida y duelo –hasta la fecha carente de protocolos para el correcto desarrollo de la práctica profesional de la interpretación que permitan mejorar la situación de los usuarios extranjeros residentes en España y de los profesionales implicados– se da por finalizada la presente tesis doctoral.



Cuando hablamos de comunicación,
hablamos globalmente partiendo del axioma que dice
que es imposible no comunicar
porque comunicamos, aunque estemos callados.
(Informante 20, médico paliativista en hospital)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

BIBLIOGRAFÍA

- Abad Colom, María. 2019. *La interpretación de conferencias en el ámbito de las ciencias de la Salud en España: situación actual y desafíos derivados del uso del inglés como lingua franca*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Abraham, Diane; Nelson Cabral y Anita Tancredi. 2004. *A Handbook for Trainers: Language interpreting in the healthcare sector*. Toronto: Healthcare Interpretation Network.
- Abril Martí, María Isabel y Anne Martin. 2011. “La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes”. En: García Castaño, Francisco Javier y Nina Kressova (eds.) 2011. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*, págs. 1521-1534. ISBN 978-84-921390-3-3.
- Abril Martí, María Isabel. 2006. *La interpretación en los servicios públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada. <http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>
- Acedo, Miriam. 2016. *Communication, cancer and culture. Comunicación de malas noticias al paciente oncológico y su relación con la influencia cultural en la experiencia del cáncer*. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura. DOI: 10.13140/RG.2.2.10521.83042.
- Achugar, Mariana. 2002. “Piropos, cambios en la valoración del grado de cortesía de una práctica discursiva”. En: Placencia, María Elena y Diana Bravo (eds) 2002. *Actos de habla y cortesía en español*. Munich: Lincom Europa, pp. 175-192.
- Acosta, Frank X. y Martha Cristo. 1981. “Development of a bilingual interpreter programme: an alternative model for Spanish-speaking services”. *Professional Psychology* 12, pp. 474-481.
- Adams, Christine; Ann Corsellis y Anita Harmer. 1995. *Basic handbook for trainers of public service interpreters*. Cambridge/Londres: Nuffield Foundation & Institute of Linguistics Educational Trust.
- Adams, Heather y Ligia Rosales-Domínguez. 2017. “Three perspectives on interpreting and stress. The experts, the novices, and the trainees”. En: Lyda, Andrzej y Katarzyna Holewik (eds) 2017. *Interdisciplinary encounters: Dimensions of interpreting studies*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Slaskiego, pp. 60-71.
- Ademac, Robert. 1991. “Partial kindling of the ventral hippocampus: identification of changes in limbic physiology which accompany changes in feline aggressions and defense”. *Physiology and Behaviour* 49, pp. 443-454.
- Aebischer Perone, Sigiriya; Ratko Nikolic; Radmila Lazic; Emira Dropic; Thomas Vogel; Bernard Lab; Sarah Lachat; Patricia Hudelson; C. Matis; Sophie Marie Pautex y François Chappuis. 2018. “Addressing the needs of terminally-ill patients in Bosnia-Herzegovina: patients’ perceptions and expectations”. *BMC Palliative Care* 17:123.
- Afghani, Behnoosh; Shabnam Besimanto; Alpesh Amin y Johanna Shapiro. 2011. “Medical students’ perspectives on clinical empathy training”. *Education for Health Change in Learning and Practice* 24:1, pp. 544.

- Agger-Gupta, Niels. 2001. *From "making do" to established service, the development of health care interpreter services in Canada and the United States of America: A grounded theory study of health organization change and the growth of a new profession*. Tesis Doctoral. Santa Barbara: Fielding Graduate Institute.
- Aguilar-Solano, María. 2015. "Non-professional volunteer interpreting as an institutionalized practice in healthcare: a study on interpreters' personal narratives". *Translation & Interpreting* 17:3, pp. 132-148.
- Ahluwalia, Sangeeta; Christine Chen; Laura Raaen; Aneesa Motala; Anne Walling; Margaret Chamberlin; Claire O'Hanlon; Jody Larkin; Karl Lorenz; Olamigoke Akinniranye y Susanne Hempel. 2018. "A systematic review in support of the national consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care". *Journal of pain and symptom management* 56:6, pp. 831-870. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30391049/>
- Ainsworth, Mary Salter; Mary Blehar; Everett Waters y Sally Wall. 1978. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Akhtar, Salman. 2006. "Technical challenges faced by the immigrant psychoanalyst". *Psychoanalytic Quarterly* 75:1, pp. 21-43.
- Abi-Mikasa, Michaela. 2020. "Interpreters' roles and responsibilities". En: Angelone, Erik; Maureen Ehrensberger-Dow y Garv Mashev (eds.) 2020. *The Bloomsbury companion to language industry studies*. Londres: Bloomsbury Academic, pp. 91-114. ISBN 978-1-3500-2493-9.
- Alcaraz Varó, Enrique. 1993. "La lingüística y la metodología didáctica de las lenguas extranjeras". En: García Hoz, Víctor (ed.) 1993. *Enseñanza y aprendizaje de las lenguas modernas*. Madrid: Rial, pp. 19-108.
- Alexander, Claire; Rosalind Edwards; Bogusia Temple; Usha Kanani; Liu Zhuang; Mohib Miah y Anita Sam. 2004. *Accessing services with interpreters: User views*. York: Joseph Rowntree Foundation/York Publishing Services.
- Alexieva, Bistra. 1997. "A Typology of Interpreter-Mediated Events". En: Pöchhacker, Franz y Miriam Shlesinger (eds.) 1997. *The Interpreting Studies Reader*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 219-233.
- Ali, Parveen Azam y Roger Watson. 2018. "Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: nurses' perspectives". *Journal of Clinical Nursing* 27, pp. 5-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29193568/>
- Allué, Marta. 1998. "La ritualización de la pérdida". *Anuario de Psicología* 29:4, pp. 67-82.
- Alonso Araguás, Iciar y Gertrudis Payás Puigarnau. 2008. "Sobre alfaqueques y nahuatlitos: nuevas aportaciones a la historia de la interpretación". En: Valero Garcés, Carmen (ed.) 2008. *Investigación y práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos. Desafíos y alianzas*. Universidad de Alcalá, pp. 39-52.
- Altman, Janet. 1994. "Error analysis in the teaching of simultaneous interpretation: a pilot study". En: Lambert, Sylvie y Barbara Moser Mercer (eds.) 1994. *Bridging the Gap. Empirical Research in Simultaneous Interpretation*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins Translation Library, pp. 25-38.
- Álvarez Muro, Alexandra. 2010. "Cortesía y cultura: traducir la (des)cortesía". *Núcleo* 27, pp. 22-27.
- Álvarez, Mónica; María Angels Claramunt; Cristina Silvente y Laura García Carrascosa. 2012. *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Santa Cruz de Tenerife: OB STARE.

- Álvaro Aranda, Cristina y Raquel Lázaro Gutiérrez. 2021. “La formación en interpretación sanitaria y su camino hacia la profesionalización: un análisis de itinerarios formativos propuestos desde distintas entidades de España”. *Panace@* 22:53, pp. 69-77.
- Amato, Amalia. 2018. “Challenges and solutions. Some paradigmatic examples”. En: Amato, Amalia; Nicoletta Spinolo y María Jesús González Rodríguez (eds) 2018. *Handbook of remote interpreting – SHIFT in orality*. Bologna: Università de Bologna, pp. 79-101-.
- Ambroggi, Massimo; Claudia Biasini; Ilaria Toscani; Elena Orlandi; Raffaella Berte; Martina Mazzari y Luigi Cavanna. 2018. “Can early palliative care with anticancer treatment improve overall survival and patient-related outcomes in advanced lung cancer patients? A review of the literature”. *Supportive Care in Cancer* 26:9, pp. 2945-2953.
- Amini, Mansour; Noraini Ibrahim González y Leelany Ayob. 2013. “Quality of interpreting from users’ perspectives”. *International Journal of English and Education* 2:1, pp. 89-98.
- Anderson, Laurie. 2012. “Code-switching and coordination in interpreter-mediated interaction”. En: Baraldi, Claudio y Laura Gavioli (eds) 2012. *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 115-148.
- Andrulis, Dennis y Cindy Brach. 2007. “Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations”. *American Journal of Health Behaviour* 31:1, pp. 122-133.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091931/>
- Angelelli, Claudia Viviana. 2001. *Deconstructing the invisible interpreter: a critical study of the interpersonal role of the interpreter in a cross-cultural/Linguistic communicative event*. Tesis doctoral. Stanford university.
- Angelelli, Claudia Viviana. 2003. “The interpersonal role of the interpreter in cross-cultural communication”. En: Brunette, Louise; Georges Bastin; Isabelle Hemlin y Heather Clarke (eds.) 2003. *The Critical Link 3: interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 16-26.
- Angelelli, Claudia Viviana. 2004a. *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: University Press.
- Angelelli, Claudia Viviana. 2004b. *Revisiting the interpreter’s role. a study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. San Diego State University: John Benjamins.
- Angelelli, Claudia. 2008. “The role of the interpreter in the healthcare setting. A plea for a dialogue between research and practice”. En: Valero Garcés, Carmen y Anne Martin (eds.) 2008. *Crossing borders in community interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 147-163.
- Angelelli, Claudia. 2015. “Justice for all? Issues faced by linguistic minorities and border patrol agents during interpreted arraignment interviews”. *MonTi* 7, pp. 181-205.
- Angelelli, Claudia y Holly Jacobson (eds.). 2009. *Testing and Assessment in Translation and Interpreting Studies*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Angermeyer, Philipp Sebastian. 2013. “Multilingual speakers and language choice in the legal sphere”. *Applied Linguistics Review* 4:1, pp. 105-126.

- Anssari Naim, Saida. 2020. "Interpretación social y accesibilidad. Una propuesta de conexión disciplinar." En: Richart Maset, Mabel y Francesca Calamita (eds.) 2020. *Traducción y Accesibilidad en los medios de comunicación: de la teoría a la práctica / Translation and Media Accessibility: from Theory to Practice*. *MonTI* 12, pp. 418-439.
- Antinucci, Giuseppina. 2004. "Another language, another place: To hide or to be found?". *International Journal of Psychoanalysis* 85:5, pp. 1157-1173.
- Antonini, Rachele. 2010. "The study of child language brokering: Past, current and emerging research". *MediAzioni* 10. ISSN 1974-4382. <http://mediazioni.sitlec.unibo.it>
- Antonini, Rachele; Letizia Cirillo; Linda Rossato e Ira Torresi. 2017. *Non-Professional Interpreting and Translation: State of the Art and Future of an Emerging Field of Research*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company. ISBN 9027258759.
- Antonione, Raffaella; Gianfranco Sinagra; Matteo Moroni; Michele Correale; Dario Redaelli; Domenico Scrutinio; Eugenia Malinverni; Savina Nodari; Raffaele Calabro; Italo Peno y Giuseppe Mercurio. 2019. "Documento di consenso sulle cure palliative in ambito cardiologico". *Giornale Italiano di Cardiologia* 20:1, pp. 46-61.
- Appleby-Arnold, Sandra; Noelie Brockdorff; Ivana Jakovljević y Suncica Zdravković. 2018. "Applying cultural values to encourage disaster preparedness: Lessons from a low-hazard country". *International Journal of Disaster Risk Reduction* 31, pp. 37-44. doi: 10.1016/j.ijdr.2018.04.015.
- Arias-Casais, Natalia; Eduardo Garralda; Jesús López Fidalgo; Liliana De Lima; John Rhee; Juan José Pons Izquierdo y Carlos Centeno. 2019. *Brief Manual on Health Indicators to Monitoring Global Palliative Care Development*. Houston: IAHP Press.
- Arndt, Horst; Richard Janney y Gerald Schaffranek. 1986. "A neurological view of prosody and its importance in human communication". *Die Neueren Sprachen* 85, pp. 581-609.
- Arnold, Debora; Lawrence Calhoun; Richard Tedeschi y Arnie Cann. 2005. "Vicarious Posttraumatic Growth in psychotherapy". *Journal of Humanistic Psychology* 45:2, pp. 239-263.
- Arranz, Pilar; José Javier Barbero; Pilar Barreto y Ramón Bayés. 2003. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Arrighi, Emilia; Albert Jovell y María Dolores Navarro. 2010. "El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de Pacientes, familiares y profesionales". *Psicooncología* 7:2-3, pp. 363-374.
- Arumí Ribas, Marta v Mireia Vargas Urni. 2018. "Annotation of interpreters' conversation management problems and strategies in a corpus of criminal trials in Spain: the case of non-renditions". *Translation and Interpreting Studies* 13:3, pp. 421-441.
- Arumí Ribas, Marta. 2017a. "The fuzzy boundary between the roles of interpreter and mediator in the public services in Catalonia: Analysis of interviews and interpreter-mediated interactions in the health and educational context". *Across Languages and Cultures* 18:2, pp. 195-218.
- Arumí Ribas, Marta. 2017b. "Strategies in public service interpreting. A role-play study of Chinese-Spanish / Catalan interactions". *Interpreting* 19:1, pp. 118-141.

- Arumí Ribas, Marta. 2018. “La interpretación dialógica como práctica estratégica. Análisis de la toma de decisiones de cinco intérpretes en los Servicios Públicos”. *Meta* 63:1, pp. 118-138. <https://doi.org/10.7202/1050517ar>
- Atasoy, Beste; Ozlem Sarikaya; Kermal Kuscu; Merve Yondem; Elif Buyukkara; Gokcen Eken y Figen Kahyaoglu. 2012. “Students meeting with caregivers of cancer patient: results of an experience-based learning project”. *Journal of Cancer Education* 27:4, pp. 656-663.
- Austin, John L. 1962. *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press.
- Auzmendi Eyerbe, María Lourdes; Leire Segura; Marina Aparicio y María Candelas Cabanillas González. 2018. “Interpretación en las administraciones públicas en Navarra y Euskadi”. En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 151-170.
- Azoulay, Elie; Sylvie Chevret; Ghislaine Leleu; Frederic Pochard; Michel Barboteu; Christophe Adrie; Pierre Canoui; Jean Roger Le Gall y Beno Schlemmer. 2000. “Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians”. *Critical Care Medicine* 28:8, pp. 3044-3049.
- Baena, Elisa y Marta Lacorte. 2002. *Para entender la pragmática (traducción de la obra Understanding Pragmatics de Verschueren)*. Madrid: Gredos.
- Baigorri Jalón, Jesús y Crispulo Travieso Rodríguez. 2018. “La interpretación en los servicios públicos en Extremadura 2006-2016”. En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 83-98
- Baigorri Jalón, Jesús. 2015. “Two centuries of diplomatic interpreting: From top hat to short sleeves diplomacy”. *UN Chronicle* 51, pp. 44-47. <https://doi.org/10.18356/b4a26fd6-en>.
- Baigorri Jalón, Jesús. 2000. *La interpretación de conferencias: el nacimiento de una profesión, de París a Nuremberg*. Granada: Comares.
- Baigorri Jalón, Jesús. 2019. *Lenguas entre dos fuegos: intérpretes en la Guerra Civil española (1936-1939)*. Granada: Comares. ISBN 978-84-9045-840-2.
- Baile, Walter; Robert Buckman; Renato Lenzi; Gary Gliner; Estela Beale y Andrezek Kudelka. 2000. “SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news-application to the patient with cancer”. *Oncologist* 5, 302-311.
- Baixaoli Olmos, Lluís. 2012. *La interpretació als serveis públics des d'una perspectiva ètica: la deontologia professional i l'aplicació al context penitenciari*. Tesis doctoral. Castellón: Universitat Jaume I.
- Baixaoli-Olmos, Lluís. 2013. “A description of interpreting in prisons: mapping the setting through an ethical lens”. En: Schäffner, Christina; Krzyvsztof Kredens e Yvonne Fowler (eds.) 2013. *Interpreting in a Changing Landscape: Selected papers from Critical Link 6*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, pp. 45-60. ISBN 9027224609.
- Baixaoli Olmos, Lluís. 2014. “Redescubriendo los códigos de conducta para la ISP médica: cultura, dilemas y papel profesional”. *Panace@* 15:40, pp. 198-217.
- Baixaoli Olmos, Lluís. 2017. “Ethics codes as tools for change in public service interpreting: symbolic, social and cultural dimensions”. *Jostrans – The Journal of Specialised Translation* 28, pp. 250-272.

- Balint, Michael. 1969. *The basic fault: therapeutic aspects of regression*, Nueva York: Northwestern University Press.
- Balliu, Christian. 1997. "L'École des Enfants de Langues del siglo XVII: la primera escuela de interpretación en Francia". *Actes des VI Encuentros Complutenses en torno a la traducción*. Madrid: Universidad Complutense, pp. 251-260. https://cvc.cervantes.es/lengua/iulmyt/pdf/palabra_vertida/28_balliu.pdf
- Bally, Charles. 1927. "La contrainte sociale dans le langage". *Revue Internationale de Sociologie* 35:5-6, 209-229.
- Bancroft, Marjory. 2015. "Community interpreting. A profession rooted in social justice". En: Mikkelsen, Holly y Renee Jourdenais (eds.) 2015. *The Routledge handbook of interpreting*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 217-235.
- Barakat, Eman. 2018. "The strategic behavior of undergraduate students in simultaneous interpreting". *Journal of Social Studies* 24:3, pp. 113- 137.
- Baraldi, Claudio. 2012. "Interpreting as dialogic mediation. The relevance of expansions". En: Baraldi, Claudio y Laura Gavioli (eds.) 2012. *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 297-326.
- Baraldi, Claudio y Laura Gavioli. 2014. "On professional and non-professional interpreting in healthcare services: the case of intercultural mediators". *European Journal of Applied Linguistics* 4:1, pp. 33-55.
- Barik, Henry. 1971. "A description of various types of omissions, additions and errors of translation encountered in simultaneous interpretation". *Meta* 16:4, pp. 199-210.
- Barroso Pérez, María Ena. "Problemas de comunicación en la atención a inmigrantes en los servicios sanitarios. El caso del Hospital Ramón y Cajal de Madrid". En: Valero Garcés, Carmen (ed.) 2003. *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Universidad de Alcalá de Henares: Comares.
- Barry, Christine. 2000. "Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study". *British Medical Journal* 320, pp. 1246-1250.
- Bascuñán, María Luz y Ana María Arragada. 2016. "Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas". *Revista Médica de Chile* 144:9, pp. 1185-1190.
- Bascuñán, María Luz. 2013. "Comunicación de malas noticias en salud". *Revista Médica Clínica Las Condes* 24:4, pp. 685-693.
- Bátiz Cantera, Jacinto. 2019. *Cuidar a las personas en el proceso de morir*. Fundación San Juan de Dios. Madrid. ISBN: 978-84-09-08504-0 https://www.fundacionsjd.org/media/upload/pdf/jacinto-batiz-texto-digital_1551181915.pdf
- Bátiz Cantera, Jacinto. 2021. *Mientras llega la muerte: Reflexiones en torno al final de la vida*. Fundación San Juan de Dios. Madrid. ISBN: 978-84-09-28929-5 <https://www.fundacionsjd.org/es/publicaciones/23/mientras-llega-la-muerte-reflexiones-en-torno-al-final-de-la-vida>
- Bauer, Amy y Margarita Alegria. 2010. "Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review". *Psychiatric Services* 61:8, pp. 765-773.

- Bauer, Elaine. 2017. "Mediated manipulations, and the agency of the interpreter/translator". En: Antonini, Rachele; Letizia Cirillo; Linda Rossato e Ira Torresi (eds.) 2017. *Non-professional Interpreting and Translation: State of the art and future of an emerging field of research*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins Translation Library, pp. 359-380.
- Baxter, Helen y Louis Yang Ching Cheng. 1996. "Use of interpreters in individual psychotherapy". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30, pp. 153-156. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8724340/>
- Beavin Bavelas, Janet y Jennifer Gerwing. 2011. "The listener as addressee in face-to-face dialogue". *International Journal of Listening* 25:3. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10904018.2010.508675>
- Beebe, Leslie M. 1995. "Polite fictions: instrumental rudeness as pragmatic competence". En: Alatis, James E.; Carolyn Straehle; Brent Gallenberger y Maggie Ronkin (eds.) 1995. *Linguistics and the Education of Language Teachers: ethnolinguistic, psycholinguistic and sociolinguistic aspects*. Washington D.C.: Georgetown University Press, pp. 154-168.
- Beek, Van Karen; Naouma Siouta; Nancy Preston; Jeroen Hasselaar; Sean Hughes; Sheila Payne; Lukas Radbruch; Carlos Centeno; Agnes Csikos; Eduardo Garralda; Marlieke Van der Eerden; Hodiamont Flour; Ildiko Radvanyi y Johan Menten. 2016. "To what degree is palliative care integrated in guidelines and pathways for adult cancer patients in Europe: a systematic literature review". *BMC Palliative Care* 15:26.
- Beltrán Avery, María Paz. 2001. *The role of the health care interpreter: An evolving dialogue*. The National Council on Interpreting in Health care working paper series. Washington, DC: NCIHC.
- Bergunde, Annika y Sonja Pöllabauer. 2019. "Curricular design and implementation of a training course for interpreters in an asylum context". *Translation and Interpreting* 1:1, pp. 9-21.
- Berk Seligson, Susan. 1988. "The need for quality interpreting services in the courtroom". *The Court Manager* 3:2.
- Berk-Seligson, Susan. 1988. "The impact of politeness in witness testimony: the influence of the court interpreter". *Multilingua* 7:4, pp. 441-439. <https://doi.org/10.1515/mult.1988.7.4.411>.
- Berk-Seligson, Susan. 1990. *The Bilingual Courtroom. Court Interpreters in the Judicial Process*. Chicago: Chicago University Press.
- Bernal, María. 2007. *Categorización sociopragmático de la cortesía y de la descortesía: un estudio de la conversación coloquial española*. Tesis doctoral. Universidad de Estocolmo.
- Bernardes, Dora; John Wright; Celia Edwards; Helen Tomkins; Darias Dlfoz y Andrew Livingstone. 2010. "Asylum seekers' perspectives on their mental health and views on health and social services: contributions for service provision using a mixed-methods approach". *International Journal of Migration, Health and Social Care* 6:4, pp. 3-19.
- Besse, Mariela. 2011. "Terapia ocupacional y cuidados paliativos". En: Santana Santos, Franklin (ed) 2011. *Cuidados paliativos*. México: Manual Moderno, pp. 89-98.
- Biernacka, Agnieszka v Monika Kanigowska. 2019. "Interpretación en el ámbito policial en Polonia: estudio de caso". *Sendebor: Revista de Traducción e Interpretación de la Universidad de Granada* 30, pp. 301-334.

- Bingley, Amanda y David Clark. 2009. "A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC)". *Journal of Pain Symptom Management* 37:3, pp. 287–296.
- Bischoff, Alexander y Patricia Hudelson. 2010. "Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough?" *Journal of Travel Medicine* 17:1, pp. 15–20.
- Bischoff, Alexander; Thomas Perneger; Patrick Bovier; Louis Loutan y Hans Stalder. 2003. "Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language". *British Journal of General Practice* 53(492), pp. 541-546.
- Blake, Carminee. 2003. "Ethical considerations in working with culturally diverse populations: The essential role of professional interpreters". *Bulletin de l'association des psychiatres du Canada* 6, pp. 21–23.
- Blanch Hartigan, Danielle. 2013. "Patient satisfaction with physician errors in detecting and identifying patient emotion cues". *Patient Education and Counseling* 93:1, pp. 56-62.
- Blas Arroyo, José Luís. 2001. "No digas chorradas": La descortesía del debate político cara a cara". *Oralia, Análisis del discurso Oral* 4, pp. 9-46.
- Bleichmar, Hugo. 2010. "Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos". *Aperturas Psicoanalíticas: revista internacional de psicoanálisis* 35. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=647>
- Blum-Kulka, Shoshana. 1987. "Indirectness and politeness: same or different?". *Journal of Pragmatics* 11, 147-160.
- Blum-Kulka, Shoshana. 1990. "You don't touch lettuce with your fingers: Parental politeness in family discourse". *Journal of pragmatics* 14, pp. 159-288. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/037821669090083P>
- Blum-Kulka, Shoshana. 1997. "Discourse pragmatics". En: Van Dijk, Teun A. (ed.) 1997. *Discourse studies: a multidisciplinary introduction* 2. Londres: Sage, pp. 38-63.
- Bodzer, Anca Florica. 2014. *La interpretación en los servicios públicos desde la perspectiva de género. Aproximación al caso de la interpretación para las mujeres no hispanohablantes víctimas de violencia de género*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá.
- Bodzer, Anca y Raquel Lázaro Gutiérrez. 2017. "Making the impossible possible, or how to research in specific settings in public service interpreting". En: Hansen Schirra, Silvia; Oliver Czulo y Sascha Hofmann (eds.) 2017. *Empirical modelling of translation and interpreting*. Berlin: Language Science Press, pp. 331–351.
- Boelen, Paul; Rens Van de Schoot; Marcel Van den Hout; Jos de Keijser y Jan Van den Bout. 2010. "Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes". *Journal of Affective Disorders* 125:1-3, pp. 374-378.
- Bogusz, Halina; Katarzyna Pekacka Falkowska y Anita Magowska. 2018. "Under the British Roof: The British Contribution to the Development of Hospice and Palliative Care in Poland". *Journal of Palliative Care* 33:2, pp. 115-119.
- Bolden, Galina B. 2000. "Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters' Involvement in History Taking". *Discourse Studies* 2:4, pp. 387-419. <https://doi.org/10.1177/1461445600002004001>.
- Bolton, Jonathan. 2002. "The Third Presence: A Psychiatrist's Experience of Working with Non-English Speaking Patients and Interpreters". *Transcultural Psychiatry* 39:1, pp. 97-114.

- Bonham, Vence. 2001. "Race, ethnicity and pain treatment: striving to understand the cause and solutions to the disparities in pain treatment". *Journal of Law, Medicine & Ethics* 29, pp. 52–68.
- Bonnano, George; Camille Wortman; Darrin Lehman; Roger Tweed; Michelle Haring; John Sonnega; Deborah Carr y Randolph Nesse. 2002. "Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from pre-loss to 18 months' post-loss". *Journal of Personality and Social Psychology* 83, pp. 1150-1164.
- Borja Albi, Anabel y Pozo Triviño, Maribel del. (eds.). 2015. *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género: Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*. Valencia: Tirant Humanidades. <https://sosvicsweb.webs.uvigo.es/blogs/files/la-comunicacion-mediada-por-interpretes.pdf>
- Bosch Benítez, Amalia. 2017. "Self-confidence in simultaneous interpreting". En: Łyda, Andrzej y Katarzyna Holewik (eds.) 2017. *Interdisciplinary encounters: Dimensions of interpreting studies*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, pp. 78-103.
- Bot, Hanneke v Hans Verreent. 2013. "Role issues in the Low Countries: interpreting in mental healthcare in the Netherlands and Belgium". En Schäffner, Christina: Krzvsztof Kredens e Yvonne Flower (eds.) 2013. *The Critical Link 6: Interpreting in a changing landscape: selected papers from Critical Link 6*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 117-131.
- Bot, Hanneke. 2003. "The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology". En Brunette, Louise; George Bastin, Georges; Isabelle Hemlin y Heather Clarke (eds.) 2003. *The critical link 3: Interpreters in the community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 27-35.
- Bot, Hanneke. 2005. *Dialogue Interpreting in mental health*. Amsterdam/Nueva York: Rodopi Publishers.
- Botella Tejera, Carla; Catalina Iliescu Gheorghiu y Javier Franco Aixelá (eds.). 2020. *Translatum nostrum. La traducción y la interpretación en el ámbito especializado*. Granada: Comares.
- Botemno, Karen v Karen Malcolm. 2012. "An ounce of prevention is worth a pound of cure: educating interpreters about the risk of vicarious trauma in healthcare settings". En: Swabev, Laurie v Karen Malcolm (eds.) 2012. *In our hands: educating healthcare interpreters*. Washington: Gallaudet University Press, pp. 105-130.
- Bousfield, Derek y Miriam A. Locher. 2008. *Impoliteness in language: studies on its interplay with power in theory and practice*. Berlín/Nueva York: Mouton de Gruyter.
- Bousfield, Derek. 2007a. "Impoliteness, preference organization and conductivity". *Multilingua* 26:1-2, pp. 1-33.
- Bousfield, Derek. 2007b. "Beginnings, middles and ends: a biopsy of the dynamics of impolite exchanges". *Journal of Pragmatics* 39:12, pp. 2185-2216.
- Bousfield, Derek. 2008. *Impoliteness in interaction*. Amsterdam/Londres: John Benjamins.
- Bowlby, John. 1980. *Attachment and loss: loss, sadness, and depression* (vol. III). Nueva York: Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, John. 1986. *Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, John. 1995. *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

- Boyles, Jude y Nathalie Talbot. 2017. *Working with interpreters in psychological therapy*. London: Routledge.
- Bradford, David y Abilio Muñoz. 1993. "Translation in bilingual psychotherapy". *Professional Psychology Research and Practice* 24:1, pp. 52-61.
- Brämberg, Elisabeth y Lars Snadman. 2013. "Communication through in-person interpreters: a qualitative study of home care providers' and social workers' views". *Journal of Clinical Nursing* 22:1-2, pp. 159-67.
- Braun, Sabine y Judith Taylor. 2012. "Video-mediated interpreting: an overview of current practice and research". En: Brau, Sabine y Judith Taylor (eds.) 2012. *Videoconference and Remote Interpreting in Criminal Proceedings*. Cambridge: Intersentia, pp. 33-68.
- Bravo, Diana. 1999. "Imagen positiva vs. Imagen negativa: pragmática sociocultural y componentes de face". *Oralia* 2, 155-184.
- Brea Franco, Rosa Mariana. 2018. *Comprensión del duelo en el siglo XXI: nuevas perspectivas*. Barcelona: Ediciones Rubeo S.L.
- Brisset, Camille; Yvan Leanza y Karine Laforest. 2013. "Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies". *Patient Education and Counseling* 91:2, pp. 131-140, doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.008 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23246426/>
- Brown, Caitin y Amy Weisman de Mamani, 2017. "A comparison of psychiatric symptom severity in individuals assessed in their mother tongue versus an acquired language: A two-sample study of individuals with schizophrenia and a normative population". *Professional Psychology: Research and Practice* 48:1, pp. 1–10.
- Brown, Penelope, y Stephen C Levinson. 1978. "Universals in language usage: Politeness phenomena". En: Goody, Ester (ed.) 1978. *Questions and Politeness: Strategies in Social interaction*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 56-311. <https://doi.org/10.2307/3587263>.
- Brown, Penelope y Stephen C. Levinson. 1987. *Politeness: Some Universals in Language Use. Studies in interactional sociolinguistics 4*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brune, Michael; Francisco José Eiroa Orosa; Julia Fischer Ortman; Blerim Delijaj; Christian Haasen. 2011. "Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees". *International Journal of Culture and Mental Health* 4:2, pp. 144–151. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.537821>.
- Brunot, Ferdinand. 1986. *La pensée et la langue : méthode, principes et plan d'une théorie nouvelle du langage appliquée au français*. Paris: Masson et Cie.
- Buckman, Robert. 1984. "Breaking bad news: Why is it still so difficult?". *British Medical Journal* 288:6430, pp.1597-1599.
- Buckman, Robert. 1992. *How to break bad news. A guide for healthcare professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Buckman, Robert. 1997. *What you really need to know about cancer*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Buckman, Robert. 2001. "Communication skills in palliative care. A practical guide". *Neurologic Clinic Journal* 19:4, pp. 989-1004.

- Buckman, Robert. 2010. *Practical plans for difficult conversations in medicine. Strategies that work in breaking bad news*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Buckman, Robert; Barbara Korsch y Walter Baile. 2000. *Guía práctica de habilidades de comunicación en la práctica clínica*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- Bühler, Hildegund. 1986. "Linguistic (semantic) and extra-linguistic (pragmatic) criteria for the evaluation of conference interpretation and interpreters". *Multilingua* 5:4, pp. 231-235.
- Bühler, Karl. 1965. *Sprachtheorie*. Stuttgart: Fischer
- Bunn, Mary; Charles Goesel; Melodie Kinet y Faith Ray. 2016. "Group treatment for survivors of torture and severe violence: A literature review". *Torture* 26, pp. 45–67.
- Burdeus Domingo, Noelia. 2015. *La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_310427/nbd1de1.pdf
- Butalid, Ligaya; Peter Verhaak; Sandra van Dulmen y Jozien Bensing. 2014. "Concerns voiced by patients and GPs' responses during psychosocial visits in primary care: a historical cross-sectional study". *BMC Family Practice* 15, pp. 188-193.
- Butler, Catherine. 2008. "Speaking the unspeakable: Female interpreters' response to working with women who have been raped in war". *Clinical Psychology Forum* 192, pp. 22-26.
- Butow Phyllis. 2015. "Communicating with culturally and linguistically diverse patients in cancer care". En: Iedema, Rick; Donella Piper y Marie Manidis (eds.) 2015. *Communicating Quality and Safety Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 245-256.
- Butow, Phyllis; Elizabeth Lobb; Michael Jefford; David Goldstein; Maurice Eisenbruch; Afaf Girgis; Madeleine King; Ming Sze; Lynley Aldridge y Penelope Schofield. 2012. "A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients". *Support Care Cancer* 20:2, pp. 235–244.
- Butow, Phyllis; Melanie Bell; David Goldstein; Ming Sze; Lynley Aldridge; Sarah Abdo; Michelle Mikhail; Skye Dong; Rick Iedema; Ray Ashgari; Rina Hui y Maurice Eisenbruch. 2011. "Grappling with cultural differences; communication between oncologists and immigrant cancer patients with and without interpreters". *Patient Education and Counseling* 84:3, pp. 398–405. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21388772/>
- Bybee, Sara. 2018. "Vicarious Posttraumatic Growth in End-of-Life Care: How Filling Gaps in Knowledge Can Foster Clinicians' Growth". *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 14:4, pp. 257-273. DOI: 10.1080/15524256.2018.1498820. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30280987/>
- Bylund, Carma; Richard Brown; Barbara Lubrano di Ciccone; Tomer Levin; Jennier Gueguen; Catherine Hill y David Kissane. 2008. "Training faculty to facilitate communication skills training: development and evaluation of a workshop". *Patient Education and Counseling* 70:3, pp. 430-436. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18201858/>
- Calhoun, Lawrence y Richard Tedeschi. 1999. *Facilitating posttraumatic growth: a clinicians' guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.

- Calhoun, Lawrence v Richard Tedeschi. 2006. "The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework". En: Calhoun, Lawrence v Richard Tedeschi (eds.) 2006. *Handbook of posttraumatic growth: Research & Practice*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp. 3-23.
- California Healthcare Interpreters Association. 2002. *California standards for healthcare interpreters: Ethical principles, protocols, and guidance on roles and intervention*. Los Angeles, CA: California Healthcare Interpreters Association.
- Calsamiglia Blancafort, Helena y Amparo Tusón Valls. 1999. *Las cosas del decir*. Barcelona: Ariel.
- Calvo Encinas, Elisa y Francisco Javier Vigier Moreno. 2018. "La interpretación en los servicios públicos en Andalucía: una década bajo la lupa (2006-2016)". En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 13-29
- Camacho Sánchez, Fátima. 2019. "Formación en traducción e interpretación en los servicios públicos en los programas oficiales de grado impartidos en España". *FITISPos International Journal* 6, pp. 235-245.
- Cambridge, Jan. 1999. "Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter". *The translator* 5:2, pp- 201-220.
- Cambridge, Jan. 2002. "Interlocutor roles and the pressures on interpreters". En: Valero Garcés, Carmen y Guzmán Mancho Barés (eds) 2002. *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades. Community interpreting and translating: new needs for new realities*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, pp. 119-124.
- Campbell, Thomas; Susan McDaniel; Kathy Cole Kelly; Jeri Hepworth y Alan Lorenz. 2002. "Family interviewing: a review of the literature in primary care". *Family Medicine* 34:5, pp. 312-318.
- Campello Vicente, Cristina y Lourdes Chocarro González. 2018. "Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática". *Medicina Paliativa* 25:2, pp. 66-82.
- Caplan, Gerald. 1974. *Support systems and community mental health*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Carr, Silvana; Roda Roberts; Aideen Dufour y Dini Steyn. 1997. *The critical link: Interpreters in the community. Papers from the 1st International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada 1-4 June 1995*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing.
- Caruso Brown, Amy; Scott Howard; Justin Baker; Raul Ribeiro y Catherine Lam. 2014. "Reported availability and gaps of pediatric palliative care in low- and middle-income countries: A systematic review of published data". *Journal of Palliative Medicine* 17:12, pp. 1369–1383. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25225748/>
- Casanueva, María Antonieta y José Rallo Romero. 1985. "Maternidad y duelo". *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* 11, pp. 83-97.
- Cassel, Brian y Tara Albrecht. 2018. "Emerging Models of Providing Oncology Palliative Care". *Seminars in Oncology Nursing* 34:3, pp. 202-214.
- Castañeda de la Lanza, Celina; Gabriel J. O'Shea; Marco Antonio Narváez Tamayo; Javier Lozano Herrera; Guillermina Castaneda Peña y Juan José Castañeda de la Lanza. 2015. "Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico". *Gaceta Mexicana de Oncología* 14:3, pp. 150-156.

- Cavalari Camargo, Nicole; Marcelo Gonçalves de Lima, Elisa Bretzke, Samantha Mucci y Aécio Flavio Teixeira de Góis. 2019. "La enseñanza de cómo dar malas noticias: una revisión sistemática". *Revista Bioética*, 27:2, pp. 326-340.
- Centeno Cortés, Carlos. 1994. "Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos". En: Gómez Sancho, Marcos (ed.) 1994. *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer*. Las Palmas: ICEPS.
- Centeno, Carlos. 1997. Historia de Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/01/MovHospice.-SECPAL.pdf>
- Centeno, Carlos; Eduardo Garralda; José Miguel Carrasco; Marlieke Den Herder-Van der Eerden; Melissa Aldridge; David Stevenson; Diane Meier y Jeroen Hasselaar. 2017. "The Palliative Care Challenge: Analysis of Barriers and Opportunities to Integrate Palliative Care in Europe in the View of National Associations". *Journal of Palliative Medicine* 20:11, pp. 1195-1204. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28509657/>
- Centeno, Carlos; Lynch, Thomas; Garralda, Eduardo; Carrasco, José Miguel; Guillen-Grima, Francisco y Clark, David. 2015. Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005–2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries. *Palliative Medicine*, pp. 1-12.
- Chalabian Jeanine y Gary Dunnington. 1997. "Impact of language barrier on quality of patient care, resident stress, and teaching". *Teaching & Learning in Medicine* 9, pp. 84–90.
- Chan, Arlene y Roger Woodruff. 1999. "Comparison of palliative care needs of English and non-English speaking patients". *Journal of Palliative Care* 15, pp. 26–30.
- Chapman, Richard y Jonathan Gravrin. 1993. "Suffering and its relationship to pain". *Journal of Palliative Care* 9:2, pp. 5-13.
- Chen, Hangyi y Eric Chen. 2020. "Working with interpreters in therapy groups for forced migrants: challenges and opportunities". *International Journal of Group Psychotherapy* 70:2, pp. 244-269. DOI: 10.1080/00207284.2019.1685885
- Chesterman, Andrew. 1993. "From "Is" to "Ought": Laws, Norms and Strategies in Translation Studies". *Target* 5, pp. 1-20.
- Chesterman, Andrew. 1997. *Memes of Translation: the spread of ideas in translation theory*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Cheung, Andrew. 2013. "Non-native accents and simultaneous interpreting quality perceptions". *Interpreting* 15:1, pp. 25-47.
- Cirillo, Letizia. 2010. "Managing affect in interpreter-mediated institutional talk: examples from the medical setting". *The Journal of Specialised Translation* 14, pp. 55-79. https://www.jostrans.org/issue14/art_cirillo.pdf
- Clark, David y Michael Wright. 2007. "The international observatory on end of life care: a global view of palliative care development". *Journal of Pain Symptom Management* 33, pp. 542–546.
- Clark, Herbert y Thomas Carlson. 1982. "Hearers and speech acts". *Language* 58:2, pp. 332-373.
- Clark, Paul Alexandre; Maxwell Drain y Mary Malone. 2003. "Addressing patients' emotional and spiritual needs". *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 29, pp. 659–670. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14679869/>

- Cleeland Charles; Yoshio Nakamura; Tito Mendoza; Katherine Edwards; Jeff Douglas y Ronald Serlin. 1996. "Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling". *Pain* 67:2-3, pp. 267-273.
- Cleeland, Charles; Rene Gonin; Luis Baez; Patrick Loehrer y Kishan Pandya. 1997. "Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study". *Annals of Internal Medicine* 127, pp. 813-816.
- Coetzee, Donna; Anne Pereira, Johannah Scheurer y Andrew Olson. 2020. "Medical student workshop improves student confidence in working with trained medical interpreters". *Journal of Medical Education and Curricular Development* 7, pp. 1-5. DOI: 10.1177/2382.1205209.18862.
- Cohen, Adam; Frederik Rivara; Edgar Marcuse; Heather McPhillips y Robert Davis. 2005. "Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients?". *Pediatrics* 116:3, pp. 575-579.
- Cohen, Sheldon y Leonard Syme. 1985. *Social support and health*. Orlando FL: Academic Press.
- Cole, Steven y Julian Bird. 2000. *The medical interview: the three function approach*. Elsevier Health Sciences.
- Collados Aís, Ángela y María Manuela Fernández Sánchez. 2001. *Manual de interpretación bilateral*. Granada: Comares.
- Collados Aís, Ángela; Macarena Pradas Macías; Elisabeth Stévaux y Olalla García Becerra (eds.). 2007. *La evaluación de la calidad en interpretación simultánea: parámetros de incidencia*. Granada: Comares, Interlingua.
- Connell, Tim. 2006. "The Application of New Technologies to Remote Interpreting". *Antverpiensia Linguistica* 6, pp. 311-324.
- Consejo de Europa. *Recomendación REC 2003/24 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre Organización de los Cuidados Paliativos*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est6.pdf.pdf
- Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado* 311, de 29 de diciembre de 1978. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Contreras Herrera, Diana Isabel. 2016. *Duelo y melancolía en la conformación de la estructura psíquica de una paciente: un estudio de caso*. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México. https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000753557
- Cornes. Andv v Jemina Napier. 2005. "Challenges of mental health interpreting when working with deaf patients". *Australasian Psychiatry* 13:4, pp. 403-407.
- Corsellis, Ann. 1997. "Training needs of public personnel working with interpreters". En: Carr, Silvana; Roda Roberts; Aideen Dufour y Dini Steyn (eds.) 1997. *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 77-89.
- Corsellis, Ann. 2002. "Creating a professional context for public service interpreters and translators". En: Valero Garcés. Carmen v Mancho Barés Guzmán (eds.) 2002. *Traducción e Interpretación en los servicios públicos: nuevas necesidades para nuevas realidades*. Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones, pp. 31-38.
- Corsellis, Ann. 2008. *Public Service Interpreting. The First Steps*. Basingstone (Reino Unido): Palgrave MacMillan.

- Costa, Beverley y Jean Marc Dewaele. 2013. "Psychotherapy across languages: beliefs, attitudes and practices of monolingual and multilingual therapists with their multilingual patients". *Language and Psychoanalysis* 1:1, pp. 19-41.
- Costa, Beverley y Jean Marc Dewaele. 2019. "The talking cure—building the core skills and the confidence of counsellors and psychotherapists to work effectively with multilingual patients through training and supervision". *Counselling and Psychotherapy Research* 19:3, pp. 231–240. <https://doi.org/10.1002/capr.12187>
- Costa, Beverley y Stephen Briggs. 2014. "Service users' experiences of interpreters in psychological therapy: a pilot study". *International Journal of Migration, Health and Social Care* 10:4, pp. 231-244.
- Costa, Beverley. 2016. "Team effort – training therapists to work with interpreters as a collaborative team". *International Journal for the Advancement of Counselling* 39:1, pp. 56-69.
- Costa, Beverley. 2020. *Other tongues: psychological therapies in a multilingual world*. Monmouth: PCCS Books.
- Costa, Beverley. 2022a. "Interpreter-mediated CBT: a practical implementation guide for working with spoken language interpreters". *The Cognitive Behaviour Therapist* 15, pp. 1-17.
- Costa, Beverley. 2022b. "Responding to the support needs of spoken language interpreters in humanitarian/forced migration contexts" (forthcoming).
- Costa, Beverley; Raquel Lázaro Gutiérrez y Tom Rausch. 2020. "Self-care as an ethical responsibility: A pilot study on support provision for interpreters in human crises". *Translation and interpreting studies* 15:1, pp. 36-56. ISSN 1932-2798. DOI 10.1075/tis.20004.cos.
- Côté Arsenault, Denise y Erin Denney Koelsch. 2011. "My Baby Is a Person": Parents' Experiences with Life-Threatening Fetal Diagnosis". *Journal of Palliative Medicine* 14:12, pp. 1302-1308.
- Coulmas, Florian. 1981. "Conversational routine: explorations in standardized communication situations and prepatterned speech". En: Coulmas, Florian (ed.) 1981. *Rasmus Rask studies in pragmatic linguistics*. The Hague: Janua Linguarum Series Maior.
- Coulmas, Florian. 1989. "Democracy and the crisis of normative linguistics". En: Coulmas, Florian (ed.) 1989. *Language adaptation*. Londres: Cambridge University Press, pp. 177-193.
- Crane, John. 1997. "Patient Comprehension of Doctor–Patient Communication on Discharge from the Emergency Department". *Journal of Emergency Medicine* 15, pp. 1–7.
- Crezee, Ineke y Cynthia Roat. 2019. "Bilingual patient navigator or healthcare interpreter: What's the difference and why does it matter?". *Cogent Medicine*, 6:1, pp. 1-24.
- Crezee, Ineke y Mele Tupou Gordon. 2019. "Cross-cultural and cross-linguistic Access to the healthcare system: Case studies from Seattle and Auckland". En: Ji, Meng; Mustapha Taibi e Ineke Crezee (eds.) 2019. *Multicultural health translation, interpreting and communication*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 3-24.
- Crezee, Ineke. 2013. *Introduction to healthcare for interpreters and translators*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

- Crezee, Ineke. 2015. "Semi-authentic practices for student health interpreters". *International Journal of Translation and Interpreting Research* 7:3, pp. 50-62.
- Culpeper, Jonathan 1996. "Towards an anatomy of impoliteness". *Journal of Pragmatics* 25:3, pp. 349-367.
- Culpeper, Jonathan. 2010. "Conventionalised impoliteness formulae". *Journal of Pragmatics* 42, pp. 3232-3245.
- Culpeper, Jonathan. 2005. "Impoliteness and entertainment in the television quiz show: The Weakest Link". *Journal of Politeness Research* 1:1, pp. 35-72.
- Culpeper, Jonathan; Derek Bousfield y Anne Wichmann. 2003. "Impoliteness revisited: With special reference to dynamic and prosodic aspects". *Journal of Pragmatics* 35:10-11, pp. 1545-1579.
- Daniel, Gile. 2011. "Errors, omissions and infelicities in broadcast interpreting: preliminary findings from a case study". En: Alvstad, Cecilia; Adelina Hild y Elisabet Tiselius (eds.) 2011. *Methods and strategies of process research: integrative approaches in translation studies*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 201-218.
- D'Ardenne, Patricia; Laura Ruaro; Leticia Cestari; Walid Fakhoury y Stefan Priebe. 2007. "Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London". *Behavioural Cognitive Psychotherapy* 35:3, pp. 293-301.
- Darroch, Emma y Raymond Dempsey. 2016. "Interpreters' experiences of transference dynamics, vicarious traumatization, and their need for support and supervision: a systematic literature review". *The European Journal of Counselling Psychology* 4:2, pp. 166-190.
- Davies, Betty; Nancy Contro; Judith Larson y Kimberley Widger. 2010. "Culturally-sensitive information-sharing in pediatric palliative care". *Pediatrics* 125:4, pp. 859-865. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20308213/>
- Davies, Betty; Sehring, Sally; Colin Partridge; Bruce Cooper; Anne Hughes; Julie Philip; Aara Amidi Nouri y Robin Kramer. 2008. "Barriers to palliative care for children: Perceptions of pediatric health care providers". *Pediatrics* 121:2, pp. 282-288. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18245419/>
- Davis, Christopher. 2008. "Redefining goals and redefining self: a closer look at posttraumatic growth following loss". En: Stroebe, Margaret; Robert Hansson; Henk Schut y Wolfgang Stroebe (eds.) 2008. *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*. Washington D.C.: American Psychological Association, pp. 309-325.
- De Bruin. Ed v Petra Bruggmans. 2006. "The psychotherapist and the sign language interpreter". *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 11:3, pp. 360-368.
- De Lima, Liliana y Eduardo Bruera. 2000. "The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean". *Journal of Pain and Symptom Management* 20:6, pp. 440-448.
- Declercq, Christophe y Federico Marco Federici. 2020. *Intercultural crisis communication. Translation, Interpreting and Languages in Local Crises*. Londres: Bloomsbury Academic. ISBN: 9781350097056
- Del Río, María Ignacia y Alejandra Palma. 2007. *Cuidados Paliativos: historia y desarrollo*. Universidad Católica de Chile: Boletín Escuela de Medicina U.C. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

- Demi, Alice y Margaret Miles. 1987. "Parameters of normal grief: a delphi study". *Death Studies* 11, pp. 397-412.
- Desmet, Bart; Mieke Vandierendonck y Bart Defranq. 2018. "Simultaneous interpretation of numbers and the impact of technological support". En: Fantinuoli, Claudio (ed.) 2018. *Interpreting and technology*. Berlín: Language Science Press, pp. 123-27.
- Dewaele, Jean Marc y Beverley Costa. 2013. "Multilingual client's experience of psychotherapy". *Language and Psychoanalysis* 2:2, pp. 31-50.
- Dewaele, Jean Marc. 2016. "Why do so many bi- and multilinguals feel different when switching languages?". *International Journal of Multilingualism* 13, pp. 92-105.
- Diamond, Lisa; Yael Schenker; Leslie Curry; Elizabeth Bradley y Alicia Fernandez. 2009. "Getting by: underuse of interpreters by resident physicians". *Journal of General Internal Medicine* 24:2, pp. 256-262.
- Díaz Pérez, Francisco Javier. 2004. *La cortesía verbal en inglés y en español: actos de habla y pragmática intercultural*. Jaén: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Jaén.
- Directiva Europea 2011/24/EU del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. <https://www.boe.es/doue/2011/088/L00045-00065.pdf>
- Doka, Kenneth. 2002. *Disenfranchised grief: new directions, challenges, and strategies for practice*. Portland: Ringgold Inc.
- Doka, Kenneth. 2008. "Disenfranchised grief in historical and cultural perspective". En: Stroebe, Margaret; Robert Hansson; Henk Schut y Wolfgang Stroebe (eds.) 2008. *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*. Washington D.C.: American Psychological Association, pp. 223-240.
- Doka, Kenneth. 2016. *Grief is a journey: finding your path through loss*. Nueva York: Atria Books.
- Dollerup, Cay y Anne Lindegaard. 1994. *Teaching translation and Interpreting 2*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Downing, Julia; Sue Boucher; Alex Daniels y Busi Nkosi. 2018. "Paediatric Palliative Care in Resource-Poor Countries". *Children (Basel)* 19:5, pp. 27-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5835996/>
- Doyle, Derek. 2005. "Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine". *Journal of the Royal College of Physicians Edinburgh* 35, pp. 199-205.
- Dreier, Larissa Alice; Boris Zernikow t Julia Wager. 2020. "Quantifying the language barrier: a total survey of parent's spoken languages and local language skills as perceived by different professions in pediatric palliative care". *Children* 7(9), pp. 118. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32882877/>
- Drozdek, Boris y Nina Bolwerk. 2010. "Group therapy with traumatized asylum seekers and refugees: For whom it works and for whom it does not?". *Traumatology* 16, pp. 160-167.
- Echauri Galván, Bruno. 2016. *Pautas para la mejora de la comunicación bilingüe y bicultural en salud mental: terminología especializada y elementos pragmáticos*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá.
- Edmondson, Willis. 1980. *Spoken discourse: a model for analysis*. Londres: Longman.

- Edwards, Rosalind; Bogusia Temple y Claire Alexander. 2005. "Users' experiences of interpreters: the critical role of trust". *Interpreting* 7:1, pp. 77-95.
- Edwards, Rosalind; Bogusia Temple y Claire Alexander. 2005. "Users' experiences of interpreters: The critical role of trust". *Interpreting* 7:1, pp. 77-95. DOI: 10.1075/intp.7.1.05edw.
- Eggins, Suzanne y Diana Slade. 1997. *Analysing casual conversation*. Londres: Cassell.
- Egglv. Susan; Nelia Afonso; Graciela Roias; Maxine Baker; L. Cardozo v Stewart Robertson. 1997. "An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients". *Academic Medicine* 72:5, pp. 397-399.
- Epstein, Ronald; Peter Franks; Kevin Fiscella; Cleveland Shields; Sean Meldrum; Richard Kravitz y Paul Duberstein. "Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations". *Theoretical and Practical issues. Social Science and Medicine* 61, pp. 1516-1528.
- Erskine, Richard y Janet Trautmann. 1997. "Methods of an integrative psychotherapy". *Transactional Analysis Journal* 26:4, pp. 316-328.
- Erskine, Richard; Janet Moursund y Rebecca Tratumann. 1999. *Beyond empathy: a therapy of contact-in-relationship*. Filadelfia: Brunner Mazel.
- Erskine, Richard; Janet Moursund y Rebecca Trautmann. 2017. *Más allá de la empatía: una terapia de contacto-en-la-relación* (2ª ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Escandell Vidal, María Victoria. 1996. *Introducción a la pragmática* (2ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Escandell Vidal, María Victoria. 2002. *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Ariel.
- Eve, Ann y Anthony Smith. 1993. "Survey of hospice and palliative care inpatient units in the UK and Ireland". *Palliative Medicine* 10:1, pp. 13-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8821184/>
- Fairclough, Norman. 1989. *Language and power*. London: Longman.
- Fairclough, Norman. 1995. *Critical discourse analysis*. Londres: Longman.
- Falbo, Caterina. 1998. "Analyse des erreurs en interprétation simultanée". *The Interpreters' Newsletter* 8, pp. 107-120.
- Fallowfield, Lesley y Valerie Jenkins. 2004. "Communicating sad, bad, and difficult news in medicine". *The Lancet* 363:9405, pp. 312-319.
- Fallowfield, Lesley. 1993. "Giving sad and bad news". *Lancet* 341: 8843, pp. 476-478.
- Fatahi, Nabi; Bengt Mattsson, Jasaf Hasanpoor y Carola Skott. 2005. "Interpreters' experiences of general practitioner-patient encounters". *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 23, pp. 159-163.
- Federici, Federico Marco. 2020. "Managing Vulnerability during Cascading Disasters: Language Access Services". En: Gerber, Brian (ed.) 2020. *Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science*. Nueva York/ Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acrefore/9780199389407.013.342.
- Fernández Liria, Alberto y Beatriz Rodríguez Vega. 2002. "Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política". *Revista de Psicoterapia* 13:49, pp. 95-122

- Ferrell, Betty; Jennifer Basic; Sarah Available; Erin Aleu; Tracy Balboni; Ethan Basch; Janice Firm; Judith Paice; Jeffrey Peppercorn; Tanyanki Phillips; Ellen Stovall; Camilla Zimmermann y Thomas Smith. 2017. "Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update". *Journal of Clinical Oncology* 35:1, pp. 96-112.
- Fidan, Merih Bektas. 2017. *The third person in the room: the impact of the interpreter on the counselling process with non-English speaking clients*. Tesis doctoral. Universidad de Leicester.
- Figley, Charles R. 1995. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Filgueira Bouza, Maria Soledad. 1995. "Psicodrama focal del duelo patológico". *SISO/SAUDE* 25, pp. 17-32.
- Flores, Gleen; Milagros Abreu; Cara Pizzo Barone; Richard Bachur y Hua Lin. 2012. "Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional vs. ad-hoc vs. no interpreters". *Annals of Emergency Medicine* 60:5, pp. 545-553.
- Flores, Glenn; Barton Laws; Sandra J. Mayo; Barry Zuckerman; Milagros Abreu; Leonardo Medina y Eric J. Hardt. 2003. "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters". *Pediatrics* 111: 1, pp. 6-14. DOI: 10.1542/PEDS.111.1.6.
- Floyd, Michael; Forrest Lang y Melinda Keener McCord. 2005. "Patients with worry: presentation of concerns and expectations for response". *Patient Education and Counseling* 57:2, pp. 211– 216. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15911195/>
- Folkman, Susan. 2001. "Revised coping theory and the process of bereavement". En: Stroebe, Margaret; Robert Hansson; Henk Schut y Wolfgang Stroebe (eds.) 2001. *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 563-582.
- Foucault, Michel. 1980. *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester.
- Foulquié Rubio, Ana Isabel. 2018. "Aproximación a la interpretación en los servicios públicos en la región de Murcia". En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 137-150.
- Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.). 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares.
- Fox, Sarah y Judith Stein. 1991. "The Effect of Physician–Patient Communication on Mammography Utilization by Different Ethnic Groups". *Medical Care* 11, pp. 1065–1082.
- Fragkou, Effrossyni. 2020. "Mode switching in medical interpreting and ramifications in interpreters' training". En: De V. Souza, Izabel y Effrossyni Fragkou (eds.) 2020. *Handbook of research on medical interpreting*. Medical Information Science Reference, pp. 291-332. DOI: [10.4018/978-1-5225-9308-9.ch013](https://doi.org/10.4018/978-1-5225-9308-9.ch013)
- Framer, Isabel; Marjory Bancroft; Lois Feuerle y Jean Bruggeman. 2010. *The language of justice: interpreting for legal services: A training manual*. Washington, DC.
- Fraser, Bruce y William Nolen. 1981. "The association of deference with linguistic form". *International Journal of the Sociology of Language* 27, pp. 93-109.

- Fraser, Bruce. 1990. "Perspectives on politeness". *Journal of Pragmatics* 14:2, pp. 219-36.
- Freed, Anne O. 1988. "Interviewing through an interpreter". *Social Work* 33:4, pp. 315-319.
- Freeman, George; Harbinder Rai; Jeremy Walker; John Howie; David Jeaney y Margaret Maxwell. 2002. "Non-English Speakers Consulting with the GP in Their Own Language: A Cross-Sectional Survey". *British Journal of General Practice* 52:474, pp. 36-38.
- Freeman, Harold y Rian Rodríguez. 2011. "History and principles of patient navigation". *Cancer* 117, pp. 3537-3540.
- Freud, Sigmund. "The ego and id". En: Strachey, James; Sigmund Freud y Anna Freud (eds.) 2012. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud: The interpretation of Dreams*. Londres: Ulan Press.
- Gabilondo, Sonia. 1999. "La comunicación en la relación terapéutica". En: Astudillo. Wilson (ed.) 1999. *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 37-62.
- Gany, Francesca; Luciano Kapelusznik; Kavitha Prakash; Javier Gonzalez; Lurmag Y. Orta; Chi-Hong Tseng y Jyotsna Changrani. 2007. "The impact of medical interpretation method on time and errors." *Journal of General Internal Medicine* 22:2, pp. 319-323.
- Garber, Nathan. 1997. "Community interpretation: a personal view". En: Roberts, Roda; Silvana E. Carr; Diana Abraham y Aideen Dufour (eds.) 2000. *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 9-20.
- Garber, Nathan. 2000. "Community interpretation: a personal view". En Roberts, Roda P.; Silvana Ester Carr; Diana Abraham y Aideen Dufour 2000. *The critical link 2: interpreters in the community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 9-20.
- García Becerra, Olalla. 2012. "First impressions in interpreting quality assessment: The incidence of nonverbal communication". En Jiménez Ivars, Amparo y María Jesús Blasco Mayor (eds.) 2012. *Interpreting Brian Harris: Recent Developments in Translatology*. Bern: Peter Lang, pp. 173-192.
- García Díaz, Fernando. 2006. "Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud". *Medicina Intensiva* 30:9, pp. 451-464.
- García Hernández, Alfonso Miguel. 2017. "Duelo y casualidad". *Cultura de los cuidados* 49, pp. 53-64.
- García Luque, Francisca. (2009). "La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: realidad social y reto pedagógico". *Redit: Revista Electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación* 3, pp. 18-30.
- Garzone, Giuliana, y Maurizio Viejzi (eds.). 2002. *Interpreting in the 21st Century. Challenges and Opportunities*. Amsterdam: John Benjamins.
- Garzone, Giuliana. 2003. "Reliability of Quality Criteria Evaluation in Survey Research". En: Collados Aís, Ángela; M^a Manuela Fernández Sánchez y Daniel Gile (eds.) 2003. *La evaluación de la calidad en interpretación: Investigación*. Granada: Comares, pp. 23-30.
- Geller, Jeffrey. 1985. "The long-term outcome of unresolved grief: an example". *Psychiatric Quarterly* 57, pp. 142-146.

- Genevro, Janice. 2004. "Report on bereavement and grief research". *Death Studies* 28:6, pp. 491-575.
- Gentile, Adolfo. 1997. "Community interpreting or not? Practices, standards and accreditation." En: Carr, Silvana Ester; Roda P. Roberts; Aideen Dufour y Dini Steyn (eds.) 1997. *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 109-118.
- Gentile, Adolfo; Uldis Ozolins y Marv Vasilakakos. 1996. *Liaison interpreting: a handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Gerver, David. 1969. "The Effects of Source Language Presentation Rate on the Performance of Simultaneous Conference Interpreters". En: Pöchhacker, Franz y Miriam Shlesinger (eds.) 2002. *The Interpreting Studies Reader*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 52-66.
- Gilbert, Paul. 2005. *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gile, Daniel. 1985. "La sensibilité aux écarts de langue et la sélection d'informateurs dans l'analyse d'erreurs: une expérience". *The Incorporated Linguist* 24:1, pp. 29-32.
- Gile, Daniel. 1994. "Opening up in interpretation studies". En: Snell-Hornby, Mary; Franz Pöchhacker y Klaus Kaindl 1994. *Translation Studies - An Interdiscipline*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 149-58.
- Gile, Daniel. 2009. *Basic concepts and models for interpreter and translator training* (2a ed.). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Giroldi, Esther; Angelique Timmerman; Wemke Veldhuijzen; Jean Muris; Cees van der Vleuten y Trudy van der Wijden. 2020. "How doctors recognize that their patients are worried: a qualitative study of patient cues". *Patient Education and Counseling* 103, pp. 220-225. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31585821/>
- Giroldi, Esther; Wemke Veldhuijzen; Carolien Leijten; Dionne Welter; Trudy van der Weijden; Jean Murriss y Cees van der Vleuten. 2014. "NO need to worry": an exploration of general practitioners' reassuring strategies". *BMC Family Practice* 15:1, pp. 133-145. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25001991/>
- Glick, Ira; Robert Weiss y Colin Murray Parkes. 1974. *The first year of bereavement*. Nueva York: Wiley.
- Goddard, Cliff y Anna Wierzbicka. 1997. "Discourse and culture". En: Van Dijk, Teun A. (ed.) 1997. *Discourse as social interaction. Discourse studies: a multidisciplinary introduction*. Londres: Sage, pp. 231-257.
- Goffman, Erving. 1967. *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. Nueva York: Anchor Books.
- Goffman, Erving. 1981. *Forms of Talk*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Goguikian Ratcliff, Betty y Nilima Changkakoti. 2004. "Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique". *L'autre* 5:2, pp. 255-264.
- Gómez Guzmán, Carmen. 2018. Les sentències Covaci i Sletjtes: abast del dret a traducció de documents essencials en processos penals dins la Unió Europea. *Revista de Llengua i Dret*, 70, 71-85. doi:10.2436/rld.i70.2018.3177.
- Gómez Sancho, Marcos. 1999. *Medicina paliativa en la cultura Latina*. Madrid: Arán.

- Goretti, Faya Ornia. 2011. “Comparativa de herramientas empleadas para mejorar la comunicación con pacientes extranjeros en centros sanitarios del Reino Unido, Alemania y España”. *Sendeban Revista de Traducción e Interpretación Universidad de Granada* 22, pp. 191-208.
- Goretti, Faya Ornia. 2016a. “La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario. La situación en Londres, Düsseldorf y Madrid”. *Entreculturas* 7-8, pp. 543-573. ISSN: 1989-5097.
- Goretti, Faya Ornia. 2016b. “La necesidad de servicios de interpretación en el sector sanitario del Reino Unido”. *Transfer* 11, pp. 281-294. ISSN: 1886-554.
- Granhagen Junger, Johanna; Elisabet Tiselius; Klas Blomgren; Kim Lütznén y Pernilla Pergert. 2016. “Creating a meeting point of understanding: interpreters’ experiences in Swedish childhood cancer care”. *Journal of pediatric oncology nursing* 33:2, pp. 137-145. <https://doi.org/10.1177/1043454215600148>
- Granhagen Junger, Johanna; Elisabet Tiselius; Klas Blomgren; Kim Lütznén y Pernilla Pergert. 2019a. “The interpreter’s voice: carrying the bilingual conversation in interpreter-mediated consultations in pediatric oncology care”. *Patient Education and Counselling* 102:4, pp. 656-662.
- Granhagen Junger, Johanna; Elisabet Tiselius; Klas Blomgren; Kim Lütznén y Pernilla Pergert. 2019b. “Language barriers and the use of professional interpreters: a national multisite cross-sectional survey in pediatric oncology care”. *Acta oncológica* 58:7, pp. 1015-1020. DOI: 10.1080/0284186X.2019.1594362.
- Gray, Anne. 2013. *An introduction to the therapeutic frame*. Hove: Routledge.
- Green, Alexander R.; Quyen Ngo-Metzger; Anna T. R. Legedza; Michael P. Massagli; Russell S. Phillips y Lisa I. Iezzoni. 2005. “Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency”. *Journal of General Internal Medicine* 20:11, pp. 1050-1056.
- Grice, Herbert P. 1975. “Logic and Conversation”. En: Cole, Peter y Jerry Morgan (eds.) 1975. *Syntax and Semantics, Volume 3: Speech Acts*. Nueva York: Academic Press, pp. 41-58.
- Grice, Paul. 1991. *Studies in the way of words*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Grin, Claude. 2003. “Retour à la pratique”. En: Guex, Patrice y Pascal Singy (eds.) 2003. *Quand la médecine à besoin d’interprètes*. Ginebra: Médecine & Hygiène, pp. 141–163.
- Griva, Martin; Jiri Stastny; Jan Svancara; Martin Loucka y Veronika Belanova. 2018. “End-of-life preferences of cardiac patients”. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 9:4, pp. 932–938.
- Gu, Yueguo. 1990. «Politeness phenomena in modern Chinese». *Journal of Pragmatics* 14, pp. 237-57.
- Gurung, Regan (ed.). 2014. *Multicultural Approaches to Health and Wellness in America*. Santa Barbara, CA: Praeger.
- Hadziabdic, Emina y Katarina Hjelm. 2014. “Arabic speaking migrants’ experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study”. *International Journal for Equity in Health* 13:1, pp. 49. Doi.org/10.1186/1475-9276-13-49. <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-13-49>

- Haanel, Ferdinand. 2001. "Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern". En: Verwey, Martine (ed.) 2001. *Trauma und Ressourcen*. Berlin: Curare Sonderband, pp. 307-315.
- Hale, Sandra. 1997a. "Interpreting politeness in court: A study of Spanish-English interpreted proceedings". En: Campbell, Stuart y Sandra Hale (eds.) 1997. *Proceedings of the 2nd Annual Macarthur Interpreting and Translation Conference on Research, Training and Practice*. Milperra: UWS Macarthur, pp. 37-45.
- Hale, Sandra. 1997b. "The Interpreter on Trial: Pragmatics in Court Interpreting". En: Carr, Silvana; Roda Roberts; Aideen Dufour y Dini Steyn (eds.) 1997. *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 201-11.
- Hale, Sandra. 2002. "How faithfully do court interpreters render the style of non-English speaking witnesses' testimonies? A data-based study of Spanish-English bilingual proceedings". *Discourse Studies* 4:1, pp. 25-47.
- Hale, Sandra. 2004. *The Discourse of Court Interpreting: Discourse Practices of the Law, the Witness and the Interpreter*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Hale, Sandra. 2007a. "The challenges of court interpreting: intricacies, responsibilities and ramifications". *Alternative Law Journal* 32:4, pp. 198-202.
- Hale, Sandra. 2007b. *Community Interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hale, Sandra. 2011. "Public service interpreting". En: Malmkjaer, Kirsten y Kevin Windle 2011. *The Oxford Handbook of Translation Studies*. Oxford: Oxford University Press, pp. 343-356. ISBN:9780199239306
- Hale, Sandra; Uldis Ozolins y Ludmila Stern. 2009. *Quality in interpreting: a shared responsibility*. Amsterdam: John Benjamins.
- Halliday, Mark. 1973. *Explorations in the functions of language*. Londres: Edward Arnold.
- Hargie, Owen. 2016. *Skilled Interpersonal Communication: Research, Theory and Practice*. Londres: Routledge.
- Harris, Brian. 2017. "Unprofessional translation. A blog-based overview". En: Antonini, Rachele; Letizia Cirillo; Linda Rossato e Ira Torresi (eds.) 2017. *Non-Professional Interpreting and Translation: State of the Art and Future of an Emerging Field of Research*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing Company, pp. 29-43. ISBN 9027258759.
- Harris, Darcy Harris y Jessica Isenor. 2011. "Loss of employment". En: Harris, Darcy (ed.) 2011. *Counting our losses: Reflecting on change, loss and transition in everyday life*. Hoboken: Taylor and Francis, pp. 163-170.
- Harter, Martin; Angela Buchholz, Jennifer Nicolai, Katrin Reuter, Fely Komarahadi, Levente Kriston, Birgit Kallinowski, Wolfgang Eich y Christiane Bieber. 2015. "Shared decision making and the use of decision aids". *Deutsches Arzteblatt International* 112:40, pp. 672-679.
- Harvey, Michael A. 2003. "Shielding yourself from the perils of empathy: The case of sign language interpreters". *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 8:2, pp. 207-213. <https://academic.oup.com/jdsde/article/8/2/207/530374>
- Hatton, Diane C. 1992. Information transmission in bilingual, bicultural context. *Journal of Community Health Nursing* 9:1, pp. 53-59.
- Havertake, Henk. 1994. *La cortesía verbal: estudio pragmalingüístico*. Madrid: Gredos.

- Havertake, Henk. 1998. "Estrategias de cortesía: análisis intercultural". En: Celis, Ángela y José Ramón Heredia (eds.) 1998. *Actas del VII Congreso de ASELE. Lengua y cultura en la enseñanza del español para extranjeros*. Cuenca: Universidad de Castilla La Mancha, pp. 45-57.
- Health Care Interpretation Network. 2007. *The Canadian national standard guide for community interpreting services*.
- Hebert, Hanna; James Butera; Jorge Castillo y Anthony Mega. 2009. "Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/oncology program directors". *Journal of Palliative Medicine* 12:12, pp 1119-1124.
- Held, Gudrun. 2005. "Politeness in linguistic research". En: Watts, Richard J.; Ide Sachiko y Konrad Ehlich (eds.) 2005. *Politeness in Language: studies in its history, theory and practice* (2ª ed.). Berlin: Mouton de Gruyter, pp. 130-153.
- Heyland, Daren; Peter Dodek; Graeme Rucker; Diane Groll; Amiram Gafni; Deb Pichora; Sam Shortt; Joan Tranmer; Neil Lazar; Jim Kutsogiannis y Miu Lam. 2006. "What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members". *CMAJ-JAMC* 174:5, pp. 627-633.
- Hickey, Leo. 1991. "Surprise, surprise, but do so politely". *Journal of pragmatics* 15:4, pp. 367-372.
- Hlavac, Jim. 2010. "Ethical implications in situations where the language of interpretation shifts: the AUSIT Code of Ethics re-visited". *Translation & Interpreting* 2:2, pp. 29-43.
- Hoen, Beth; Kristofer Nielsen y Angela Sasso. 2006. *Health care interpreter services: strengthening access to primary health care*. National Report: An overview of the accomplishments, outcomes and learnings of the SAPHC project. <https://silo.tips/download/strengthening-access-to-primary-health-care-3>
- Hogan, Nancy y Lee Schmidt. 2002. "Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling". *Death Studies* 26, pp. 615-634.
- Hogan, Nancy; Janice Morse y Martiza Cerdas Tasón. 1996. "Toward an experiential theory of bereavement". *Omega* 33, pp. 43-65.
- Holmes, James S. 2000. "The name and nature of translation studies". En: Venuti, Lawrence (ed.) 2000. *The Translation Studies Reader*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 172-185.
- Holub, Elisabeth. 2010. "Does intonation matter The impact of monotony on listener comprehension". *The Interpreters' Newsletter* 15, pp. 117-126.
- Hordyk, Shawn Renee; Mary Ellen Macdonald y Paul Brassard. 2017. "Inuit interpreters engaged in end-of-life care in Nunavik, Northern Quebec". *International Journal of Circumpolar Health* 76:1. DOI: 10.1080/22423982.2017.1291868 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5345586/>
- Horowitz, Mardi. 1986. "Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders". *Hospital and Community Psychiatry* 37:3, pp. 242-249.
- Horowitz, Mardi. 1993. *Stress-response syndromes*. Northvale: Aronson.
- Horowitz, Mardi; Hnasjoerg Znoj y Carter Stinson. 1996. "Defensive control processes: use of theory in research, formulation, and therapy of stress response syndromes". En: Zeidner, Moshe y Norman Endler (eds.) 1996. *Handbook of Coping*. Nueva York: Wiley & Sons, pp. 532-553.

- House, Juliane. 2015. *Translation quality assessment. Past and present*. Londres/Nueva York: Routledge.
- Hoza, Jack. 1999. "Saving face: the interpreter and politeness". En: Watson, Douglas (ed.) 1999. *Journal of Interpretation*. Silver Spring: Rid Publications, pp. 39–70. <https://sites.google.com/site/ridpublicationsproject/home/journal-of-interpretation/joi-1999>
- Hsieh, Elaine y Brenda Nicodemus. 2015. "Conceptualizing emotion in healthcare interpreting: a normative approach to interpreters' emotion work". *Patient Education and Counseling* 22, pp. 1474–1481. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.012.
- Hsieh, Elaine. 2006. "Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions". *Social Science and Medicine* 62, pp. 721-730.
- Hsu, Tsai-Wen. 2011. "La traducción de las estrategias de cortesía en la correspondencia comercial en lengua china y lengua española". *Sendebarr* 22, pp. 43-71.
- Hunter-Adams, Jo y Hanna Andrea Rother. 2017. "A qualitative study of language barriers between South African health care providers and cross-border migrants". *BMC Health Services Research* 17:1.
- Iacono, Eleonora. 2014. "La alineación verbal del intérprete en un corpus de entrevistas médicas español-italiano". *Estudios de traducción* 4, pp. 145-160. ISSN: 2174-047X.
- Ide, Sachiko. 1989. "Formal forms and discernment: two neglected aspects of universals of linguistic politeness". *Multilingua* 8 :2-3, pp. 223-48.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina y Juan Miguel Ortega Herráez. 2015. "El intérprete oye voces...perspectivas académicas y profesionales radiografiadas y anotadas". En: Iliescu Gheorghiu, Catalina y Juan Miguel Ortega Herráez (eds.) 2015. *Special Issue: Insights in Interpreting. Status and Developments 2*. MONTI, pp. 9-37. ISSN: 1889-4178.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina, y Juan Miguel Ortega Herráez (eds.). 2015. *MonTI Special Issue 2. Insights in Interpreting. Status and Developments*. Alicante: Universidad de Alicante, Universitat Jaume I, Universitat de València.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina. 2007a. "En pro de una vinculación efectiva entre la enseñanza universitaria y la realidad laboral en el dominio de la interpretación". En: Albaladejo Martínez, Juan Antonio; Daniel Gallego y Miguel Tolosa (eds.) 2007. *La didáctica de la traducción en Europa e Hispanoamérica* Alicante: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Alicante, pp. 243-252. ISBN: 978-84-7908-909-2
- Iliescu Gheorghiu, Catalina. 2007b. "Sentido y sensibilidad en el papel del intérprete social en ámbito médico-sanitario en la provincia de Alicante". En: Mairal, R (ed.) 2007. *Aprendizaje de Lenguas, uso del Lenguaje y modelación Cognitiva: Perspectivas Aplicadas entre Disciplinas. Actas del XXIV Congreso Internacional de AESLA*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), pp. 1613-1618. ISBN: 978-84-611-6897-2.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina. 2007c. "The Role of Interpreting in Spanish Central and Local Government Integration Policies. The Case of the Romanian Population in Alicante". *Language and Intercultural Communication* 7:2, pp. 171-85. <https://doi.org/10.2167/laic273.0>.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina. 2008. "La interpretación en el ámbito sanitario en el caso de la población rumana. Sobre necesidades y realidades en la Provincia de Alicante". En: Fernández Juárez, Gerardo; Irene González y Puerto García Ortiz (eds.) 2008. *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Abya Yala, pp. 289-304. ISBN: 978-9978-22-717-6.

- Iliescu Gheorghiu, Catalina. 2016. "The role of languages and translation in the new configuration of paradiplomacy and multi-layered governance featuring our world society". En; Stoica, Alina; Ioan Horga y María Manuela Tavares Ribeiro (eds.) 2016. *Culture and paradiplomatic Identity. Instruments in sustaining EU Policies*. Newcastle, Cambridge Scholars Publishing, pp. 249-267.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina. 2021. "The language of diplomacy and the interpreter's metaphoric and imagological dilemmas". En: Mateo, José y Francisco Yus (eds.) 2021. *Metaphor in Economics and Specialized Discourse*. Frankfurt: Peter Lang, pp. 197-224.
- Iliescu Gheorghiu, Catalina. 2022. "Community Interpreting". En: Muñoz, Ricardo y Franco, Javier (eds.) *Enciclopedia de Traducción e Interpretación (ENTI)* de la Asociación Ibérica de Estudios de Traducción e Interpretación (AIETI). https://www.aieti.eu/enti/community_interpreting_SPA/
- Imai, Mutsumi; Junko Kanero y Takahiko Masuda. 2016. "The relation between language, culture, and thought". *Current Opinion in Psychology* 8, pp. 70–77.
- ISO. 2014. *ISO 13611:2014 - Interpreting - Guidelines for community interpreting*. <https://www.iso.org/standard/54082.html>
- ISO. 2018. *ISO 18841:2018 - Interpreting services - General requirements and recommendation*. <https://www.iso.org/standard/63544.html>
- Jacobs, Elizabeth; Neils Agger Gupta; Alice Chen; Adam Piotrowski y Eric Hardt. 2003. *Language Barriers in Health Care Settings: An Annotated Bibliography of the Research Literature*. Woodland Hills, CA: The California Endowment.
- Jacobs, Elizabeth; Alice Chen; Leah Karliner; Niels Agger Gupta y Sunita Mutha. 2006. "The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda". *The Milbank Quarterly* 84, pp. 111–133.
- Jacobs, Selby; Fay Hansen; Stanislav Kasl; Adrian Ostfeld; L. Berkman y K. Kim. 1990. "Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors". *Journal of Clinical Psychiatry* 51, pp. 269-274.
- Jacobsen, Bente. 2008. "Interactional pragmatics and court interpreting: an analysis of face". *Interpreting* 10:1, pp. 128-158.
- Jalbert, Martin. 1998. Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. *PRISME* 8 (3), pp. 94–111.
- Janoff Bulman, Ronnie. 1992. *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. Nueva York: The Free Press.
- Ji, Meng; Mustapha Taibi e Ineke Crezee. 2019. *Multicultural health translation, interpreting and communication*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 3-24.
- Jiang, Wenyong. 2000. "The relationship between culture and language". *ELT Journal* 54:4, pp. 328–334.
- Kabat-Zinn, Jon. 2011. *Vivir con plenitud la crisis* (5a ed.). Barcelona: Editorial Kairos.
- Kai, Joe; Jennifer Beavan y Christina Faull. 2011. "Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care". *British Journal of Cancer* 105:7, pp. 918–924.
- Karliner, Leah; Elizabeth Jacobs; Alice Chen y Sunita Mutha. 2007. "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature". *Health Service Research* 42:2, pp. 727-754.

- Kasper, Gabriele. 1990. "Linguistic politeness". *Journal of pragmatics* 14, pp. 193-218.
- Kastel, Anne; Karin Enskär y Olle Björk. 2011. "Parents' views on information in childhood cancer care". *European Journal of Oncology Nursing* 15:4, pp. 290-295. doi:10.1016/j.ejon.2010.10.007
- Kastenbaum, Robert. 1969. "Death and bereavement in later life". En: Kutscher, A. (ed.) 1969. *Death and bereavement*. Charles C Thomas Publisher Ltd.
- Katz, Vikki S. 2014. *Kids in the Middle: How Children of Immigrants Negotiate Community Interactions for Their Families*. Nueva York: Rutgers University Press.
- Kaul, Silvia. 2008. "Tipología del comportamiento verbal descortés en español". En: Briz Gómez, Antonio; Antonio Hidalgo; Marta Albelda; Josefa Contreras y Nieves Hernández Flores (eds.) 2008. *Cortesía y conversación: de lo escrito a lo oral. Tercer coloquio internacional del programa Edice*. Valencia/Estocolmo: Universidad de Valencia-Programa Edice, pp. 254-266.
- Keenan, Elinor Ochs. 1976. "The universality of conversational postulates". *Language in society* 5:1, pp. 67-80.
- Keene, Elizabeth; Nancy Hutton; Barbara Hall v Cynthia Rushton. 2010. "Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient". *Pediatric Nursing* 36:4, pp. 185-189.
- Kennard, David; Jeff Roberts v Barbara Elliott. 2002. "Group-analytic training conducted through a language interpreter: are we understanding each other?". *Group Analysis* 35: 2, pp. 209-235.
- Kerbrat Orecchioni, Catherine. 1996. *La conversation*. París: Seuil.
- Kientpointner, Manfred. 2008. "Impoliteness and emotional arguments". *Journal of Politeness Research* 4:2, pp. 243-265.
- Kindermann, David; Carolin Schmid; Cassandra Derreza-Greeven; Daniel Huhn; Maria Rupert; Florian Junne; Maritta Schleyer; Judith Daniels; Beate Ditzen; Wolfgang Herzog y Christoph Nikendei. 2017. "Prevalence of and risk factors for secondary traumatization in interpreters for refugees: a cross-sectional study". *Psychopathology* 50:4, pp. 262-272.
- Kirkman-Liff, Bradford y Delfi Mondragon. 1991. "Language of Interview: Relevance for Research of Southwest Hispanics". *American Journal of Public Health* 81, pp. 1399-1404.
- Kissane, David; Barry Bultz; Phyllis Butow e Ilora Finlay. (2ª ed.) 2017. *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Londres: Oxford University Press.
- Kissane, David; Barry Bultz; Phyllis Butow; Carma Bvlund; Simon Noble v Susie Wilkinson (eds). 2017. *Oxford textbook of communication in oncology and palliative care* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Klass, Dennis; Phyllis Silverman y Steven Nickman (eds.). 1996 [2014]. *Continuing bonds: new understandings of grief*. Washington D.C.: Taylor & Francis.
- Knapp, Mark y John Daly. 2011. *The SAGE Handbook of Interpersonal Communication*. MA: Harvard University Press.
- Knapp-Potthoff, Annelie v Karlfried Knapp. 1987. "The man (or woman) in the middle: discursual aspects of non-professional interpreting". En: Knapp, Karlfried; Werner Enninger v Annelie Knapp Potthoff (eds.) 1987. *Analyzing intercultural communication*. The Hague: Mouton de Gruyter, pp. 181-211.

- Knaul, Felicia Marie; Paul Farmer; Eric Krakauer; Liliana De Lima Liliana; Afsan Bhadelia; Xioxiao Jiang Kwete; Héctor Arreola-Ornelas; Octavio Gómez Dantés; Natalia Rodríguez; George Alleyne; Stephen Connor; David Hunder; Diederick Lohman; Lukas Radbruch; María del Rocío Sáenz Madrigal; Rifat Atun; Kathleen Foley; Julio Frenk; Dean Jamison y Rajagopal, Manoj. 2017. "Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief - An Imperative of Universal Health Coverage: The Lancet Commission Report". *The Lancet* 391, pp. 1391–1454. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>
- Kohut, Heinz. 1971. *The analysis of the self*. Nueva York: International University Press.
- Kohut, Heinz. 1978. *The restoration of the self*. Nueva York: International University Press.
- Krouglov, Alexander. 1999. "Police Interpreting". *The Translator* 5:2, pp. 285-302. <https://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799045>.
- Krupic, Ferid; Kristian Samuelsson; Nabi Fatahi; Olof Skoldenberg y Arkan Sayed-Noor. 2017. "Migrant general practitioners' experiences of using interpreters in health-care: a qualitative explorative study". *Medical Archives* 71:1, pp. 42-47.
- Krystal, Henry. 1978a. "Trauma and affects". *Psychoanalytic Study of Child* 33, pp. 81-116.
- Krystal, Henry. 1978b. *Integration and self-healing: affect, trauma and alexithymia*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
- Krystallidou, Demi y Peter Pype. 2018. "How interpreters influence patient participation in medical consultations: the confluence of verbal and nonverbal dimensions of interpreter-mediated clinical communication". *Patient Education and Counseling* 101, pp. 1804–1813. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.006.
- Kübler Ross, Elisabeth. 1969. *Sobre la muerte y los moribundos*. Buenos Aires: Paidós.
- Kuo, David v Mark J. Fagan. 1999. "Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of general internal medicine*". *Journal of general internal medicine* 14:9, pp. 547-550. ISSN 0884-8734. DOI 10.1046/j.1525-1497.1999.07258.
- Kurz, Ingrid. 2001. "Conference Interpreting: Quality in the Ears of the User". *Meta* 46:2, pp. 394-409.
- Kurz, Ingrid. 2012. *Danica Seleskovitch Prize Acceptance Speech*. http://www.danica-seleskovitch.org/Discours_Kurz_10mars12.pdf
- Lacasta Reverte, María Antonia y Eladio Darío García Rodríguez. 2016. *El duelo en los cuidados paliativos. Guía Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. <https://www.secpal.com/EL-DUELO-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS>
- Lafuente, María José. 1996. "Familia y muerte". En: Millán Ventura, Manuel (ed.) 1996. *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico*. Valencia: Promolibro, pp. 259-288.
- Lai, Miranda; Georgina Heydon y Sedat Mulayim. 2015. "Vicarious Trauma among interpreters". *International Journal of Interpreter Education* 7:1, pp. 3-22.
- Lakoff, Robin. 1973. "The logic of politeness: or, minding your P's and Q's". *Proceedings from the Annual Meeting of the Chicago Linguistic Society* 9:1, pp. 292-305.
- Lakoff, Robin. 1975. *Language and woman's place*. Nueva York: harper and Row.

- Lakoff, Robin. 1977. "What you can do with words: politeness, pragmatics and performative". In Rogers, Andy; Robert Eugene y John Murphy (eds.), *Proceedings of the Texas Conference on performatives, presuppositions, and implicatures*. Arlington: Center of Applied Linguistics, 79-105.
- Lakoff, Robin. 1989. "The limits of politeness: therapeutic and courtroom discourse". *Multilingua* 8:2-3, pp. 101-129.
- Lang, Ranier. 1975. "Orderlies as interpreters in Papua New Guinea". *Papua and New Guinea Medical Journal*, 18(3). Pp. 172-177.
- Lárazo Gutiérrez, Raquel y María del Mar Sánchez Ramos. 2015. "El uso de corpus en la formación de intérpretes en los Servicios Públicos en casos de violencia de género en España". En: Sánchez Nieto, María Teresa; Susana Álvarez Álvarez; Verónica Arnáiz-Uzquiza; Teresa Ortego Antón; Leticia Santamaría Ciordia y Rosa Fernández Muñiz (eds.) 2015. *Metodologías y aplicaciones en la investigación en traducción e interpretación con corpus*. Universidad de Valladolid, pp. 183-196. ISBN: 978-84-8448-823-1.
- Lautrette, Alexandre; Michael Darmon; Bruno Megarbane; Luc Marie Joly; Sylvie Chevret; Christophe Adrie; Didier Barnoud; Gérard Bleichner; Cédric Bruel; Gérard Choukroun; J Randall Curtis; Fabienne Fieux; Richard Galliot; Maite Garrouste Orgeas; Hugues Georges; Daniy Goldgran Toledano; Mercé Jourdain; Georges Loubert; Jean Reignier; Fayçal Saidi; Bertrand Souweine; François Vincent; Nancy Kentish Barnes; Frédéric Pochard; Benoit Schlemmer y Elie Azoulay. 2007. "A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU". *The New England Journal of Medicine* 356:5, pp. 469-478. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17267907/>
- Lavandera, Beatriz. 1988. "The study of language in its socio-cultural context". En: Newmeyer, Frederick J. (ed.) 1988. *Linguistics: The Cambridge Survey*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-13. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511620577>
- Lazarus, Richard. 1991. *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Leanza, Yvan. 2003. *Education, pédiatrie et cultures. Du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*. Tesis doctoral. University of Geneva.
- Leanza, Yvan. 2005. "Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers". *Interpreting* 7:2, pp. 167-192.
- Leanza, Yvan; Isabelle Boivin y Ellen Rosenberg. 2013. "The patient's Lifeworld: building meaningful clinical encounters between patients, physicians and interpreters". *Communication & Medicine* 10, pp. 13-25.
- Lee, Jieun. 2013. "A study of facework in interpreter-mediated courtroom examination". *Perspectives Studies in Translatology* 21:1, pp. 1-18. <https://doi.org/10.1080/0907676X.2011.629729>.
- Lee, Jonathan; Eliseo Pérez Stable; Steven Gregorich; Michael Crawford; Adrienne Green; Jennifer Livaudais Toman v Leah Karliner. 2017. "Increased Access to Professional Interpreters in the Hospital Improves Informed Consent for Patients with Limited English Proficiency". *Journal of General Internal Medicine* 32:8, pp. 863-870. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28185201/>
- Lee, Stephanie; Anthony L. Back; Susan Block y Susan Stewart. 2002. "Enhancing physician-patient communication". *American society of hematology*, pp. 464-483.
- Leech, Geoffrey. 1983. *Principles of pragmatics*. Londres: Longman.

- Leech, Geoffrey. 1977. *Language and tact*. Amsterdam: Benjamins.
- Leech, Geoffrey. 1980. *Explorations in semantics and pragmatics*. Amsterdam: Benjamins.
- Lenglet, Cédric. 2015. “Norms in face-threatening instances of simultaneous conference interpreting: results from a questionnaire”. En: Iliescu Gheorghiu, Catalina, y Juan Miguel Ortega Herráez (eds.) 2015. *MonTI Special Issue 2. Insights in Interpreting. Status and Developments*. Alicante: Universidad de Alicante, Universitat Jaume I, Universitat de València, pp. 237-57.
- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/eli/es-cn/1/2015/02/09/1>
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. *Boletín Oficial del Estado* 70. <https://www.boe.es/eli/es-ar/1/2011/03/24/10/con>
- Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/eli/es-pv/1/2016/07/08/11>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. *Boletín Oficial del Estado* 102. <https://www.boe.es/eli/es/1/1986/04/25/14/con>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, número 128, de 29 de mayo de 2003 <https://www.boe.es/eli/es/1/2003/05/28/16/con>
- Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. *Boletín Oficial del Estado* 183. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-10760-consolidado.pdf>
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial del Estado* 127. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-8326-consolidado.pdf>
- Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado* 34. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-2493-consolidado.pdf>
- Ley 3/2021, de 12 de abril, por la que se adoptan medidas complementarias, en el ámbito laboral, para paliar los efectos derivados del COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, número 88. <https://www.boe.es/eli/es/1/2021/04/12/3>
- Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. *Boletín Oficial del Estado* 96. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-4332-consolidado.pdf>
- Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las personas en el proceso de morir. *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/eli/es-md/1/2017/03/09/4>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* 274, de 15 de noviembre de 2002, pp. 40126-40132. <https://www.boe.es/eli/es/1/2002/11/14/41>
- Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/eli/es-ga/1/2015/06/26/5/con>

- Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de final de vida. *Boletín Oficial del Estado* 181. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10580
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/eli/es-cl/1/2003/04/08/8>
- Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial del Estado* 99. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=12315>
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado* 72. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado* 10. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>
- Lilly, Craig; Dawn De Meo; Larry Sonna; Kathleen Haley; Anthony Massaro; Robert Wallace y Sean Cody. 2000. "An intensive communication intervention for the critically ill". *American Journal of Medicine* 109:6, pp. 469-475.
- Lindeman, Erich. 1944. "Symptomatology and management of acute grief". *American Journal of Psychiatry* 101, pp. 141-148.
- Liu, Minhua. 2008. "How do experts interpret? Implications from research in interpreting studies and cognitive science. En: Hansen, Gyde; Andrew Chesterman y Hidrum Gerzymisch Arbogast (eds.) 2008. *Efforts and models in interpreting and translation research: a tribute to Daniel Gile*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 159-177.
- Liu, Minhua. 2011. "Methodology in interpreting studies: a methodological review of evidence-based research". En: Nicodemus, Brenda y Sydney Swabey (eds.) 2011. *Advances in interpreting research: inquiry in action*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 85-119.
- Locatis, Craig; Deborah Williamson; Carrie Gould Kabler; Laurie Zone Smith; Isabel Detzler; Jason Roberson; Richard Maisiak y Michael Ackerman. 2010. "Comparing in-person, video and telephonic medical interpretation". *Journal of General International Medicine* 25:4, pp. 345-350. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2842540/>
- Locher, Miriam A. 2004. *Power and politeness in action: disagreements in oral communication*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Locher, Miriam A. y Richard J. Watts. 2005. "Politeness theory and relational work". En: O'Driscoll, Jim (ed.) 2005. *Journal of Politeness Research: Language, Behaviour, Culture 1*. Londres: Mouton de Gruyter, pp. 9-33.
- López Fuentetaja, Ana M. y Odei Iriondo Villaverde. 2018. "Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres". *Revista Clínica Contemporánea* 9, pp. 1-24.
- López García de Madinabeitia, Ana Pía. 2011. "Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 31:109, pp. 53-70.
- López Sánchez, Juan Rafael y Silvia Rivera Largacha. 2018. "Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales". *Revista de Ciencias de la Salud* 16:2, pp. 340-356.
- Lorenz, Larkin. 1998. "Selecting and implementing support groups for bereaved adults". *Cancer Practice* 6:3, pp. 161-166.

- Lourie, Joan. 1996. "Cumulative trauma: the nonproblem problem". *Journal of Transactional Analysis* 26, pp. 276-283.
- Lowe, Sonya; Sandra Martins Pereira y Sarah Yardley. 2021. "Communication in palliative care during the COVID-19 pandemic: lessons from rapidly changing, uncertain, complex, and high-stake interventions". *Palliative Medicine* 35:7, pp. 1222-1224. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/02692163211023208>
- Lucock, Michael; Susan Morley; Joan White y Michael Peake. 1997. "Responses of consecutive patients to reassurance after gastroscopy: results of self-administered questionnaire survey". *British Medical Journal* 35, pp. 572-575.
- Luecken, Linda J. 2008. "Long term consequences of parental death in childhood: psychological and physiological manifestations". En: Stroebe, Margaet; Robert Hansson; Henk Schut y Wolfgang Stroebe 2001. *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 397-416.
- Lundorff, Marie; Helle Holmgren; Robert Zachariae; Ingeborg Farver- Vestergaard y Maja O'Connor. 2017. "Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis". *Journal of Affective Disorder* 212:1, pp. 138-149.
- Macías Fernández, José Ángel; María Luisa Vargas y María José Rodríguez. 1996. "Perfil clínico del paciente con reacción de duelo". *Informaciones psiquiátricas* 146, pp. 527-534.
- Maetens, Arno; Kim Beernaert; Luc Deliens; Régis Aubry; Lukas Radbruch y Joachim Cohen. 2017. "Policy Measures to Support Palliative Care at Home: A Cross-Country Case Comparison in Three European Countries". *Journal of Pain Symptom Management* 54:4, pp. 523-529.
- Magaña Loarte, Marisa y José Carlos Bermejo Higuera. 2014. *Modelo Humanizar de intervención en duelo: centro de escucha San Camilo*. Santander: Sal Terrae.
- Maguire, Peter. 1998. "Breaking bad news". *European Journal of Cancer* 24: pp. 188-91.
- Marcos, Luis R. 1979. "Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English speaking patients". *American Journal of Psychiatry* 136:2, pp. 171-174.
- Marian, Viorica y Margarita Kaushanskaya. 2004. "Self-construal and emotion in bicultural bilinguals". *Journal of Memory and Language* 51:2, pp. 190-201.
- Marín Teieda, Miguel. 2017. Prevención de burnout v fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 9:2, pp. 117-123. ISSN 2007-0780.
- Martin, Anne e Isabel Abril Martí. 2002. "Los límites difusos del papel del intérprete social". En Valero Garcés, Carmen v Mancho Barés Guzmán (eds.) 2002. *Traducción e Interpretación en los servicios públicos: nuevas necesidades para nuevas realidades*. Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones, pp. 57-62.
- Martin, Anne. 2003. "Investigación en interpretación social: estado de la cuestión. Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación". En: García Peinado, Miguel y Emilio Ortega Arjonilla (eds.) 2003. *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio, 1:1, pp. 431-446.
- Martínez-Gómez Gómez, Aída. 2011. *La interpretación en instituciones penitenciarias*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Maslach, Christina. 1982. *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Mason, Ian (ed.) 2001. *Triadic exchanges: Studies in Dialogue interpreting*. Manchester: St. Jerome, pp. 51-70.
- Mason, Ian. 2009. "Role, positioning and discourse in face-to-face interpreting". En: De Pedro Ricoy, Raquel; Isabelle Pérez y Christine Wilson (eds.) 2010. *Interpreting and Translating in Public Service Settings*. Londres: Routledge, pp. 52-73.
- Mayoral Asencio, Roberto. 2003. "Los cambios en la profesión del Traductor e Intérprete Jurado en España. En: Valero Garcés, Carmen (ed.). 2003. *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 127-132.
- McCann, Lisa y Laurie Pearlman. 1990. "Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims". *Journal of Traumatic Stress 3:1*, pp. 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- McDowell, Liz; De Anne Messias y Robin Dawson Estrada. 2011. "The work of language interpretation in health care: complex, challenging, exhausting and often invisible. *Journal of Transcultural Nursing 22:2*, pp. 137-147.
- McFarlane, Alexander. 1988. "Recent life events and psychiatric disorder in children: The interaction with preceding extreme adversity". *Journal of Clinical Psychiatry 29:5*, pp. 677-690.
- Meechan, Gerry; James Collins; Rona Moss Morris y Kevin Petrie. 2005. "Who is not reassured following benign diagnosis of breast symptoms?". *Psychooncology 14:3*, pp. 239-246.
- Meier, Ardith J. 1995. "Passages of politeness". *Journal of Pragmatics 24*, pp. 381-92.
- Meléndez, Alberto y Esther Limón. 2018. "Del paliativo no oncológico al paciente crónico avanzado. Más allá de las palabras. El reto de los cuidados paliativos del siglo XXI". *Monografías SECPAL sobre Cronicidad Avanzada*. Madrid: Angelini. ISBN: 978-84-09-01557-3. Pp: 13-16.
- Mellinger, Christopher J. y Thomas A. Hanson. 2019. "Meta-analyses of simultaneous interpreting and working memory". *Interpreting 21:2*, pp. 165-195.
- Menoyo García de Garayo, Usue. 2020. *Análisis de la interpretación en contextos de salud mental en España y propuestas de actuación*. Trabajo de fin de máster. Universidad de Alcalá. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/46807>
- Mesa, Anne Marie. 2000. "The cultural interpreter: an appreciated professional. Results of a Study on Interpreting Services: client, healthcare worker and interpreter points of view". En: Roberts, Roda; Silvana E. Carr, Diana Abraham y Aideen Dufour (eds.) 2000. *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 67-82.
- Messias, Liz McDowell y Robin Dawson Estrada. 2009. "Language interpreting as social justice work: perspectives of formal and informal healthcare interpreters. *Advances in Nursing Science 32*, pp. 128-143.
- Mikkelsen, Holly. 1996. "Community Interpreting: An Emerging Profession". *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting 1:1*, pp. 125-129.
- Mikkelsen, Holly. 2000. *Introduction to Court Interpreting*. Manchester: St. Jerome.
- Miller, Kenneth; Zoe Martell; Linda Pazdirek; Melissa Caruth y Diana López. 2005. "The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study". *American Journal of Orthopsychiatry 75:1*, pp. 27-39.

- Mills, Sara. 2003. *Gender and politeness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mills, Sara. 2005. "Gender and impoliteness". *Journal of Politeness Research* 1:2, pp. 263-280.
- Ministerio de Sanidad. Consumo v Bienestar Social del Gobierno de España. 2020a. *Manejo en domicilio de pacientes al final de la vida que requieran sedación paliativa en el contexto de la pandemia por COVID-19*. https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCo/documentos/18_06MANEJOENDOMICILIODEPACIENTESREQUIERENSEDAACION.pdf
- Ministerio de Sanidad. Consumo v Bienestar Social del Gobierno de España. 2020b. Información para profesionales sobre el uso de la infografía "Afrontar el duelo en tiempo de Coronavirus". <https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCo/documentos/20200403DueloDocumentoProfesionales.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España. 2000. *Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est7.pdf.pdf
- Mjaaland, Trond Arne; Arnstein Finset; Bard Fosli Jensen y Pal Gulbrandsen. 2010. "Patients' negative emotional cues and concerns in hospital consultations: a video-based observational study". *Patient Education and Counseling* 85:3, pp. 356-362. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21392928/>
- Monacelli, Claudia. 2009. *Self-preservation in simultaneous interpreting: surviving the role*. Amsterdam: John Benjamins.
- Montalt i Resurrecció, Vicent e Isabel García Izquierdo. 2016. "¿Informar o comunicar? Algunos temas emergentes en comunicación para pacientes". *Panacea* 27:44, pp. 81-84. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_editorial.pdf
- Montalt i Resurrecció, Vicent y María González Davies. 2007. *Medical Translation Step by Step*. Manchester: St Jerome.
- Montalt i Resurrecció, Vicent. 2019. "Medical translation in crisis situations". Eh: Declercq, Christophe y Federico Marco Federici (eds.) 2020. *Intercultural crisis communication. Translation, Interpreting and Languages in Local Crises*. Londres: Bloomsbury Academic, pp. 105-126. ISBN: 9781350097056
- Montalt i Resurrecció, Vicent; Karen Zethsen y Wioleta Karwacka (eds.). 2018. *Current Challenges and Emerging Trends in Medical Translation. Monti 10*. Alicante: Universidad de Alicante, Universitat Jaume I, Universitat de València.
- Montesinos. Antonieta: Andrés Román: Maribel Muñoz v Lucía Elías. 2013. "Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología". *Revista Chilena de Pediatría* 84:6, pp. 650-658.
- Montori, Víctor; Amiram Gafni y Cathy Charles. 2006. "A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes". *Health Expectations: International Journal of Public Participation in Healthcare and Health policy* 9:1, pp. 25-36.
- Morris, Charles. 1938. *Foundations of the theory of signs*. Chicago: Chicago University Press.
- Moser Mercer, Barbara 2015. "Interpreting in conflict zones". En: Mikkelson, Holly y Renée Jourdenais (eds.) 2015. *The routledge handbook of interpreting*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 302-316.

- Moser Mercer, Barbara: Leïla Kherbiche v Barbara Class. 2014. "Interpreting conflict: training challenges in humanitarian field interpreting". *Journal of Human Rights Practice* 6:1, pp.140-158.
- Moser-Mercer, Barbara v Grégorire Bali. 2008. Interpreting in zones of crisis and war. *Semantic Scholar*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Interpreting-in-zones-of-crisis-and-war-Moser-Mercer-Bali/ea836f89f6fecb8d69ee51c9ad6d10fd0698a54>
- Moser-Mercer, Barbara. 2015. "Interpreting in conflict zones". En: Mikkelson, Holly y Renée Jourdenais (eds.) 2015. *The Routledge handbook of interpreting*, pp. 302-316.
- Mostafazadeh-Bora, Mostafa y Armin Zarghami. 2017. "Breaking and sharing bad news in end of life: the religious and culture matters". *Journal of Religion and Health* 56:5, pp. 1655-1657.
- Moursund, Janet y Robert Erskine. 2004. *Integrative psychotherapy: the art and science of relationship*. Boston: Cengage Learning.
- Müller, Frank E. 1989. "Translation in bilingual conversation: pragmatic aspects of translatory interaction". *Journal of Pragmatics* 13:5, pp. 713-739.
- Muller, Paul. 2002. "The SPIKES approach can make this difficult task easier". *Postgraduate Medicine* 112:3, pp. 15-16.
- Muñoz Miquel, Ana. 2014. "El perfil y las competencias del traductor médico desde el punto de vista de los profesionales: una aproximación cualitativa". *Trans* 18, pp. 163-181. http://www.trans.uma.es/Trans_18/Trans18_163-181_art2.pdf
- Murray, Elizabeth; Cathy Charles y Amiram Gafni. 2006. "Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice". *Patient Education and Counseling* 62:2, pp. 205-211. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16139467/>
- Murray, Scott; Adam Firth; Nils Schneider; Bart Van den Eynden; Xavier Gómez Batiste; Trine Brogaard; Tiago Villanueva; Jurgen Abela; Steffen Eychmuller; Geoffrey Mitchell; Julia Downing; Libby Sallnow; Erik Van Rijswijk; Alan Barnard; Marie Lynch; Frederic Fogen y Sébastien Moine. 2015. "Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care". *Journal of Palliative Medicine* 29:2, pp. 101-111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25395577/>
- Nakane, Ikuko. 2013. "Language rights in Japanese criminal courts: Bridging the gap between legal professionals and language professionals". *Asian Studies Review* 37:3, pp. 302-318. doi:10.1080/10357823.2013.771134.
- Napier, Jemina Melinda y Roz Barker. 2004. "Sign language interpreting: the relationship between metalinguistic awareness and the production of interpreting omissions". *Sign Language Studies* 4:4, pp. 369-393.
- Napier, Jemina Melinda. 2002. *Sign language interpreting: linguistic coping strategies*. Coleford: Douglas McLean.
- Napier, Jemina. 2011. "It's not what they say but the way they say it. A content analysis of interpreter and consumer perceptions of signed language interpreting in Australia". *International Journal of the Sociology of Language* 207, pp. 59-87.
- Ndongo-Keller, Justine. 2015. "Vicarious Trauma (VT) and stress management". En: Mikkelson, Holly y Renée Jourdenais (eds.) 2015. *The Routledge Handbook of Interpreting*. Londres: Routledge.
- Neimeyer, Robert A. 2016. *Techniques of grief therapy: assessment and intervention*. Nueva York: Routledge. ISBN: 978-1138905931

- Neimeyer, Robert. 2000. "Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction". *Death Studies* 24, pp. 541-558.
- Neimeyer, Robert. 2001. *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, Robert; Holly Prigerson, y Betty Davies. 2002. "Duelo y significado". *Revista de Psicoterapia* 13:49, pp. 5-24.
- Nevado Llopis, Almudena. 2014. "Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva". *Panace@* 15:40, pp. 278-289.
- Nevado Llopis, Almudena. 2018. "Mapa de la situación de la traducción y la interpretación en los servicios Públicos en Aragón". En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 31-46
- Ngo-Metzger, Quyen; Dara Sorkin; Russell Phillips; Sheldon Greenfield; Michael Massagli; Brian Clarridge y Sherrie Kaplan. 2007. "Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use". *Journal of General Internal Medicine* 22:2, pp. 324-30.
- Niska, Helge. 2004. *Community Interpreting in Sweden: A short presentation*. Stockholm: Tolk- och översättarinstitutet.
- Noguera, Antonio; Deborah Bolognesi; Eduardo Garralda; Monica Beccaro; Aleksandra Kotlinska-Lemieszek; Carl Johan Fürst; John Ellershaw; Frank Elsner; Agnes Csikos; Marilène Filbet; Guido Biasco y Centeno, Carlos. 2018. "How Do Experienced Professors Teach Palliative Medicine in European Universities? A Cross-Case Analysis of Eight Undergraduate Educational Programs". *Journal of Palliative Medicine* 21:11, pp. 1621-1626.
<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2018.0071>
- Norricks, Neal R. 2010. "Listening practices in television celebrity interviews". *Journal of Pragmatics* 42:2, pp. 525-543.
- Norris, Wendi; Marjorie Wenrich; Elizabeth Nielsen; Patsy Treece; Carey Jackson y Randall Curtis. 2005. "Communication about end-of-life care between language-discordant patients and clinicians: insights from medical interpreters". *Journal of Palliative Medicine* 8, pp. 1016-1026.
- O'Brien, Sharon y Federico Marco Federici. 2019. "Crisis Translation: Considering Language Needs in Multilingual Disaster Settings". *Disaster Prevention and Management* 29: 2, pp. 129-143. doi:10.1108/DPM-11-2018-0373.
- Oda, Melanie y Donna Joyette. 2003. "Interpreting for the perpetrator in the partner assault response program". En: Brunette, Louise; Georges Bastin; Isabelle Hemlin y Heather Clarke (eds.) 2003. *The Critical Link 3: interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 147-161.
- Oléron, Pierre y Hubert Nanpon. 1965. "Research into simultaneous translation". En: Pöchhacker, Franz y Miriam Shlesinger (eds.) 2002. *The Interpreting Studies Reader*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 43-50.
- Ooi, Chew; Rosanna Rooney; Clare Roberts; Robert Kane; Bernadette Wright y Nikos Chatzisarantis. 2016. "The efficacy of a group cognitive behavioural therapy for war-affected young migrants living in Australia: A cluster randomized controlled trial". *Frontiers in Psychology* 7, pp. 1641. doi:10.3389/fpsyg.2016.01641.

- Orange, Donna. 1995. *Emotional understanding: studies in psychoanalytic epistemology*, Nueva York: Guilford Press.
- Orellana, Marjorie Faulstich; Lisa Dorner y Lucila Pulido. 2003. "Accessing assets: Immigrant youth's work as family translators or "para-phrasers". *Social Problems* 50:4, pp. 505-524.
- Orozco Jutorán, Mariana. 2018. "The TIPp project: developing technological resources based on the exploitation of oral corpora to improve court interpreting". *Intralinea* 20. Special Issue: New Findings in Corpus-based Interpreting Studies.
- Ortega Arjonilla, Emilio y Ana Belén Martínez López (eds.). 2018. *Traducción e Interpretación en el ámbito sanitario* (2ª ed.). Granada: Comares.
- Ortega Herráez, Juan Miguel y María Jesús Blasco Mayor. 2018. "Radiografía (2006-2016) de la provisión de servicios lingüísticos en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana". En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 171-201.
- Ortega Herráez, Juan Miguel; María Isabel Abril Martí y Anne Martin. 2009. "Community interpreting in Spain: A comparative study of interpreters' self-perception of role in different settings". En: Hale, Sandra; Uldis Ozolins y Ludmila Štern (eds.) 2009. *The Critical Link 5: Quality in interpreting- a shared responsibility*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, pp. 149-167.
- Ortego Antón, María Teresa. 2017. Los sistemas de gestión terminológica desde la perspectiva de los intérpretes en el ámbito biosanitario. *Panace@* 18:46, pp. 108-113. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n46_tribuna-MTOrtego-Anton.pdf
- Ozolins, Uldis. 2000. "Communication needs and interpreting in multilingual settings: the international spectrum of response" En: Roberts, Roda; Silvana E. Carr, Diana Abraham y Aideen Dufour (eds.) 2000. *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 21-33.
- Ozolins, Uldis. 2004. *VITS Language Link Survey of Interpreting Practitioners*. Melbourne. <http://www.vits.com.au/downloads/VITS%20Survey%20Report-Final.pdf>
- Ozolins, Uldis. 2007. "The interpreter's 'third client': Interpreters, professionalism and interpreting agencies". En: Wadensjö, Claudia; Birgitta Englund Dimitrova y Anna-Lena Nilsson (eds.) 2007. *The Critical Link 4: Professionalisation of Interpreting in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 121-131.
- Ozolins, Uldis. 2010. "Factors that determine the provision of public service interpreting: comparative perspectives on government motivation and language service implementation". *The Journal of Specialised Translation* 14:1, pp. 194-215.
- Padilla Benítez, Presentación; Pedro Macizo Soria y María Teresa Bajo Molina. 2007. *Tareas de traducción e interpretación desde una perspectiva cognitiva: una propuesta integradora*. Granada: Atrio.
- Paiva, Lucélia Elizabeth. 2011. "Relación entre el médico y su paciente ante la muerte". En: Santana Santos, Franklin 2011. *Cuidados paliativos*. México: Manual Moderno.
- Parkes, Colin Murray y Robert S. Weiss. 1983. *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic books.
- Parkes, Colin Murray. 1972 [1975]. *Bereavement: studies of grief in adult life* (2ª ed.). Londres: Pelican Books.

- Parkes, Colin Murray. 1998. "Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes". *Journal of Social Issues* 54, pp. 267-277.
- Pastor Montero, Sonia. 2016. *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Patel, Darshan; Elliot Wakeam; Margaux Genoff; Imran Mujawar; Stanley Ashley y Lisa Diamond. 2015. "Preoperative consent for patients with limited English proficiency". *The Journal of Surgical Research* 200:2, pp. 514-522.
- Pavlenko, Aneta. 2005. *Emotions and Multilingualism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Payán, Catalina Enna. 2012. "Comunicar malas noticias: una tarea difícil pero necesaria", *CIRUPED*, 2:1, pp. 35-39.
- Payán, Catañoma Emma; David Andrés Montoya; John Jairo Vargas; María Clara Vélez; Alfonso Castaño y Alicia Krikorian. 2009. "Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective". *Colombia Médica* 40:2, pp. 158-166.
- Payás Puigarnau, Alba. 2007. "Intervención grupal en duelo". En: Camps Herrero, Carlos y Pedro Sánchez Hernández (eds.) 2007. *Duelo en oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), pp. 169-182.
- Payás Puigarnau, Alba. 2010. *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Payás Puigarnau, Alba. 2014. *El mensaje de las lágrimas*. Barcelona: Paidós.
- Payás Puigarnau, Alba. 2020. *Duelo Por COVID-19. Retos terapéuticos en su abordaje* (1ª ed.). Barcelona: Instituto IPIR.
- Paz, Silvia y David Clark. 2005. "Palliative Care in Colombia". *Progress in Palliative Care* 13:2.
- Pena Díaz, Carmen. 2016. "Public service interpreting and translation (PSIT) as a social integration tool". *New Voices in Translation Studies* 14, pp. 74-99. ISSN: 1819-5644.
- Pena Díaz, Carmen. 2019. "Child language brokering: challenges in Spanish intercultural education". *Intercultural Education* 30:4, pp. 368-382, DOI: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14675986.2018.1540107>
- Peng, Gracie. 2011. "Using rhetorical structure theory to describe the development of coherences in interpreting trainees". En: Setton, Robin (ed.) 2011. *Interpreting Chinese, Interpreting China*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 106-133.
- Pérez Estevan, Elena. 2016. "¿Equilibrio de poderes entre el intérprete y el profesional sanitario? Análisis de la situación y propuesta de formación". *FITISPos International Journal* 3, pp. 82-91.
- Pérez Estevan, Elena. 2017. Migración e interpretación: ¿sociedades desinformadas? en *Philologica Jassyensia* 2:26, pp. 225-235.
- Pérez Estevan, Elena. 2018a. "La traducción y comunicación del consentimiento informado como medida para garantizar su comprensibilidad." En: Montalt, Vicent; Karen Zethsen y Wioleta Karwacka (eds.) 2018. *Retos actuales y tendencias emergentes en traducción médica / Current challenges and emerging trends in medical translation*. *MonTI* 10, pp. 75-91.

- Pérez Estevan, Elena. 2018b. “La comunicación en el contexto médico-sanitario multicultural. Conflictos y soluciones”. En: Cutillas Orgilés, Ernesto (ed.). 2018. *Convergencia y transversalidad en humanidades. Actas de las VII Jornadas de Investigación de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Alicante*. ISBN: 9788494823. 123-128.
- Pérez Stable, Eliseo; Anna Napoles Springer y José Miramontes. 1997. “The Effects of Ethnicity and Language on Medical Outcomes of Patients with Hypertension or Diabetes”. *Medical Care* 35:12, pp. 1212–1219.
- Pérez, Isabelle y Christine Wilson. 2007. “Interpreter-mediated police interviews. Working as a professional team”. En: Wadensjö, Cecilia; Birgitta Englund Dimitrova y Anna Lena Nilsson (eds.) 2007. *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 79-93. ISBN 1-282-15483-4.
- Pérez-Luzardo Díaz, Jessica y Magdalena Fernández Pérez. 2018. “La provisión de la traducción y la interpretación en los servicios públicos de Canarias: retos de un territorio insular”. En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 65-81.
- Pergert, Pernilla; Solving Ekblad; Karin Enskar y Olle Bjork. 2007. “Obstacles to transcultural caring relationships: experiences of health care staff in pediatric oncology”. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 24:6, pp. 314–328.
- Pham Kiemanh; Daryl Thornton; Ruth Engelberg; Carey Jackson y Randall Curtis. 2008. “Alterations during medical interpretation of ICU family conferences that interfere with or enhance communication”. *Chest* 134, pp. 109–116. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18347204/>
- Phelan, Michael y Sue Parkman. 1995. “How to do it: Work with an interpreter”. *British Medical Journal* 311, pp. 555-557. <https://www.bmj.com/content/311/7004/555>
- Picco, Gabriela. 2017. “Compasión: una de las tres «C»”. *Medicina Paliativa* 24:3, pp. 169-171.
- Placencia, María Elena y Diana Bravo. 2002. *Actos de habla y cortesía en español*. Muenchen: Lincom Europa.
- Pöchhacker, Franz y Miriam Shlesinger. 2007. *Healthcare Interpreting*. Vol. 9. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Pöchhacker, Franz. 1999. “Getting Organized': The Evolution of Community Interpreting”. *Interpreting* 4:1, pp. 125-141.
- Pöchhacker, Franz. 2000. “The Community Interpreter's Task: Self-Perception and Provider Views.” En Roberts, Roda P.; Silvana Ester Carr; Diana Abraham y Aideen Dufour 2000. *The critical link 2: interpreters in the community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 49-65.
- Pöchhacker, Franz. 2001. “Quality Assessment in Conference and Community Interpreting”. *Meta: Journal des traducteurs* 46:2, pp. 410-425.
- Pöchhacker, Franz. 2002. “Researching interpreting quality. Models and methods.” En: Garzone, Giuliana y Maurizio Viezzi (eds.) 2002. *Interpreting in the 21st Century*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, pp. 95-106.
- Pöchhacker, Franz. 2004. *Introducing interpreting studies*. Londres/Nueva York: Routledge.

- Pöchhacker, Franz. 2006. "Research and methodology in healthcare interpreting." En: Hertog, Erik y Bart van der Veer (eds.) 2006. *Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*. Amberes: Hogeschool Antwerpen, pp. 135-159.
- Pöchhacker, Franz. 2015. *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. Londres/Nueva York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz. 2016. *Introducing interpreting studies*. (2.a ed). Londres/Nueva York: Routledge.
- Pöllabauer, Sonia v Annika Bergunde. 2019. "Curricular design and implementation of a training course for interpreters in asylum context". *Translation & Interpreting* 11:1, pp. 1-21.
- Pöllabauer, Sonja. 2004. "Interpreting in asylum hearings". *Interpreting* 6:2, pp. 143-80.
- Pöllabauer, Sonia. 2007. "Interpreting in asvlum hearing: Issues of saving face". En: Wadensiö, Cecilia; Birgitta Englund Dimitrova v Anna Lena Nilsson (eds.) 2007. *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 39-52. ISBN 1-282-15483-4.
- Pöllabauer, Sonja. 2012. "Gatekeeping practices in interpreted social service encounters". *Meta Translators' Journal* 57:1, pp. 213-234.
- Ponari, Marta; Sara Rodríguez-Cuadrado; David Vinson; Neil Fox; Albert Costa y Gabriella Vigliocco. 2015. "Processing Advantage for Emotional Words in Bilingual Speakers". *Emotion* 15:5, pp. 644-652.
- Poyatos, Fernando. 1994 [2004]. *La comunicación no verbal*. Madrid: Istmo. ISBN 84-7090-279-2.
- Poyatos, Fernando. 2002. *Nonverbal communication across disciplines*. Ámsterdam: John Benjamins. ISBN 90-272-2181-2.
- Pozo Triviño, María Isabel del y Doris Fernandes del Pozo. 2018. "Situación de la traducción y la interpretación en los servicios públicos de Galicia (2006-2016)". En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 99-118.
- Pozo Triviño, Maribel. Del. 2020. *La interpretación de enlace: de la teoría a la práctica*. Granada: Comares. ISBN 978-84-1369-106-0.
- Price, Jonathan. 1975. "Foreign language interpreting in psychiatric practice". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 9:4, pp. 263-267.
- Prieto Velasco, Juan Antonio. 2014. *Representación gráfica de conceptos médicos: estudio de caso de la guía para pacientes Efectos secundarios del Taxol® (paclitaxel)*. Trabajo de fin de master. Universidad Jaume I, Castellón.
- Pross, Christian. 2006. "Burnout, vicarious traumatization and its prevention". *Torture* 16:1, pp. 1-9.
- Ptacek, John y Tara L. Eberhardt. 1996. "Breaking bad news: a review of the literature". *JAMA* 276:6, pp. 496 - 502.
- Quan, Kelvin y Jessica Lynch. 2011. *The high costs of language barrier in medical malpractice. National Health law program*. California: University of California. http://www.pacificinterpreters.com/docs/resources/high-costs-of-language-barriers-in-malpractice_nhlp.pdf

- Radbruch, Lucas y Sheila Payne. 2010. "White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2". *European Journal of Palliative Care* 17:2, pp. 22-33.
- Rainey, Vanessa; Valerie Flores Lamb y Eva Gjorgieva. 2017. "Cognitive, socioemotional and developmental neuroscience perspectives on language brokering". En: Weisskirch, Rob (ed.) 2017. *Language Brokering in Immigrant Families*. Nueva York: Routledge, pp. 205-223.
- Ramaswamv. Ravishankar; Alicia Williams; Elizabeth Clark v Amv Kellev. 2014. "Communication skills curriculum for foreign medical graduates in an internal medicine residency program". *Journal of American Geriatric Society* 62:11, pp. 2153-2158.
- Rana, Sonali; Shah Purvi y Kajoir Chaudhuri. 2009. "Whose trauma is it? Vicarious trauma and its impact on court interpreters". *Proteus* 18:4, pp. 5-9.
- Randall, Lynda. 1993. "Abnormal grief and eating disorders within a mother-son dyad". *British Journal of Medical Psychology* 66, pp. 89-96.
- Randhawa, Gurch; Alastair Owens; Rah Fitches y Zafar Khan. 2003. "Communication in the development of culturally competent palliative care services". *International Journal of Palliative Nursing* 9, pp. 24-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12560794/>
- Rando, Theresa. 2000. *Clinical dimensions of anticipatory mourning*. Champaign, IL Research Press.
- Raphael, Beverley y Nada Martinek. 1997. "Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder". En: Wilson, John Preston y Terence Martin Keane (eds.) 1997. *Assessing psychological trauma and PTSD*. Nueva York/Guildford: The Guilford Press.
- Raphael, Beverley. 1983. *The anatomy of bereavement*. Nueva York, Basic Books.
- Rappaport, William y Don Witzke. 1993. "Education about death and dying during the clinical years of medical school". *Surgery* 113:2, pp. 163-165.
- Raval, Hitesh. 2003. "An overview of the issues in the work with interpreters". En: Raval, Hitesh y Rachel Tribe (eds.) 2003. *Working with interpreters in mental health*. Nueva York: Routledge, pp. 8-30.
- Raymond, Chase Wesley. 2014. "Conveying information in the interpreter-mediated medical visit: the case of epistemic brokering". *Patient Education and Counseling* 97, pp. 38-46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24986150/>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, número 222 <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>
- Reddy, Michael. 1979. "The conduit metaphor: a case of frame conflict in our language about language". En: Ortony (ed.) *Metaphor and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reithofer, Karin. 2013. "Comparing modes of communication: the effect of English as a lingua franca vs. interpreting". *Interpreting* 15:1, pp. 48-73.
- Rennert, Sylvi. 2010. "The impact of fluency on the subjective assessment of interpreting quality". *The Interpreters' Newsletter* 15, pp. 101-115.

- Ringner, Anders; Lilian Jansson y Ulla Graneheim. 2011. "Parental experiences of information within pediatric oncology". *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 28:4, pp. 244-251.
- Roat, Cynthia. 2006. *Certification of health care interpreters in the united states: a primer, a status report and consideration for national certification*. California: The California Endowment.
- Roberts, Gemma. 2015. *Public service interpreters: the emotional and psychological impact of interpreting within public service settings*. Tesis doctoral. Cardiff University.
- Roberts, Roda. 1997. "Community interpreting today and tomorrow". En: Carr, Silvana E.; Roda Roberts; Aideen Dufour y Dini Steyn (eds.) 1997. *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 7-28.
- Robinson, Jackie; Merryn Gott; Clare Gardiner y Christine Ingleton. 2016. "The 'problematization' of palliative care in hospital: an exploratory review of international palliative care policy in five countries". *BMC Palliative Care* 25, pp. 15-64. <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0137-0>
- Rogers, Carl. 1972. *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, Meg; Mohammed Darbi y Jenny Leverman. 2021. "Working as a team: therapy with interpreters". En: Polanco, Marcelaa; Navid Zamani y Christina Da Hee Kim (eds.) 2021. *Bilingualism, culture and social justice in family therapy*. American Family Therapy Academy (AFTA), pp. 83-90.
- Rolland, Louise; Jean Marc Dewaele y Beverlev Costa. 2017. "Multilingualism and psychotherapy: exploring multilingual clients' experiences of language practices in psychotherapy". *International Journal of Multilingualism* 14:1, pp. 69-85. ISSN: 1747-7530.
- Rosenberg, Brett Allen. 2002. "Un análisis cuantitativo de la interpretación." En: Valero Garcés, Carmen y Mancho Barés (eds.) 2002. *Traducción e interpretación en los servicios públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades. Community Interpreting and Translating: New Needs for New Realities*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones. Universidad de Alcalá, pp. 131-138.
- Rosiers, Alexandra; June Eyckmans y Daniel Bauwens. "A story of attitudes and aptitudes?". En: Pöchhacker, Franz y Liu Minhua (eds.) 2014. *Aptitude for interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing company, pp. 55-70.
- Roy, Cynthia B. 1992. "A sociolinguistic analysis of the interpreter's role in simultaneous talk in face-to-face interpreted dialogue". *Sign Language Studies* 74, pp. 21-61. ISSN: 0302-1475.
- Rudanko, Juhani. 2006. "Aggravated impoliteness and two types of speaker intention in an episode in Shakespeare's Timon of Athens". *Journal of pragmatics* 38:6, pp. 829-841.
- Rudvin, Mette. 2006. "The cultural turn in Community Interpreting". En: Hertog, Erik y Bart van der Veer (eds.) 2006. *Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*. Amberes: Linguistica Antverpiensia New Series 5, pp. 21-41.
- Rudvin, Mette. 2007. "Professionalism and ethics in community interpreting. The impact of individualist versus collective group identity". *Interpreting* 9:1, pp. 47-69.
- Ruiz Rosendo, Lucía. 2006. "La interpretación en el ámbito de la medicina". *Panace@* 7:23, pp. 75-80.

- Ruiz Rosendo, Lucía. 2009. *La interpretación en el ámbito de la medicina*. Albolote (Granada): Comares.
- Runcieman, Alan James. 2020. "Community interpreting and the COVID-19 crisis: present relevancy and future directions". *Tilburg Papers in Culture Studies* 242. https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/TPCS_242-Runcieman.pdf
- Saiz Hontangas, Paula; Pilar Ezpeleta Piorno y Ana Muñoz Miquel. 2016. "El uso de imágenes en guías para pacientes: una primera aproximación desde la perspectiva del nivel de activación del paciente". *Panacea* 17:44, pp. 99-110. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-PSaiz-HontangasEtAl.pdf
- Salevsky, Heidemarie. 1993. "The distinctive nature of interpreting studies". *Target* 5:2, pp. 149-167.
- Salihovic, A. 2008. *Compassion fatigue: interpreters and clinicians in trauma work*. Tesis doctoral University of East London.
- Sánchez Manzanera, Ramón. 2011. *Cuidados Paliativos: avances sin final* (4ª ed.). España: Formación Alcalá.
- Sánchez Martos, Jesús. 2014. "La educación para la salud y las habilidades de comunicación ante los avances de la medicina personalizada". En: Sánchez Caro, Javier y Fernando Abellán (eds.) 2014. *Medicina personalizada. Aspectos científicos, bioéticos y jurídicos*. Madrid: Fundación salud 2000, pp. 96-112.
- Sánchez Pedreño, Alba. 2014. "La comunicación interlingüística y la interpretación en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Investigación para la acción". *Panace@* 15:40, pp. 301-314. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n40_tribuna_Sanchez-Pedreno.pdf
- Sander, Rikke; Henriette Laugesen; Signe Skammeritz; Erik Lykke Mortensen y Jessica Carlsson. 2018. "Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees. A retrospective cohort study". *Psychiatry Research* 271, pp. 684-692. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791342/>
- Sandrelli, Annalisa. 2001. "Teaching liaison interpreting: combining tradition and innovation". En: Mason, Ian (ed.) 2001. *Triadic Exchanges. Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome, pp. 173-196.
- Santamaría Ciordia, Leticia. 2019. "Identifying points of convergence between trained and 'natural' interpreters for public services". *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice* 12:3, pp. 241-265.
- Santana García, Mónica del Carmen. 2021. *La interpretación sanitaria en los hospitales públicos de la isla de Gran Canaria: situación actual y protocolo de actuación*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna y la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/106758>
- Santarém Semedo, Carla; Antonio Moreira Diniz y Vasco Herédia. 2020. "Training health professionals in patient-centered communication during magnetic resonance imaging to reduce patients' perceived anxiety". *Patient Education and Counseling* 103:1, pp. 152-158. doi: 10.1016/j.nec.2019.08.003. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399119303192>
- Santos Redondo, Pedro; Ana Yáñez Otero y Miriam Al-Adib Mendiri. 2015. *Atención profesional a la pérdida y del duelo durante la maternidad*. Gobierno de Extremadura: Consejería de Salud y Política Sociosanitaria. Servicio Extremeño de Salud. ISBN: 978-84-606-7510-5.

- Santos, Esperanza y José Carlos Bermejo. 2015. *Counselling y cuidados paliativos*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Sanz Ortiz, Jaime y Barceló Galíndez, Juan Pablo. 1989. “Rendimientos de una Unidad de Cuidados Paliativos en un Hospital Universitario”. *Oncología* 12:10, pp. 504-508.
- Sapir, Edward. 1958. *Culture, language and personality*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Saunders, Cicely. 1998. “Foreword”. En: Doyle Derek; Geoffrey Hanks; Nathan Cherny y Kennet Calman (eds). 2003. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Pres, pp. V-VIII.
- Savvalidou, Flora. 2011. “Interpreting (im)politeness strategies in a media political setting: A case study from the Greek prime ministerial TV debate as interpreted into Greek Sign Language”. En: Leeson, Lorraine; Svenja Wurm y Myriam Vermeerbergen (eds.) 2011. *Signed Language Interpreting: Preparation, Practice and Performance*. Manchester: St. Jerome, pp. 87-109.
- Sawver, David. 2004. *Fundamental aspects of interpreter education: curriculum and assessment*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Schenker, Yael; Alicia Fernandez; Kathleen Kerr; David O’Riordan y Steven Pantilat. 2012. “Interpretation for discussions about end-of-life issues: results from a national survey of health care interpreters”. *Journal of Palliative Medicine* 15:9, pp. 1019-1026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22788909/>
- Schenker, Yael; Frances Wang; Sarah Jane Selig; Nita Ng y Alicia Fernández. 2007. “The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services”. *Journal of General Internal Medicine* 22:2, pp. 294–9.
- Schneiderman, Lawrence; Todd Gilmer; Holly Teetzel; Daniel Dugan; Jeffrey Blustein; Ronald Cranford; Kathleen Briggs; Glen Komatsu; Paula Goodman Crews; Flicia Cohn y Ertle Young. 2003. “Effect of ethics consultations on non-beneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial”. *JAMA* 290:9, pp. 1166–1172.
- Schoem, Adam. 2020. *Mental Health and Self-care education for interpreters*. Trabajo de final de máster. Universidad de Alcalá.
- Schulze, Rainer. 1986. “Strategic indeterminacy and face-work”. *Studia Anglica Posnaniensia* 19, pp. 75-89.
- Schuster, Michal. 2013. “From chaos to cultural competence: analyzing language access to public institutions”. En: Schäffner, Christina; Krzysztof Kredens e Yvonne Fowler (eds.) 2013. *The Critical Link 6: Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam/Filadelfia: Benjamins, pp. 61-82.
- Searle, John R. 1969. *Speech acts: an essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Selman, Lucy; Rian Sowden y Erica Borgstrom. 2021. “Saying goodbye during the COVID-19 pandemic: a document analysis of online newspapers with implications for end of life care”. *Palliative Medicine* 35:7, pp. 1277-1287. DOI: 10.1177/02692163211017023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34015978/>
- Setton, Robin. 2005. “Pointing to contexts: A relevance-theoretic approach to assessing quality and difficulty in interpreting”. En: Dam, Helle V.; Jan Engberg y Heidrun Gerymisch-Arbogast (eds.) 2005. *Knowledge Systems and Translation*. Berlin: Mouton de Gruyter, pp. 275-312.

- Shakespeare, Clare Louise. 2012. *Community interpreters speaking for themselves: The psychological impact of working in mental health settings*. Tesis doctoral. University of Hertfordshire.
- Shannon, Sheila. 1990. "English in the barrio: The quality of contact among immigrant children". *Hispanic Journal of Behavioural Science* 12:3, pp. 256-276.
- Shaw, Joanne; Rhonda Brown y Stewart Dunn. 2015. "The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations". *Patient Education and Counseling* 98:10, pp. 1255-1259.
- Shlesinger, Miriam. 2007. "Making the most of settling for less". *Forum* 5:2, pp. 147-170.
- Siebold, Kathrin. 2008. *Actos de habla v cortesía verbal en español v en alemán: Estudio pragmalingüístico e intercultural*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Silva, Milagros D.; Margaux Genoff; Alexandra Zaballa; Sarah Jewell; Stacy Stabler; Francesca Gany & Lisa Diamond. 2016. "Interpreting at the End of Life: A Systematic Review of the Impact of Interpreters on the Delivery of Palliative Care Services to Cancer Patients with Limited English Proficiency". *Journal of Pain and Symptom Management* 51:3, pp. 569-580. ISSN 0885-3924. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26549596/>
- Silverman, Jonathan; Suzanne Kurtz y Juliet Draper. 2005. *Skills for communicating with patients* (2a ed). Oxford: Radcliffe.
- Simpson, Michael Brady; Robert Buckman; Moira Stewart; Peter Maguire; Mack Lipkin; Dennis Novack y James Till. 1991. "Doctor patient communication: The Toronto Consensus statement". *BMJ* 303:6814, pp. 1385-1387. <https://www.jstor.org/stable/29713844>
- Skammeritz. Singe; Nevra Sari; Óscar Jiménez Solomon v Jessica Carlsson. 2019. "Interpreters in Transcultural Psychiatry". *Psychiatric services* 70:3. pp. 250-253. ISSN 1075-2730. DOI 10.1176/appi.ps.201800107. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201800107>
- Sofaer, Shoshanna y Kirsten Firminger. 2005. "Patient perceptions of the quality of health services". *Annual Review of Public Health* 26, pp. 513-539.
- Soler Caamaño, Emma. 2006. *La calidad en formación especializada en interpretación: análisis de los criterios de evaluación de un jurado en un posgrado de interpretación de conferencia médica*. Tesis Doctoral. Universidad Pompeu Fabra. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/7584/tesc.pdf>
- Sperber, Dan y Deirdre Wilson. 1986. *Relevance: communication and cognition*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Spielberger, Charles Donald; Robert Gorsuch y Robert Lushene. 1986. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (2a ed.). Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Splevins, Katie; Keren Cohen; Stephen Joseph; Craig Murray v Jake Bowlev. 2010. "Vicarious posttraumatic growth among interpreters". *Qualitative Health Research* 20:12, pp. 1705-1716.
- Squires, Allison. 2019. "Health translators and interpreters in national healthcare systems". En: Ji, Meng; Mustapha Taibi e Ineke Crezee (eds) 2019. *Multicultural health translation, interpreting and communication*. Londres/Nueva York: Routledge, pp. 25-36.

- Stahlbrodt, Pauline. 2016. *Behavioral Health Medical Interpreters: Cluster Analysis of Vicarious Traumatization and Posttraumatic Growth*. Tesis doctoral. Walden University and Doctoral Studies Collection.
- Stamm, Beth Hudnall. 2010. *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale* (2a ed.). Eastwoods: LLC.
- Stati, Sorin. 1982. *Il dialogo*. Nápoles: Liguori.
- Stewart, Moira. 1995. "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review". *CMAJ* 152:9, pp. 1423-1433.
- Stewart, Moira; Judith Belle Brown; Wayne Weston; Ian McWhinney; Carol McWilliam y Thomas Freeman. 1995. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Londres: Routledge and CRC Press.
- Straker, Jane. 2004. "Online and between the lines. The internet and glossary production of public service interpreters". En: Wadensjö. Cecilia; Brietta Englund Dimitrova y Anna-Lena Nilson (eds). 2004. *The critical link 4: professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing, pp. 273-282. ISBN 978-90-272-1678-6.
- Stroebe, Margaet; Robert Hansson; Henk Schut y Wolfgang Stroebe (eds.) 2001. *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Stroebe, Margaret y Henk Schut. 1999. "The dual process model of coping with bereavement". *Omega – Journal of Death and Dying* 23, pp. 197-224.
- Stroebe, Margaret; Henk Schut y Catrin Finkenauer 2001. "The traumatization of grief: a conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface". *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 38:3-4, pp. 185-201.
- Stroebe, Margaret; Robert Hansson; Henk Schut y Wolfgang Stroebe. 2008. "Bereavement research: 21st century prospects". En: Stroebe, Margaret; Robert Hansson; Henk Schut y Wolfgang Stroebe (eds) 2008. *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention*. Washington D.C.: American Psychological Association, pp. 552-602.
- Sue, Derald Wing y David Sue. 1999. *Counselling the culturally different: theory and practice* (3^a ed.) Nueva York: John Wiley & Sons.
- Suman, Fernando. 2004. *Cultural diversity, mental health and psychiatry*. Hove: Brunner-Routledge.
- Supre, Avinash. 2011. "Interns' perspectives about communicating bad news to patients: a qualitative study". *Education for Health Change in Learning and Practice* 24:3, pp. 541-548. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22267350/>
- Suurmond, Jeanine; Faydra Lieveld; Ernst van de Wetering; Antoinette Schouten-van Meeteren. 2017. "Towards culturally competent paediatric oncology care. A qualitative study from the perspective of care providers". *European Journal of Cancer Care* 26:6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28370728/>
- Talbot, Nathalie; Mohammad Pahlevan y Jude Boyles. 2015. "Working with interpreters: the triadic relationship". *Therapy today* 26:8, pp. 13-17.
- Tang, Woung-Ru; Ji-Tseng Fang; Chun-Kai Fang y Maiko Fujimori. 2013. "Truth telling in medical practice: students' opinions versus their observations of attending physicians' clinical practice". *Psychooncology* 22:7, pp. 1605-1610. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22962020/>

- Tebble, Helen. 2012. "Interpreting or interfering?". En: Baraldi, Claudio y Laura Gavioli (eds.) 2012. *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 23-44.
- Tedeschi, Richard y Lawrence Calhoun. 1996. "The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma". *Journal of Traumatic Stress* 9:3, pp. 455-471. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8827649/>
- Tedeschi, Richard y Lawrence Calhoun. 2004. *Helping bereaved parents: a clinician's guide*. Nueva York: Brunner/Routledge.
- Theys, Laura; Demi Krystallidou; Heidi Salaets; Cornelia Wermuth y Peter Pype. 2020. "Emotion at work in interpreter-mediated consultations: a systematic literature review". *Patient Education and counseling* 103, pp. 33-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31431309/>
- Thomas, Jenny. 1995. *Meaning in interaction*. London: Longman.
- Thornborrow, Joana. 2002. *Power talk: language and interaction in institutional discourse*. Harlow: Longman.
- Thornton Daryl; Kiemanh Pham; Ruth Engelberg; Carey Jackson y Randall Curtis. 2009. "Families with Limited English Proficiency receive less information and support in interpreted ICU family conferences". *Critical Care Medicine* 37:1, pp. 89-95. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678961/>
- Ticca, Anna Claudia. 2018. "The interpreter's activity between complexity and simplification in psychotherapy sessions". En: Anderson, Laurie; Laura Gavioli y Federico Zanettin (eds.) 2018. *TAIL: Translation and Interpreting for Language Learners: A volume of teaching/learning activities*. Bolonia: Studi AltLA.
- Timarova, Sarka. 2015. "Psychotherapy". En: Pöchhacker, Franz (ed.) 2015. *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. Londres: Routledge, pp. 332-333.
- Tipton, Rebecca y Louisa Desilla. 2019. *The Routledge handbook of translation and pragmatics*. Londres: Routledge. ISBN 978-1-138-63729-0.
- Tipton, Rebecca. 2017. "Translating/ed selves and voices. Language support provisions for victims of domestic violence in a British third sector organization". *Translation and Interpreting Studies* 13:2, pp. 163-184.
- Tiselius, Elisabet. 2010. "A sociological perspective on expertise in conference interpreting: a case study on Swedish conference interpreters". En: Azadibougar, Omid (ed.) 2010. *Translation effects: selected papers of the CETRA Research Seminar in Translation Studies 2009*. CETRA.
- Tiselius, Elisabet. 2013. *Experience and expertise in conference interpreting: an investigation of Swedish conference interpreters*. Tesis doctoral. University of Bergen.
- Toledano Buendía, Carmen; María Isabel Abril Martí; María Isabel del Pozo Triviño y Laura Aguilera Ávila. 2015. "Towards the specialization of public service interpreters in the area of gender violence: research, training and professionalization". En: Iliescu Gheorghiu, Catalina y Juan Miguel Ortega Herráez (eds.) 2015. *Insights in Interpreting. Status and Developments: Reflections on interpretation. Present and future*. Monti Special Issue 2, pp. 139-160.
- Toledo Chávarri, Ana; Analía Abt-Sacks; Carola Orrego; Lilisbeth Perestelo-Pérez. 2016. "El papel de la documentación escrita en el empoderamiento en salud: un estudio cualitativo". *Panacea* 17:44, pp. 115- 122. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-AToledo-ChavarriEtAl.pdf

- Tolins, Jackson y Jean Fox Tree. 2014. "Addressee backchannels steer narrative development". *Journal of Pragmatics* 70, pp. 152-164. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378216614001222>
- Townsley, Brooke. 2007. "Interpreting in the UK Community: some reflections on Public Service Interpreting in the UK". *Language and Intercultural Communication* 7:2, pp. 163-170.
- Traverso, Véronique. 2002. "Rencontre interculturelle à l'hôpital: La consultation médicale avec interprète". *Travaux neuchatelois de linguistique* 36, pp. 81-100.
- Tribe, Rachel y Andrew Keefe. 2009. "Issues in using interpreters in therapeutic work with refugees. What is not being expressed?". *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 11:4, pp. 409-424.
- Tribe, Rachel y Hitesh Raval. 2003. *Working with interpreters in mental health*. Nueva York: Brunner Routledge.
- Tribe, Rachel y Jean Morrissey. 2004. "Good practice issues in working with interpreters in mental health. *Intervention* 2, pp. 129-142. <https://repository.uel.ac.uk/item/868wv>
- Tribe, Rachele y Kate Thompson. 2009. "Exploring the three-way relationship in therapeutic work with interpreters". *International Journal of Migration, Health and Social Care* 5:2, pp. 13-21.
- Tribe, Rachel y Kate Thompson. 2017. *Working with interpreters: guidelines for psychologists*. The British Psychological Society: Report number: INF288/11.17.
- Tribe, Rachel y Pauline Lane. 2009. "Working with interpreters across language and culture in mental health". *Journal of Mental Health* 18:3, pp. 233-241.
- Tribe, Rachele y Nimisha Patel. 2007. Special Issue- Refugees and Asylum Seekers. *The Psychologist* 20, pp. 149-151. <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-20/edition-3/special-issue-refugees-and-asylum-seekers>
- Tsai, Jer-Chia; Keh-Min Liu; Kun-Tai Lee; Jo-Chu Yen; Jeng-Hsien Yen; Ching-Kuan Liu y Chung-Sheng Lai. 2008. "Evaluation of the effectiveness of postgraduate general medicine training by objective structured clinical examination: pilot study and reflection on the experiences of Kaohsiung Medical University Hospital". *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 245:12, pp. 627-633. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19251557/>
- Tse, Lucy. 1996. "Who Decides?: The Effect of Language Brokering on Home-school Communication". *The Journal of Educational Issues of Language Minority Students* 16, pp. 225-234.
- Ugarte Ballester, Xus y Mireia Vargas Urpi. 2018. "La interpretación en los servicios públicos en Cataluña y en las Islas Baleares". En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 47-64
- Ury, Wayne; Cathy Berkman; Catherine Weber; Monica Pignotti y Rosanne Leipzig. 2003. "Assessing medical students' training in end-of-life communication: a survey of interns at one urban teaching hospital". *Academic Medicine* 78:5, pp. 530-537. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12742792/>
- Valero Garcés, Carmen y Anne Martin (eds.). 2008. *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Valero Garcés, Carmen y Elena Alcalde Peñalver. 2021. "Empathy in PSI: where we stand and where to go from here". *FITISPos International Journal* 8, pp. 17-27.

- Valero Garcés, Carmen y Sofía Monzón. 2018. “El presente de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en la zona centro”. En: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas Urpi y Magdalena Fernández Pérez (eds.) 2018. *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles. Una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 119-136.
- Valero Garcés, Carmen. 2006. “El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos Un factor a tener en cuenta”. *Quaderns. Revista de traducció* 13, pp. 141-154.
- Valero Garcés, Carmen. 2013. “Investigación sobre formación y mercado de la traducción en España en el siglo XXI”. En: Llanes Baró, Lirian Astrid Ciro; Lidia Gallego Balsà y Rosa Mateu Serra (eds.) 2013. *La lingüística aplicada en la era de la globalización*. Universitat de Lleida, pp. 659-665. ISBN: 9788484095934.
- Valero Garcés, Carmen. 2014. *Health, communication and multicultural communities. Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle upon Tyne (Reino Unido): Cambridge Scholars Publishing.
- Valero Garcés, Carmen. 2019. “Approaches to didactics for technologies in translation and interpreting introduction to the special issue of trans-kom, part II”. *Trans-Kom Journal* 12:1, pp. 27-33.
- Valero Garcés, Carmen. 2021. “A place for the human factor in the midst of the COVID-19 pandemic. As a way of introduction”. *FITISPos International Journal* 8, pp. 1-8.
- Valero Garcés, Carmen; Bianca Vitalaru y Raquel Lázaro Gutiérrez. 2019. *Manual de introducción a la traducción e interpretación en centros penitenciarios: curso básico*. Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones.
- Van der Kolk, Bessel A. 1996. “Trauma and memory”. En: Van der Kolk, Bessel A.; Alexander McFarlane y Lars Weisaeth (eds.) 1996. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Nueva York: Guildford Press, pp. 279-327.
- Van Dijk, Teun A. 1989. “Structures of discourse and structures of power”. *Communication yearbook* 12, pp. 18-59.
- Van Dijk, Teun A. 1993. “Principles of critical discourse analysis”. *Discourse & Society* 1, pp. 249-283.
- Van Dijk, Teun A. 1997. “Discourse as interaction in society”. En: Van Dijk, Teun A. (ed.) 1997. *Discourse as social interaction 2*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 1-37.
- Vandaele, Sylvie. 2010. “Meta: journal des traducteurs / Meta: Translators’ Journal. Revista internacional de investigación en traducción, terminología y lingüística e interpretación”. *Panace@* 11:32, pp. 126-128. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n32_tribuna_vandaele.pdf
- Vandekieft, Gregg K. 2001. “Breaking bad news”. *American Academy of Family Physicians* 64:12, pp. 1975-1978.
- Vargas Urpi, Mireia. 2009. *La interpretació social. Estat de la qüestió: el cas del col·lectiu xinés: especificitats i reptes*. Treball d’investigació de fi de màster. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. <https://core.ac.uk/download/pdf/13285498.pdf>
- Vargas Urpi, Mireia. 2012. “State of the art in community interpreting research: mapping the main research topics”. *Babel* 58:1, pp. 50-72. DOI 10.1075/babel/.58.1.04var

- Vasquez Carmen v Javier Rafael. 1991. "The problem with interpreters: communicating with Spanish-speaking patients". *Hospital Community Psychiatry* 42, pp. 163– 165.
- Vega Vega, Paula; Rina González Rodríguez; Chery Palma Torres; Eugenia Ahunada Jarufe; Javiera Mandiola Bonilla; Claudia Oyarzún Díaz y Soledad Rivera Martínez. 2013. "Desvelando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer". *Aquichan* 13:1, pp. 81-91.
- Vera Carrasco, Óscar. 2010. "Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos". *Revista Médica La Paz* 16:2, pp. 50-57.
- Verrept, Hans. 2000. "Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg". *Cultuur en Migratie* 18:2.
- Verschuere, Jef. 2002. *Para entender la pragmática*. Madrid: Gredos.
- Vik-Tuovinen, Gun Viol. 2002. "Retrospection as a method of studying the process of simultaneous interpreting". En: Garzone, Giuliana y Maurizio Viezzi (eds.) 2002. *Interpreting in the 21st Century: challenges and opportunities*. Amsterdam: John Benjamins, pp. 63-71.
- Vranjes, Jelena v Hanneke Bot. 2021. "A multimodal analysis of turn-taking in interpreter-mediated psychotherapy". *The international journal of translation and interpreting research* 13:1, pp. 101-117. ISSN 1836-9324.
- Vranjes, Jelena; Hanneke Bot, Kurt Feytaerts y Geert Brône. 2019. "Affiliation in interpreter-mediated therapeutic talk: on the relationship between gaze and head nods". *Interpreting* 21:2, pp. 220–244.
- Wadensjö, Cecilia. 1992. *Interpreting as interaction: on dialogue interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University, Department of Communication Studies.
- Wadensjö, Cecilia. 1998. *Interpreting as interaction*. Londres/Nueva York: Longman.
- Wadensjö, Cecilia. 1999. "Telephone Interpreting & the Synchronization of Talk in Social Interaction". *The Translator* 5:2, pp. 247-64
<https://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799043>.
- Wadensjö, Claudia y Hanneke Bot. 1998. "The social organization of remembering the potential of interpreter-mediated psychotherapy: the development of a three-person psychology". European Conference on Psychotrauma, asylum seekers refugees.
- Wadensjö, Claudia. 2001. "Interpreting in crisis: The interpreters' position in therapeutic encounters". En: Mason, Ian (ed.) 2001. *Triadic exchanges. Studies in dialogue interpreting*. Manchester: St. Jerome, pp. 71–85.
- Walker, Steven; Jane Gibbins; Pau Paes; Astrid Adams; Madawa Chandratilake; Faye Gishen; Philip Lodge; Bee Wee y Stephen Barclay. 2017. "Palliative care education for medical students: Differences in course evolution, organisation, evaluation and funding: A survey of all UK medical schools". *Journal of Palliative Medicine* 31:6, pp. 575-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28440125/>
- Wallace, Melissa y Esther Monzó Nebot. 2019. "Legal translation and interpreting in public services: defining key issues, re-examining policies, and locating the public in public service interpreting and translation". *Revista de Llengua i Dret, Journal of Language and Law* 71, pp. 1-12. <https://doi.org/10.2436/rld.i71.2019.3311>
- Wallin, Anne Marie y Gerd Ahlström. 2006. "Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review". *Journal of Advanced Nursing* 55:6, pp. 723-735.

- Walters, John. 1981. "The sociolinguistics of deference and politeness". Special issue of *The International Journal of the Sociology of Language* 27.
- Wantenberg, Thomas E. 1990. *The forms of power, from domination to transformation*. Filadelfia: Temple University Press.
- Wanzer, Melissa Bekelja; Melanie Booth Butterfield y Kelly Gruber. 2004. "Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction". *Health Communication* 16:3, pp. 363-383.
- Watts, Kaaren; Bettina Meiser; Elvira Zilliacus; R. Kaur; M. Taouk; Afaf Girgis; Phyllis Butow; Kavid Kissane; Sandra Beatriz Hale; A. Perry; Sanchia Aranda y David Goldstein. 2018. "Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters". *European Journal of Cancer Care* 27, pp. 61-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28892208/>
- Watts, Richard J. 1991. *Power in Family discourse*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Watts, Richard J. 2005. "Linguistic politeness research. Quo vadis?". En: Watts, Richard J., Sachiko Ide y Konrad Ehlich (eds.) 2005. *Politeness in Language: studies in its history, theory and practice*. (2a ed.). Berlin: Mouton, pp. XI-XLVII.
- Weiss, Robert. 1993. "Loss and recovery". En: Stroebe, Margaret; Wolfgang Stroebe y Robert Hansson (eds.) 1993. *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 271-284.
- Weisskirch, Rob. 2010. "Child language brokers in immigrant families: An overview of family dynamics". *MediAzioni* 10. ISSN 1974-4382.
- Werkhofer, Konrad. 2005. "Traditional and modern views: the social constitution and the power of politeness". En: Watts, Richard; Ide Sachiko y Konrad Ehlich (eds.) 2005. *Politeness in language: studies in its history, theory and practice*. Berlín: Mouton de Gruyter, pp. 155-199.
- Westermeyer, Joseph. 1990. "Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment". *The Journal of the Nervous and Mental Diseases* 178:12, pp. 745-749.
- Wetherell, Julie Loebach. 2012. "Complicated grief therapy as a new approach". *Clinical research*, pp. 159-166.
- Williams, Amanda y Craig Denneth. 2016. "Updating the definition of pain". *PAIN* 157:11, pp. 2420-2423.
- Williams, Jenny y Andrew Chesterman. 2002. *The Map. A Beginner's Guide to Doing Research in Translation Studies*. Manchester: St. Jerome Publishing.
- Wilson, Elizabeth; Alice Chen; Kevin Grumbach; Frances Wang y Alicia Fernández. 2005. "Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension". *Journal of General Internal Medicine* 20:9, pp. 800-806. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490205/>
- Woita, Kathrin; Eduardo Garralda; José María Martín Moreno; David Clark y Carlos Centeno. 2016. "Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union". *Journal of Pain Symptom Management* 52:3, pp. 370-377.
- Wolfelt, Alan. 2013. *Finding the words: how to talk with children and teens about death, suicide, homicide, funerals, cremation and other end-of-life matters*. USA: Companion Press.
- Worden, William. 1997. *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (1ª ed.). Barcelona: Paidós.

- Worden, William J. 2004 [2010]. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (3ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Wortman, Camille y Roxane Cohen Silver. 2001. "The myths of coping with loss revisited". En: Stroebe, Margaret; Robert Hansson; Wolfgang Stroebe y Henk Schut (eds.) 2001. *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington D.C.: American Psychological Association, pp 405-429.
- Wright, Michael y David Clark. 2013. *Hospice and Palliative Care Development in Africa: a review of developments and challenges*. Oxford: Oxford University Press.
- Wright, Michael. 2010. *Hospice and palliative care in Southeast Asia*. Oxford: Oxford University Press.
- Yalom, Irvin y Molyn Leszcz. 2005. *The theory and practice of group psychotherapy* (5a ed.). Nueva York: Basic Books.
- Zimanvi, Krisztina. 2015. "Reflections on interpreting settings and ethics in view of visual representations of la Malinche". *The international journal of translation and interpreting research* 7:2. pp. 1-16. ISSN 1836-9324. <http://www.trans-int.org/index.php/transint/article/view/403>
- Zimman, Leonor. 1994. "Intervention as a pedagogical problem in community interpreting". En: Dollerup, Cay y A.nne Lindegaard (eds.) 1994. *Teaching translation and Interpreting 2*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- Zisook, Sidney y Richard DeVaul. 1977. "Grief-related facsimile illness". *International Journal of Psychiatric in Medicine* 7, pp. 329-336.
- Znoj, Hansjörg. 2006. "Bereavement and posttraumatic growth". En: Tedeschi, Robert y Lawrence Calhoun (eds.) 2006. *Handbook of posttraumatic growth*. Mawhaw: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 176-196.
- Zolnierek, Kelly y Robin Dimatteo. 2009. "Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis". *Medical Care* 47:8, pp. 826-834. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19584762/>
- Zwingmann, Jelena; Walter Baile; Johann Schmier; Jürg Bernhard y Monika Keller. 2017. "Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: a randomized, experimental study". *Cancer* 123:16, pp. 3167-3175. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28378366/>

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AAI	Acto Amenazante a la Imagen
AE	Atención Especializada
AECC	Asociación Española Contra el Cáncer
AEPAL	Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos
AENOR	Organización Internacional de Normalización y Certificación
AICC	<i>Association of Conference Interpreters</i>
AP	Atención Primaria
BYO	Bring Your Own Interpreter
CAB	<i>Colleagues Across Borders</i>
CABI	<i>Colleagues Across Borders Interpreters</i>
CABP	<i>Colleagues Across Borders Psychotherapists</i>
CALD	<i>Culturally and linguistically diverse communities</i>
CANEP	Contexto, Apertura, Narrativa, Emociones, Plan y Resumen
CASL	<i>Clinical Audiology, Speech and Language Research Centre</i>
CEAR	Comisión Española de Ayuda al Refugiado
CETRA	<i>Centre for Translation Studies</i>
CF	<i>Compassion Fatigue</i>
CI	<i>Community Interpreting</i>
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CINTRA	<i>Cambridgeshire Interpretation and Translation Agency</i>
CIRIN	<i>Conference Interpreting Research Information Network</i>
CIUTI	<i>Conference of University-Level Translator and Interpreter Schools</i>
CLAS	<i>Culturally and Linguistically Appropriate Services</i>
CLB	<i>Child Language Brokering</i>
CONES	<i>Context, Opening remark, Narrative, Emotions, Strategy and Summary</i>
CONERS	<i>Context, Opening remark, Narrative, Emotions, Request, Strategy and Summary</i>
CPTV	Crecimiento Postraumático Vicario
CUIPAL	Equipo de Cuidados Integrales de Paliativos de Almería
CVP	Calidad de Vida Profesional
DPSI	<i>Diploma in Public Service Interpreting</i>
DRI	<i>Disaster Relief Interpreting</i>
EAPC	<i>European Association of Palliative Care</i>
EAP	Equipo de Apoyo Psicosocial
ECPD	Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliario
EDAP	Equipos Especializados de Atención Paliativa
ENTI	Enciclopedia de Traducción e Interpretación
ESAD	Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria
ESAH	Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria
ESCP	Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos

ESCPD	Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios
ESCPM	Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Mixtos
ESH	Equipo de Soporte Hospitalario
ESIT	<i>École Supérieure d'Interprètes et de Traducteurs</i>
Et al.	Y Otros
ET	Estudios de Traducción
ETI	Estudios de Traducción e Interpretación
ETS	<i>Empirical Translation Studies</i>
FEFOC	Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer
FTA	<i>Face Threatening Act</i>
FIT	<i>International Federation of Translators</i>
GAD	Grupo de Ayuda en Duelo
GAM	Grupo de Ayuda Mutua en duelo
GAMT	Grupo de Apoyo Terapéutico
GEPAC	Grupo Español de Pacientes con Cáncer
HAD	Servicio de Hospitalización a Domicilio
HADO	Unidad de Hospitalización a Domicilio
HARD	<i>High emotions, Acknowledge, Rules, De-escalate</i>
HHS	<i>Health and Human Services</i>
HSL	<i>Swedish Health and Medical Service</i>
HU-CI	Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos
IAPT	<i>Improving Access to Psychological Therapies</i>
Ibid.	En el mismo lugar
IATIS	<i>International Association for Translation and Intercultural Studies</i>
IC	Interpretación de conferencias
IJIE	<i>International Journal of Interpreter Education</i>
ILO	<i>International Labour Office</i>
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPIR	Instituto de Psicoterapia Integrativa-Relacional
IPRI	<i>Interpreter's interpersonal role inventory</i>
IPT	<i>Interpersonal Therapy</i>
IRN	<i>Interpreting Research Network</i>
IRTIN	<i>Interpreting Research and Theory Information Network</i>
IS	Interpretación Social
ISP	Interpretación en los Servicios Públicos
JOI	<i>Journal of Interpretation</i>
LEP	<i>Limited English Proficiency Patients</i>
MCV*	Modelo de las Cinco Vertientes (propuesto en esta investigación)
MJ	<i>Medical Justice</i>
MSCBS	Ministerio español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
MUSPAL	Musicoterapia en Cuidados Paliativos
NHS	<i>National Health Service</i>
NPIT	<i>Non-professional interpreting and translation</i>
OMH	<i>Office of Minority Health</i>

OMS	Organización Mundial de la Salud
PACPA	Plan Andaluz de Cuidados Paliativos
PACPCLM	Plan Autonómico de Cuidados Paliativos de Castilla la Mancha
PADES	Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte
PANAS	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
PCT	<i>Patient Centred Translation</i>
PRCPEx	Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura
PSI	<i>Public Service Interpreting</i>
PT	<i>Posttraumatic Growth</i>
RID	<i>Registry of Interpreters for the Deaf</i>
ROSE	<i>Recognize the tough, organize your objectives, strategize, exhale</i>
SAFER	<i>Setting and starting, Agenda, Facts, Enquiries and emotions, Reinforcers and Wrap-up</i>
SAI	Servicio de Apoyo Itinerante al alumnado Inmigrante
SARS-CoV-2	Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2
SC	Satisfacción en la Compasión
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SEMSI	Servicio de Mediación Social Intercultural
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SPIKES	<i>Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions and Strategy Summary</i>
S.P.	Sin paginación
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
SSLM	<i>Scuola Superiore per Interpreti e Traduttore</i>
SUD	Situación de Últimos Días
UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
UCPD	Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliario
UCPH	Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalario
UCPP	Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos
UHCP	Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos
UHD	Unidad de Hospitalización a Domicilio
Vid.	Véase
VPTG	<i>Vicarious Posttraumatic Growth</i>
VT	<i>Vicarious Traumatization</i>



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado grabación

 Universitat d'Alacant Universidad de Alicante		
CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN Y CONTENIDOS		
Ciudad y fecha:		
CEDENTE:		
Nombre y apellidos:		
Centro o servicio, entidad:		
Cargo:		
DNI/NIF/NIE:		
Domicilio:		
CESIONARIO:		
UNIVERSIDAD DE ALICANTE		
Persona de la UA que recaba los datos:		
NIF:		
Domicilio: Ctra. San Vicente del Raspeig, s/n 03690-Alicante		
OBJETO DE LA CESIÓN (indicar denominación de la actividad o proyecto):		
<u>Proyecto vídeo interpretación lingüística aplicada a contextos de crisis y duelo en personas migrantes</u>		
Conferencia	Master Class	Cápsula formativa
Taller	Exposición	Competición
Seminario	Entrevista	
Otros. Especificar: <u>Grabación proyecto anteriormente mencionado</u>		
DESARROLLO:		
<input type="checkbox"/> El CEDENTE autoriza la captación, grabación o fijación de su intervención en el contexto de la actividad o proyecto.		

- El **CEDENTE** cede el derecho a reproducir, distribuir y difundir total o parcialmente su intervención, así como los contenidos aportados, a través de cualquier procedimiento y/o medio, tangible o intangible, on line u off-line.
- El **CEDENTE** manifiesta ser el titular legítimo de los contenidos cedidos.
- El **CEDENTE** manifiesta que no le consta que existan reclamaciones de terceros respecto de los contenidos cedidos.
- El **CESIONARIO**, en concreto, la persona o unidad solicitante de los datos, se compromete a usar los datos exclusivamente para el objeto expresado, en el marco de lo autorizado o cedido por el cedente.
- El **CESIONARIO** se compromete a hacer constar el origen de los contenidos cedidos en cualquier actividad de difusión de los mismos en el contexto de la actividad o proyecto.
 - a) La cesión de los derechos se limita a actividades no lucrativas.
 - b) El plazo de cesión de los derechos es el máximo previsto por la Ley.
 - c) El ámbito de cesión de derechos es mundial y universal.
 - d) Los datos de carácter personal recabados por el CESIONARIO quedarán incorporados al Fichero de la Universidad de Alicante, cuyo responsable es la Gerencia de la Universidad de Alicante.

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos se podrán ejercitar ante la Gerencia de la Universidad, mediante solicitud con fotocopia de documento de identidad, presentada en el Registro General de la Universidad de Alicante, o a través de los medios que establece el art. 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

El CEDENTE acepta que el presente documento constituya prueba de cesión.

Y en prueba de conformidad, firma la presente en el lugar y fecha del encabezamiento.

Firma DEL CEDENTE:

Firma de la persona de la Universidad de Alicante que recaba los datos:

Fdo.:

Fdo.:

Anexo 2: Consentimiento informado para encuesta y grupo de discusión



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



CARTA DE PRESENTACION Y CONSENTIMIENTO

Estimada señora:

Tras su participación en el proyecto Interpretación lingüística aplicada a contextos de crisis y duelo en personas migrantes en formato vídeo en octubre 2019, me dirijo a usted para que participe en una investigación doctoral de la Universidad de Alicante sobre la interpretación en contexto de malas noticias, situación de últimos días y seguimiento del duelo cuyo corpus está conformado por las grabaciones del proyecto mencionado.

Su participación consistirá en:

- Responder a una encuesta sobre cuestiones de comunicación aplicadas a las situaciones grabadas.
- Participar en un grupo de discusión sobre las estrategias de interpretación empleadas en las situaciones grabadas.

La información que se recoja será anónima y confidencial. Los datos solo serán utilizados por los investigadores.

Muchas gracias por su colaboración.

Elena Pérez Estevan
Dpto. Traducción e Interpretación
Universidad de Alicante

Catalina Iliescu Gheorghiu
Dpto. Traducción e Interpretación
Universidad de Alicante

Por favor, rellene la siguiente autorización para confirmar su participación:

Yo, _____ (nombre completo), doy mi consentimiento para participar en las dos actividades anteriormente mencionadas y para que traten de manera confidencial mis respuestas. Asimismo, autorizo la publicación de los datos con la condición de salvaguardar mi anonimato.

Y para que surta los efectos oportunos, firmo la presente autorización en _____, a _____ de _____ de 2020.

(Firma) |

Anexo 3: cuestionario PANAS

PANAS

A continuación, se muestran una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lee cada uno de ellas y marca la respuesta apropiada en el hueco que hay junto a la palabra. Para ello, indica cómo te sientes en este momento. Usa la siguiente escala para escribir tu respuesta:

1= Nada

2= Un poco

3= Moderadamente

4= Bastante

5= Mucho

Palabras	Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
Interesada	1	2	3	4	5
Tensa	1	2	3	4	5
Animada	1	2	3	4	5
Disgustada	1	2	3	4	5
Enérgica	1	2	3	4	5
Culpable	1	2	3	4	5
Asustada	1	2	3	4	5
Enojada	1	2	3	4	5
Entusiasmada	1	2	3	4	5
Orgullosa	1	2	3	4	5
Irritable	1	2	3	4	5
Alerta, despierta	1	2	3	4	5
Avergonzada	1	2	3	4	5
Inspirada	1	2	3	4	5
Nerviosa	1	2	3	4	5
Decidida	1	2	3	4	5
Atenta	1	2	3	4	5
Miedosa / intranquila	1	2	3	4	5
Activada	1	2	3	4	5
Temerosa, atemorizada	1	2	3	4	5

Anexo 4: Cuestionario STAI (A-E)

STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

A - E**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada	0	1	2	3
2. Me siento segura	0	1	2	3
3. Estoy tensa	0	1	2	3
4. Estoy contrariada	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterada	0	1	2	3
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansada	0	1	2	3
9. Me siento angustiada	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí misma	0	1	2	3
12. Me siento nerviosa	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada	0	1	2	3
14. Me siento muy «atada» (como oprimida)	0	1	2	3
15. Estoy relajada	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha	0	1	2	3
17. Estoy preocupada	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo 5: Cuestionario STAI (A-R)

STAI
AUTOEVALUACIÓN A-R

A - R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansada	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se me amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí misma	0	1	2	3
33. Me siento segura	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecha	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA
RESPUESTA**

Anexo 6: Encuesta dirigida a intérpretes participantes en la grabación



Datos introductorios

- ¿Ha recibido formación específica en interpretación para los Servicios Públicos?
- ¿Ha recibido formación específica en interpretación para los Servicios Públicos en el ámbito médico?
- ¿Ha recibido formación específica en interpretación para los Servicios Públicos en el ámbito médico en situaciones de malas noticias, últimos días o seguimiento del duelo?
- ¿Desde cuánto tiempo interpreta en el ámbito médico?
- ¿Combina la interpretación en este ámbito con otros ámbitos o con otra actividad profesional?

BLOQUE 1. COMUNICACIÓN

1. ¿Cómo valora su interpretación en cuanto a calidad*? (Marque con X su opción)

Excelente		Adecuada		Básica		Defectuosa
-----------	--	----------	--	--------	--	------------

*Excelente: Las partes han cumplido sus objetivos y el mensaje se ha trasladado en su totalidad de manera comprensible y natural. No ha habido malentendidos, ni distorsiones, ni omisiones que alteren el contenido, ni enunciados confusos ni ambigüedades. El intérprete ha reproducido correctamente la intención y el efecto deseado por las partes y se ha mostrado empático y comprensivo ganándose la confianza y comodidad de las partes. El registro y el estilo han sido adecuados a las situaciones.

Adecuada: Las partes han cumplido sus objetivos con alguna dificultad y ha habido información esencial que no se ha trasladado de manera puntual. Se han apreciado mínimas distorsiones en cuanto a omisiones, enunciados confusos o ambigüedades. Se perciben algunas pausas y titubeos. El intérprete se ha mostrado bastante empático y comprensivo ganándose aceptablemente la confianza y comodidad de las partes. El registro y estilo han sido en gran medida adecuados en casi todas las situaciones.

Básica: Las partes han cumplido parte de sus objetivos y ha habido información esencial que no se ha trasladado en algunas ocasiones. Se han apreciado ligeras dificultades de comprensión y no todas las intervenciones han sonado naturales. Se perciben bastantes pausas, titubeos, falsos comienzos y enunciados incompletos. El intérprete se ha mostrado distante y poco empático y se han observado algunos momentos de incomodidad entre él y las partes. El registro y el estilo han sido adecuados a las situaciones.

Defectuosa: Las partes no han cumplido pocos de sus objetivos y ha habido información esencial que no se ha trasladado en la mayoría de ocasiones. Se han apreciado bastantes dificultades de comprensión que han repercutido en la naturalidad en el traslado de la información. Se perciben muchas pausas largas, titubeos, falsos comienzos y enunciados incompletos. El intérprete se ha mostrado distante, muy nervioso y muy poco empático y se han observado momentos de tensión e incomodidad. El registro y el estilo no han sido adecuados a las situaciones.

2. Valore los siguientes parámetros según su intervención en cada situación teniendo en cuenta que el objetivo de este contexto es el éxito comunicativo y la calidad implica:

Dimensión intralingüística	Situación 1	Situación 2	Situación 3
Inteligibilidad	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa
Coherencia, cohesión	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa
Corrección lingüística	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa
Naturalidad	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa
Dimensión Interlingüística	Situación 1	Situación 2	Situación 3
Transmisión completa y correcta del mensaje	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa
Dominio de terminología, registro y estilo	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa	Excelente Adecuada Básica Defectuosa

3. ¿Tiene en cuenta el lenguaje no verbal en general (gestos, movimientos faciales, posturales, contacto visual, tacto) cuando interpreta?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué finalidad?	
<input type="checkbox"/>	Reproducirlo
<input type="checkbox"/>	Entender mejor la situación como intérprete
<input type="checkbox"/>	Reducirlo a un grado mínimo o incluso omitirlo

4. ¿Cómo valoraría su interpretación del lenguaje no verbal (postura, gestos, movimientos faciales, contacto visual, tacto) en estas tres situaciones?

SITUACIÓN 1		SITUACIÓN 2		SITUACIÓN 3	
	Excelente		Excelente		Excelente
	Adecuada		Adecuada		Adecuada
	Básica		Básica		Básica
	Defectuosa		Defectuosa		Defectuosa

5. ¿Considera que su lenguaje no verbal (gestos, movimientos faciales, posturales, contacto visual, tacto) ha diferido al de los participantes?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

En caso de respuesta afirmativa, ¿ha sido involuntario o perseguía una finalidad?
Totalmente involuntario.

Si ha tenido una finalidad, ¿cuál ha sido?

6. ¿Cómo definiría la empatía aplicada a este contexto?
7. ¿Cree que el intérprete ha de ser más o menos empático que la enfermera?

<input type="checkbox"/>	Más	<input type="checkbox"/>	Igual	<input type="checkbox"/>	Menos
--------------------------	-----	--------------------------	-------	--------------------------	-------

8. En los tres casos interpretados, ¿su nivel de empatía ha sido mayor, menor o igual que el de la enfermera?

SITUACIÓN 1		SITUACIÓN 2		SITUACIÓN 3	
	Mayor		Mayor		Mayor
	Igual		Igual		Igual
	Menor		Menor		Menor

¿Por qué?

9. ¿Cuál de las tres situaciones le ha parecido más complicada en cuanto a la coordinación de los turnos del diálogo? ¿Por qué?
10. ¿Y, en conjunto, qué dificultades presentaban estas tres situaciones frente a situaciones médicas cotidianas en cuanto a la coordinación de turnos del diálogo?
11. ¿Ha tenido que utilizar alguna estrategia (interrumpir, unir dos intervenciones u otras) porque no se podía cortar la intervención del paciente o de la enfermera?

12. En la situación 3, el supuesto comunicativo era el de un intérprete que ya conocía al paciente ¿influyó de manera positiva o negativa para el éxito comunicativo? ¿Por qué?

En caso de respuesta afirmativa, indique de los siguientes ocho posibles factores que el haber interpretado para un paciente con anterioridad podrían tener mayor influencia. Ordénelos en una escala numérica donde 1 sea el más influyente y 8 el menos según su opinión.

	Precisión de la terminología de especialidad
	Exactitud del mensaje
	Mayor respeto por las emociones y mayor empatía
	Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente
	Mejor conocimiento de la situaciones emocional del paciente
	Mejor manejo de los turnos de palabra y gestión de la comunicación
	Mayor comodidad en la relación intérprete-paciente
	Menos estrés durante la interpretación

13. ¿Diría que un *briefing* del intérprete con la enfermera previo al encuentro sería una estrategia facilitadora (recuerde que en la situación 2 trabaja para el hospital)?

14. ¿Diría que un *briefing* del intérprete con el paciente previo al encuentro sería una estrategia facilitadora (recuerde que en las situaciones 1 y 3 le ha contratado el paciente)?

15. De los siguientes posibles papeles del intérprete, ¿cuál cree que ha desempeñado usted en estas situaciones (márquelo en negrita)? Después, ordene las siguientes opciones según la relevancia que les otorgaría en cada situación interpretada. Asigne un 1 a la más relevante y un 7 a la menos relevante. Puede incluir otras opciones. Si lo hace, ordénelas también ampliando la escala numérica donde 1 sea la más relevante.

SITUACIÓN 1	SITUACIÓN 2	SITUACIÓN 3
Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas)	Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas)	Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas)
Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar obscurantismos culturales además de lingüísticos)	Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar obscurantismos culturales además de lingüísticos)	Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar obscurantismos culturales además de lingüísticos)
Conducto (se limita al trasvase de la información, no se involucra)	Conducto (se limita al trasvase de la información, no se involucra)	Conducto (se limita al trasvase de la información, no se involucra)
Defensora del bienestar del paciente	Defensora del bienestar del paciente	Defensora del bienestar del paciente
Defensora del bienestar de la enfermera	Defensora del bienestar de la enfermera	Defensora del bienestar de la enfermera
Intérprete asistente-ayudante (además de interpretar la consulta en sí, facilita la comunicación y realiza otras funciones como: acompañamiento, seguimiento, o renarración de la consulta)	Intérprete asistente-ayudante (además de interpretar la consulta en sí, facilita la comunicación y realiza otras funciones como: acompañamiento, seguimiento, o renarración de la consulta)	Intérprete asistente-ayudante (además de interpretar la consulta en sí, facilita la comunicación y realiza otras funciones como: acompañamiento, seguimiento, o renarración de la consulta)

BLOQUE 2. SITUACIÓN

1. ¿Alguna de las tres situaciones le ha supuesto más estrés que el resto? ¿Podría especificar en qué momento y por qué?
2. Valore su grado de estrés en cada situación en una escala donde 0 significa ausencia de estrés y 5 el grado máximo.

	0	1	2	3	4	5
Situación 1						
Situación 2						
Situación 3						

3. Según su anterior respuesta, ¿cree que hay algo que usted puede hacer para reducir el grado de estrés?
4. ¿Ha sido el estrés un factor que ha podido modificar su intervención como intérprete? En caso afirmativo, indique en qué aspectos y, a ser posible, proporcione algún ejemplo.
5. ¿Cree que en estos tres casos interpretar en el domicilio es más o menos estresante que en una consulta médica de hospital? ¿Por qué?
6. ¿Cree que interpretar en este contexto con asiduidad puede afectar a su bienestar posterior? ¿Por qué?
7. ¿Considera que aquellos intérpretes que hayan pasado por una situación similar en su vida estarían menos afectados por el estrés y su calidad de la interpretación sería mejor?
8. ¿Cómo se ha sentido interpretando en estas situaciones?
9. En una escala del 0 al 10 donde 0 significa innecesaria y 10 el grado máximo, valore la necesidad de formación específica en interpretación en contextos de malas noticias, situación de últimos días y duelo y explique su elección.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. ¿En qué aspectos se debería insistir en un módulo de formación de intérpretes en contextos de malas noticias, situación de últimos días y duelo?

Anexo 7: Encuesta dirigida a profesionales sanitarios

¿Cuál es su área de formación?

¿Ha recibido formación en comunicación de malas noticias y final de vida y duelo?

¿Ha recibido formación específica en psicoterapia de duelo?

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo en el área de final de vida y/o duelo?

1. En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 es muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los pacientes en final de vida?
2. En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 es muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los familiares de los pacientes en final de vida?
3. En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los dolientes que acuden a una visita individual de seguimiento del duelo o a una terapia del duelo?
4. Si los pacientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los pacientes en final de vida?
5. Si los pacientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los familiares de los pacientes en final de vida?
6. Si los dolientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los dolientes en visitas por seguimiento del duelo (individuales) o que acuden a una terapia del duelo?
7. ¿Ha trabajado con personas de otras culturas y/o lenguas que hayan tenido problemas de comunicación?

*Si la respuesta es afirmativa, indique cómo ha solventado dichos problemas.

8. ¿Cómo valoraría su conocimiento del vocabulario de su área de trabajo en inglés?

Excelente

Intermedio

Bajo

No tengo conocimientos de inglés

En caso de respuesta excelente, intermedio o bajo, ¿cree que con su nivel de inglés podría desempeñar su trabajo al igual que trataría a un paciente que comparte su misma lengua y en las mismas condiciones de calidad?

Sí podría y, de hecho, así lo hago.

Sí podría, pero preferiría contar con un intérprete.

Podría pero con muchas dificultades y no sería en las mismas condiciones.

No podría y necesitaría la ayuda de un intérprete.

9. ¿Recurriría a un intérprete en caso de desconocer el idioma de su paciente?

10. ¿Ha trabajado con intérpretes?

*Si la respuesta es afirmativa, indique si el intérprete era profesional o *ad hoc* (familiar, amigo...)

*¿Pudo preguntar todo lo que quería?

*¿Hubo variaciones en la manera de conducir la sesión con intérprete?

*¿Considera que consiguió el éxito comunicativo?

*¿Podría valorar si fue una experiencia positiva o negativa?

11. ¿Qué importancia le otorga al lenguaje no verbal del paciente en una escala donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante?

12. ¿Esperaría del intérprete que tuviese en cuenta el lenguaje no verbal del paciente?

- Sí
- No

¿Por qué?

13. ¿Qué importancia le otorga a la empatía en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante?

14. ¿Siguiendo la definición de (Payás Puigarnau 2010: 258 / 2020: 13) «la capacidad del terapeuta de ponerse en los zapatos del paciente sin la intención de quererle sacar de ellos» qué estrategias utiliza para conseguirlo?

15. ¿Considera que el intérprete debería ser igual, más o menos empático que usted?

	Más		Igual		Menos
--	-----	--	-------	--	-------

¿Por qué?

16. ¿Consideraría que el intérprete debe tener conocimientos sobre comunicación terapéutica?

17. ¿Cómo le gustaría que fuese la gestión de la conversación y los turnos del diálogo cuando el intérprete esté presente?

-Prefiero coordinarlos yo por ser el proveedor de servicios.

-Prefiero que los coordine el intérprete porque es el profesional encargado de facilitar la comunicación.

-Otros:

18. De los posibles papeles que podría adoptar el intérprete, ¿cuál/es esperaría que desempeñase?

- a. Conducto (se limita al trasvase de información, no se involucra, rol neutral)
- b. Clarificador lingüístico (interviene para aclaraciones lingüísticas, pero mantiene un rol neutral)
- c. Mediador lingüístico e intercultural (interviene para aclarar malentendidos culturales y lingüísticos)
- d. Defensor del bienestar del paciente
- e. Defensor del bienestar del profesional
- f. Intérprete-asistente-ayudante (interpretación de la consulta, interviene para aclaraciones culturales, lingüísticas o personales (si conoce al paciente), facilita la cooperación entre los involucrados y realiza otras funciones como: desplazamiento, seguimiento, y/o renarración de la consulta).

Otro:

19. ¿Cómo se sentiría más cómodo, si el intérprete interpretase en primera o tercera persona? A continuación, puede ver un ejemplo.

Paciente: I feel devastated.

Intérprete (primera persona): Me siento destrozado.

Intérprete (tercera persona): Dice que se siente destrozado.

20. En una escala del 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, otorgue una valoración según sus expectativas sobre la calidad de la interpretación en cada uno de estos parámetros:

Transmisión completa del mensaje

Transmisión correcta del mensaje

Conocimientos de la terminología específica

Fluidez en la transmisión del mensaje

Respeto por las emociones

Transmita confianza

Transmita comodidad

Transmita naturalidad

Confidencialidad

21. ¿Considera que si el intérprete y el paciente se conocen (bien porque ya ha interpretado más veces para el mismo paciente o bien porque es el paciente quien trae al intérprete) puede afectar de manera positiva o negativa a alguno de los siguientes parámetros?

Positiva	Negativa	No afectaría	Parámetros
			Precisión de la terminología de especialidad
			Exactitud del mensaje
			Mayor respeto por las emociones y mayor empatía
			Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente
			Mejor conocimiento de la situaciones emocional del paciente
			Mejor manejo de los turnos de palabra y gestión de la comunicación
			Mayor comodidad en la relación intérprete-paciente.
			Menos estrés del terapeuta y del paciente

22. ¿Considera que si el intérprete y el terapeuta se conocen (porque han trabajado juntos anteriormente) puede afectar de manera positiva o negativa a alguno de los siguientes parámetros?

Positiva	Negativa	No afectaría	Parámetros
			Precisión de la terminología de especialidad
			Exactitud del mensaje
			Mayor respeto por las emociones y mayor empatía
			Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente
			Mejor conocimiento de la situaciones emocional del paciente
			Mejor manejo de los turnos de palabra y gestión de la comunicación
			Mayor comodidad y confianza en la relación intérprete-profesional
			Menos estrés durante la comunicación

23. ¿Sabría donde recurrir para buscar a un intérprete?
24. ¿Acudiría a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes?
25. ¿En qué aspectos cree que se debería insistir en un módulo de formación de intérpretes en contextos de malas noticias, situación de últimos días y duelo?
26. ¿Recomendaría la asistencia a un grupo de ayuda en duelo o de atención individual como herramienta útil para personas que han tenido una pérdida?
27. ¿Conoce algún grupo de ayuda en duelo o de atención individual en España donde atiendan a personas extranjeras?

28. ¿Conoce algún grupo de ayuda en duelo o de atención individual en España donde atiendan a personas extranjeras con intérprete?

29. ¿Recomendaría la asistencia a un grupo de ayuda en duelo o de atención individual como herramienta útil para personas extranjeras residentes en España que han tenido una pérdida si hubiese intérpretes u otros recursos donde las barreras lingüísticas y/o culturales no fuesen un obstáculo?



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 8: Encuesta dirigida a estudiantes de ciencias de la salud

¿Cuál es su área de formación?

¿En qué curso se encuentra ahora?

¿Ha recibido formación en comunicación de malas noticias, final de vida y duelo?

¿Ha recibido formación específica en psicoterapia de duelo?

En caso de respuesta negativa, ¿le gustaría recibir?

1. En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 es muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los pacientes en final de vida?
2. En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 es muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los familiares de los pacientes en final de vida?
3. En una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los dolientes que acuden a una visita individual de seguimiento del duelo o a una terapia del duelo?
4. Si los pacientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los pacientes en final de vida?
5. Si los pacientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los familiares de los pacientes en final de vida?
6. Si los dolientes son extranjeros, en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, ¿qué valor otorgaría a la comunicación con los dolientes en visitas por seguimiento del duelo (individuales) o que acuden a una terapia del duelo?
7. ¿Si tuviera que trabajar con personas de otras culturas y/o lenguas cómo solventaría los problemas de comunicación?
8. ¿Cómo valoraría su conocimiento del vocabulario de su área de formación en inglés?
 Excelente
 Intermedio
 Bajo
 No tengo conocimientos de inglés

En caso de respuesta excelente, intermedio o bajo, ¿cree que con su nivel de inglés podría desempeñar su trabajo al igual que trataría a un paciente que comparte su misma lengua y en las mismas condiciones de calidad?

Sí podría

Sí podría pero preferiría contar con un intérprete.

Podría pero con muchas dificultades y no sería en las mismas condiciones.

No podría y necesitaría la ayuda de un intérprete.

9. ¿Recurriría a un intérprete en caso de desconocer el idioma de su paciente?
10. ¿Qué importancia le otorgaría al lenguaje no verbal del paciente en una escala donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante?
11. ¿Esperaría del intérprete que tuviese en cuenta el lenguaje no verbal del paciente?
- Sí
 - No
- ¿por qué?
12. ¿Qué importancia le otorgaría a la empatía en una escala de 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante?
13. ¿Consideraría que el intérprete debería ser igual, más o menos empático que usted?

	Más		Igual		Menos
--	-----	--	-------	--	-------

¿Por qué?

14. ¿Consideraría que el intérprete debería tener conocimientos sobre la comunicación terapéutica?
15. En una escala del 0 al 10 donde 0 es no importa en absoluto y 10 muy importante, otorgue una valoración según sus expectativas sobre la calidad de la interpretación en cada uno de estos parámetros:

Transmisión completa del mensaje
 Transmisión correcta del mensaje
 Conocimientos de la terminología específica
 Fluidez en la transmisión del mensaje
 Respeto por las emociones
 Transmita confianza
 Transmita comodidad
 Transmita naturalidad
 Confidencialidad

16. ¿Consideraría que si el intérprete y el paciente se conocen (bien porque ya ha interpretado más veces para el mismo paciente o bien porque es el paciente quien trae al intérprete) podría afectar de manera positiva o negativa a alguno de los siguientes parámetros?

Positiva	Negativa	No sabe/ no contesta	Parámetros
			Precisión de la terminología de especialidad
			Exactitud del mensaje
			Mayor respeto por las emociones y mayor empatía
			Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente
			Mejor conocimiento del estado emocional del paciente
			Mejor manejo de la gestión de la comunicación
			Mayor comodidad en la relación intérprete-paciente
			Menos estrés del terapeuta y del paciente

17. ¿Consideraría que si el intérprete y el terapeuta se conocen (porque han trabajado juntos anteriormente) podría afectar de manera positiva o negativa a alguno de los siguientes parámetros?

Positiva	Negativa	No sabe/ no contesta	Parámetros
			Precisión de la terminología de especialidad
			Exactitud del mensaje
			Mayor respeto por las emociones y mayor empatía
			Mejor conocimiento del entorno situacional del paciente
			Mejor conocimiento del estado emocional del paciente
			Mejor manejo de los turnos de palabra y gestión de la comunicación
			Mayor comodidad y confianza en la relación intérprete-profesional
			Menos estrés durante la comunicación

18. ¿Sabría donde recurrir para buscar a un intérprete?

19. ¿Acudiría a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes?

Anexo 9: Encuesta dirigida a usuarios extranjeros residentes en España

Age

Nationality

How long have you been living in Spain?

1. Do you usually use an interpreter in healthcare communication?

Yes

No

If your answer was no, go to question 2. If your answer was yes, answer the following question:

Did you hire the interpreter or the hospital did?

I did

Hospital did

Both

If you answered “I did”, answer these questions:

Did you hire a professional interpreter or a friend/relative/neighbour?

Professional

Friend, relative, neighbour

Both

Could you ask everything you wanted?

Yes

No

Sometimes

Was the doctor empathetic?

Yes

No

Sometimes

Was the interpreter empathetic?

Yes

No

Sometimes

2. If you haven't used a professional interpreter or if you have used a friend, relative or neighbour, would you know where to find a professional interpreter or would you ask a relative or a friend to interpret for you?

Yes I know where to find one but I don't need one.
I would ask a relative or friend.

3. Have you experienced a difficult situation in the medical context in Spain?

Yes. Can you describe it?
No

4. Have you lost a loved one (while you are in Spain, it doesn't mean where the person passed away)?

Yes.
No

If you answered no, go to question 8. If you answered yes, did you have any help with grieving / bereavement? If you have had any help, can you describe it?

5. Have you heard of grief support groups?

No, I haven't
Not in Spain but I have in another country
Yes, I have heard in Spain
Yes, in another country and in Spain

6. Grief support groups are a way of bringing people together in a space to share bereavement experiences, to be open with emotions and to normalize the grief journey. Would you attend a grief support group in Spain if there was an interpreter?

Yes, definitely
Yes, but I won't need an interpreter
No
I can't answer now because I haven't lost a loved one but I think I would
I can't answer now because I haven't lost a loved one but I think I wouldn't

Anexo 10: Encuesta dirigida a dolientes españoles

Edad

Tipo de pérdida

1. ¿Le ha ayudado el grupo de apoyo en duelo o la atención individual a aliviar el sufrimiento?
2. ¿Le ha ayudado a compartir sentimientos difíciles?
3. ¿Le ha ayudado a afrontar la pérdida?
4. ¿Le ha ayudado el grupo o la atención individual a poder adaptarse mejor a los cambios y retos de la nueva situación?
5. ¿Ha encontrado en el grupo o en la atención individual un espacio de apoyo emocional?
6. ¿Ha sido el grupo o la atención individual el único espacio en el que se ha dado permiso para expresar sus sentimientos?
7. En una escala del 0 al 10 donde 0 es la puntuación más baja y 10 la más alta, ¿cómo calificaría la ayuda recibida en el grupo de apoyo en duelo o la atención individual?
8. En una escala del 0 al 10 donde 0 es no lo recomendaría en absoluto y 10 totalmente recomendable, ¿en qué medida recomendaría la participación en un grupo de apoyo en duelo o la atención individual tras una pérdida?
9. Si una persona que no comparte su misma lengua decidiese formar parte de su grupo de apoyo en duelo, ¿se sentiría cómodo/a si estuviese presente un intérprete para facilitar la comunicación?
10. ¿Sabe de alguna persona extranjera residente en España que pudiese necesitar este tipo de ayuda?

Anexo 11: Guion grupo de discusión intérpretes

Bloque 1. Preguntas sobre los cuestionarios y las encuestas

¿Fue la temática de las situaciones lo que generó mayor estrés o hubo otro factor que también influyó?

¿Seguís pensando que el intérprete debe tener más empatía que las partes?

¿Os reafirmáis en que erais intérpretes-asistentes defensoras del bienestar del paciente o doliente?

Como intérpretes, ¿pensáis que el haber pasado por este estudio os podría beneficiar para enfrentaros a este tipo de situaciones?

¿Tener formación específica en estos contextos os hubiese ayudado en la toma de decisiones?

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Bloque 2. Preguntas sobre las estrategias de interpretación

INTÉRPRETE INGLÉS	INTÉRPRETE FRANCÉS
SITUACIÓN 1	SITUACIÓN 1
<p>¿Por qué el uso de la primera persona combinado con la tercera?</p> <p>8.22 estrategia para demostrar que ha entendido, ¿por qué?</p> <p>8.32 Inclusión de ella misma, ¿por qué?</p>	<p>1.40 ¿por qué utilizas usted cuando la enfermera se dirige al paciente de tú?</p> <p>4.25 no se indica a la otra parte que se ha hecho una intervención en voz propia hasta la siguiente intervención ¿lo considerabas muy relevante?</p> <p>06.07 no informa a la otra parte de que necesita una aclaración.</p> <p>7.34 preguntar por qué ha suavizado el tono. ¿Cree que la enfermera ya ha entendido que está enfadado y no hace falta trasladarlo?</p>
SITUACIÓN 2	SITUACIÓN 2
<p>1.56 + 2.28 “<i>We cannot handle it anymore</i>” ¿es por nervios?</p> <p>2.35 cambio a tercera persona</p> <p>2.44 empieza su turno sin haber terminado el paciente, ¿te diste cuenta?</p> <p>4.52 + 5.30 baja el registro ¿es consciente?</p> <p>5.52 ¿era necesario ampliar la información?</p> <p>7.20 ¿cambiarías algo si lo volvieses a interpretar?</p>	<p>2.19 ¿no consciente? Por su rostro apreciamos que ella lo sabe, pero prefiere preguntar a la enfermera.</p> <p>¿Sentía mucha empatía por el familiar y le dice “<i>bon courage</i>”?</p>
SITUACIÓN 3	SITUACIÓN 3
<p>Cambios entre la primera y la tercera persona, ¿por qué?</p> <p>3.33 resumen</p> <p>9.36 cambio de usted a tú en el trato con la enfermera, ¿por qué?</p>	<p>3.58 ¿Por qué nunca utiliza el nombre de pila si lo ha utilizado la enfermera?</p> <p>9.46 entiendo que no lo interpreta porque el familiar dice muchas gracias en español. ¿Es así?</p> <p>¿Cómo te sentiste cuando el paciente te dio la mano?</p>

Despedida y cierre

Anexo 12: Carta de presentación y consentimiento informado para profesionales y dolientes



CARTA DE PRESENTACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a:

Me dirijo a usted con el ruego de que participe en una investigación doctoral de la Universidad de Alicante sobre la interpretación en el área de final de vida y duelo.

Su participación consistirá en asistir a una entrevista online que se grabará (en audio o vídeo) para su posterior transcripción. La información que se proporcione será utilizada por la investigadora para ser analizada y difundida en el marco de la tesis doctoral.

Muchas gracias por su colaboración.

Por favor, rellene la siguiente autorización para confirmar su participación:

Yo, _____ (nombre completo), doy mi consentimiento para participar en la actividad mencionada anteriormente.

Elijo como modo de participación:

Renuncia expresamente a su anonimato y nos autoriza a analizar, reproducir y comunicar públicamente la información proporcionada en cualquier actividad dentro del proyecto de esta tesis doctoral.

Prefiere mantenerse en el anonimato como informante. No obstante, nos autoriza a analizar, reproducir y comunicar públicamente la información proporcionada en cualquier actividad dentro del proyecto de esta tesis doctoral.

Y para que surta los efectos oportunos, firmo la presente autorización en _____, a _____ de _____ de 2021.

El/la participante

Elena Pérez Estevan
Investigadora
Dpto. Traducción e Interpretación
Universidad de Alicante

Anexo 13: Carta de presentación y consentimiento informado para asociaciones



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



DTI DEPARTAMENTO
DE TRADUCCIÓN
E INTERPRETACIÓN
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

CARTA DE PRESENTACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada asociación:

Me dirijo a usted con el ruego de que participe en una investigación doctoral de la Universidad de Alicante sobre la interpretación en el área de final de vida y duelo.

Su participación consistirá en asistir a una entrevista online que se grabará (en audio o vídeo) para su posterior transcripción. La información que se proporcione será utilizada por la investigadora para ser analizada y difundida en el marco de la tesis doctoral.

Muchas gracias por su colaboración.

Por favor, rellene la siguiente autorización para confirmar su participación:

Yo, _____ (nombre completo), doy mi consentimiento para participar en la actividad mencionada anteriormente.

Elijo como modo de participación:

- Renuncia expresamente a su anonimato y nos autoriza a comunicar públicamente el nombre de su asociación así como la información proporcionada que podrá ser analizada, reproducida y comunicada en cualquier actividad dentro del proyecto de esta tesis doctoral.
- Prefiere mantenerse en el anonimato como informante y que no se comunique públicamente el nombre de su asociación. No obstante, la información proporcionada podrá ser analizada, reproducida o comunicada públicamente en cualquier actividad dentro del proyecto de esta tesis doctoral.

Y para que surta los efectos oportunos, firmo la presente autorización en _____, a _____ de _____ de 2021.

El/la participante

Elena Pérez Estevan
Investigadora
Dpto. Traducción e Interpretación
Universidad de Alicante

Anexo 14: Guion entrevista profesionales sanitarios**Datos personales**

- ¿Cuáles son sus estudios/formación?
- ¿En qué ámbito está especializado/a?
- ¿Nos podría dar un poco más de información de su trabajo?
- ¿Disponen en su centro de trabajo de información en otros idiomas?

NECESIDAD

1. Como sabe, nuestro proyecto se centra en visibilizar la situación de los pacientes extranjeros residentes en España en las situaciones de final de vida y duelo, ¿tiene experiencia trabajando con intérpretes?

En caso afirmativo:

1.1 ¿Eran intérpretes profesionales o *ad hoc* (familiares, amigos...)?

1.2 ¿Puede valorar cómo ha sido la experiencia?

1.3 ¿Con qué frecuencia trabajan o han trabajado con intérpretes?

1.4 ¿Cómo accedieron las personas extranjeras a su centro?

1.5 ¿Quién contrataba a los intérpretes?

1.6 ¿Conocían la formación de los intérpretes?

1.7 ¿Qué expectativas tenían antes de empezar a trabajar con intérpretes?

1.7.1 ¿Se cumplieron estas expectativas?

1.7.2 ¿Pudo preguntar todo lo que quería?

1.7.3 ¿Hubo variaciones en la manera de conducir la sesión con intérprete?

1.7.4 ¿Considera que consiguió el éxito comunicativo?

1.7.5 ¿Cómo valoraría esa experiencia de trabajar con intérpretes en una escala del 0 al 10 donde 0 =nada satisfactoria y 10 = muy satisfactoria?

1.7.6 Si ha trabajado con intérpretes profesionales y no profesionales, ¿qué diferencias percibe?

En caso negativo:

1.9 ¿Cuáles cree que han sido los motivos?

RECURRIR A INTÉRPRETES

2. ¿Cómo valoraría su conocimiento (o el de sus compañeros) del vocabulario de su área de trabajo en inglés?
 - 2.1 En caso de respuesta excelente, intermedio o bajo, ¿cree que con su nivel de inglés podría desempeñar su trabajo al igual que trataría a un paciente que comparte su misma lengua y en las mismas condiciones de calidad?
3. Si en lugar de un paciente de habla inglesa tuviese un paciente de otro idioma, ¿recurriría a un intérprete?
4. ¿Preferirían contratar ustedes mismos al intérprete o que el paciente trajese su intérprete?
 - 4.1 En caso de contratarle ustedes, ¿sabrían dónde recurrir para contratar a un intérprete profesional?
 - 4.2 En caso de preferir que lo traiga el paciente, ¿le exigirían algún requisito?

REQUISITOS / EXPECTATIVAS

5. ¿Qué requisitos considera que debe tener un buen intérprete para trabajar en su centro de trabajo (empatía, silencios, emociones, gestión de la conversación)?
6. ¿Qué expectativas tendrían del intérprete?
 - 6.1 Puedo preguntar por las expectativas de la encuesta:
 - Transmisión completa del mensaje
 - Transmisión correcta del mensaje
 - Conocimientos de la terminología específica
 - Fluidez en la transmisión del mensaje
 - Respeto por las emociones
 - Transmita confianza
 - Transmita comodidad
 - Transmita naturalidad
 - Confidencialidad
 - 6.2 Puedo añadir otros puntos como visibilidad o rol o si hay preferencia por el mismo intérprete si ya han trabajado antes.

ESTRÉS / BIENESTAR

7. En muchas ocasiones, otros profesionales nos han comentado que recurren a otros terapeutas u otros recursos porque también ellos necesitan contar sus casos complicados. ¿Considera que interpretar en contextos de final de vida y duelo con asiduidad puede afectar al bienestar posterior del intérprete?
8. ¿Consideraría que un intérprete que ha sufrido una situación de final de vida y duelo en su vida (y ha elaborado su duelo) contribuiría a que el éxito de la comunicación sea mayor?
9. ¿Consideraría que un intérprete que está sufriendo una situación de final de vida y duelo en su vida en estos momentos podría afectar negativamente al éxito de la comunicación?

FORMACIÓN

10. ¿Acudiría a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes?
11. ¿En qué aspectos cree que se debería insistir en un módulo de formación de intérpretes en contextos de malas noticias, situación de últimos días y duelo?

REFLEXIÓN

12. ¿Podría decirnos si esta entrevista le ha servido como reflexión sobre la situación de los pacientes extranjeros en áreas de final de vida y duelo?

Anexo 15: Guion entrevista informados involucrados en contextos de duelo

Datos personales

1. ¿Cuáles son sus estudios/formación?
2. ¿En qué ámbito está especializado/a?
3. ¿Nos podría dar un poco más de información de su asociación?
4. ¿Cómo surgió esta asociación?
5. ¿Cuánto tiempo lleva su asociación en funcionamiento atendiendo a personas en duelo?
6. ¿Disponen de grupos específicos (por ejemplo: grupos de personas que han perdido a un hermano, grupos de personas que han perdido a un hijo, grupos de personas por pérdidas por suicidio, etc.) o son mixtos?
7. ¿A cuántas personas puede haber atendido su asociación?
8. ¿Disponen de información en otros idiomas sobre los servicios que ofrecen?

NECESIDAD

9. Como sabe, nuestro proyecto se centra en visibilizar la situación de los pacientes extranjeros residentes en España en las situaciones de final de vida y duelo, ¿tiene experiencia trabajando con intérpretes?

En caso afirmativo:

- a. ¿Eran intérpretes profesionales o *ad hoc* (familiares, amigos...)?
- b. ¿Puede valorar cómo ha sido la experiencia?

- 9.1 ¿Con qué frecuencia trabajan o han trabajado con intérpretes?
- 9.2 ¿Cómo accedieron las personas extranjeras a su centro?
- 9.3 ¿Quién contrataba a los intérpretes?
- 9.4 ¿Conocían la formación de los intérpretes?
- 9.5 ¿Qué expectativas tenían antes de empezar a trabajar con intérpretes?
- 9.6 ¿Se cumplieron estas expectativas?
- 9.7 ¿Pudo preguntar todo lo que quería?
- 9.8 ¿Hubo variaciones en la manera de conducir la sesión con intérprete?
- 9.9 ¿Considera que consiguió el éxito comunicativo?
- 9.10 ¿Cómo valoraría esa experiencia de trabajar con intérpretes en una escala del 0 al 10 donde 0 =nada satisfactoria y 10 = muy satisfactoria?
- 9.11 Si ha trabajado con intérpretes profesionales y no profesionales, ¿qué diferencias percibe?

En caso negativo:

- 9.12 ¿Cuáles cree que han sido los motivos?

RECURRIR A INTÉRPRETES

10. ¿Cómo valoraría su conocimiento (o el de sus compañeros) del vocabulario de su área de trabajo en inglés?
- 2.1 En caso de respuesta excelente, intermedio o bajo, ¿cree que con su nivel de inglés podría desempeñar su trabajo al igual que trataría a un paciente que comparte su misma lengua y en las mismas condiciones de calidad?
11. Si en lugar de un paciente de habla inglesa tuviese un paciente de otro idioma, ¿recurriría a un intérprete?
12. Si tuviese personas en duelo extranjeras que solicitasen sus servicios de ayuda en duelo, ¿estarían dispuestos a trabajar con intérpretes?
13. ¿Preferirían contratar ustedes mismos al intérprete o que el paciente trajese su intérprete?
- a. En caso de contratarle ustedes, ¿sabrían dónde recurrir para contratar a un intérprete profesional?
- b. En caso de preferir que lo traiga el paciente, ¿le exigirían algún requisito?

REQUISITOS / EXPECTATIVAS

14. ¿Qué requisitos considera que debe tener un buen intérprete para trabajar en su centro de trabajo (empatía, silencios, emociones, gestión de la conversación)?
15. ¿Qué expectativas tendrían del intérprete?

Puedo preguntar por las expectativas de la encuesta:

Transmisión completa del mensaje
 Transmisión correcta del mensaje
 Conocimientos de la terminología específica
 Fluidez en la transmisión del mensaje
 Respeto por las emociones
 Transmita confianza
 Transmita comodidad
 Transmita naturalidad
 Confidencialidad

Puedo añadir otros puntos como visibilidad o rol o si hay preferencia por el mismo intérprete si ya han trabajado antes.

TERAPIA GRUPAL

16. En caso de terapia grupal de duelo, ¿se sentiría cómodo (y los participantes) si hubiese una persona extranjera que formase parte del grupo y que contase con intérprete? En este caso la interpretación seguramente sería susurrada mientras los otros participantes hablan y cuando sea el turno de la persona extranjera, la interpretación sería consecutiva rápida (explicar técnicas si se desconocen).

*Si es posible, hablar de comodidad si se conocen el terapeuta y el intérprete.

ESTRÉS / BIENESTAR

17. En muchas ocasiones, otros profesionales nos han comentado que recurren a otros terapeutas u otros recursos porque también ellos necesitan contar sus casos complicados. ¿Considera que interpretar en contextos de final de vida y duelo con asiduidad puede afectar al bienestar posterior del intérprete?
18. ¿Consideraría que un intérprete que ha sufrido una situación de final de vida y duelo en su vida (y ha elaborado su duelo) contribuiría a que el éxito de la comunicación sea mayor?
19. ¿Consideraría que un intérprete que está sufriendo una situación de final de vida y duelo en su vida en estos momentos podría afectar negativamente al éxito de la comunicación?

FORMACIÓN

20. ¿Acudiría a una formación sobre cómo trabajar con intérpretes?
21. ¿En qué aspectos cree que se debería insistir en un módulo de formación de intérpretes en contextos de malas noticias, situación de últimos días y duelo?

REFLEXIÓN

22. ¿Podría decirnos si esta entrevista le ha servido como reflexión sobre la situación de los pacientes extranjeros en áreas de final de vida y duelo?

Anexo 16: Guion entrevista usuarios extranjeros residentes en España

AGE

NATIONALITY

1. How long have you been living in Spain?
2. Do you usually use an interpreter in healthcare communication?
 - 2.1 If so, did you hire the interpreter or the hospital did?
 - 2.2 Could you ask everything you wanted?
 - 2.3 Did you feel comfortable with the interpreter?
 - 2.4 Was the doctor emphatic/empathetic?
 - 2.5 Was the interpreter emphatic?
 - 2.6 If you don't, would you know where to find one?
 - 2.7 Would you ask a relative or friend to interpret for you?
3. Have you experienced any traumatic situation?
4. Have you lost a loved one while in Spain?
 - 4.1 If so, have you had any help with grieving?
5. Have you heard of grief support groups in Spain?

These groups are a way of bringing people together in a space to share bereavement and grief experiences. The strength of these groups is the understandings that come from shared experiences to help with feeling a freedom to grieve, normalizing the grief journey, opening a space for companionship and conversation to be open with emotions.
6. Would you attend a grief support group in Spain if there was an interpreter?

Anexo 17: Carta de invitación y consentimiento informado para usuarios extranjeros residentes en España



INVITATION LETTER AND INFORMED CONSENT

Dear Sir/Madam:

I would like to invite you to take part in a research project of the University of Alicante about interpreting at the end of life.

Your participation will involve an online interview which will be recorded (audio/video) to be transcribed afterwards. The information you will provide the researcher with will be analyzed and disseminated in this PhD project.

Your opinion will be greatly appreciated for the successful development of this research.

Thank you very much.

Please, fill in the following informed consent to participate in:

I, _____ (full name) express my consent to participate in the previously mentioned activity.

The option I choose is:

Anonymity will be waived. You give us permission to analyze and spread publicly the information given in any activity related to this project.

Anonymity will be preserved. However, you give us permission to analyze and spread publicly the information given in any activity related to this project.

In witness whereof, I hereby sign this document in _____, on _____ 2021.

Participant's signature

Elena Pérez Estevan
Researcher
University of Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante