



## TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER PROFESIONAL

### MÁSTER UNIVERSITARIO EN TRADUCCIÓN MÉDICO-SANITARIA

#### **Análisis de las técnicas de interpretación y mediación intercultural en pacientes reales: el caso del hospital HLA La Salud (Cádiz)**

AUTORA: Paula Trillo Peña

TUTOR: Vicent Montalt Resurrección

CURSO: 2022/2023

Este Trabajo Fin de Máster está dedicado a todo el personal del Hospital HLA La Salud.

Todos, sin excepción, han demostrado una confianza plena en mi trabajo y en mis aptitudes como intérprete y mediadora desde el primer día y me han brindado su ayuda siempre que lo he necesitado.

En especial, este trabajo está dedicado a María, Carmen, Juani, Lourdes, Alberto, Laura y Elena, por todos nuestros desayunos en el descanso y a Anabel, por su amabilidad infinita y por tener una sonrisa siempre preparada para mí.

Y por supuesto, a Alejandra Bericua, por haberme enseñado mucho y muy bien durante todo el periodo de prácticas, por haberme animado cuando fallaba y por haber hecho que todo el esfuerzo haya merecido la pena. Gracias por tanta dedicación.

## Índice

1. Introducción.....	4
2. Descripción.....	8
3. Reflexión .....	15
3.1. Análisis de casos que incluyen cuestiones culturales .....	20
3.2. Análisis de casos que incluyen cuestiones personales de los pacientes .....	25
3.3. Análisis de casos que incluyen cuestiones logísticas.....	25
3.4. Análisis de casos que incluyen cuestiones profesionales.....	27
4. Conclusiones y futuras líneas de investigación .....	31
4.1. Conclusiones.....	31
4.2. Futuras líneas de investigación.....	32
5. Anexos.....	33
6. Referencias .....	39

# 1. Introducción

El proceso de globalización actual ha evidenciado la importancia de la traducción como disciplina, conformando un factor clave para facilitar el acceso a productos y servicios de diferentes regiones del mundo. Esto incluye materiales audiovisuales o productos literarios. Además de esto, la traducción juega un papel fundamental en la creación de conexiones culturales y en la comprensión entre diferentes grupos de personas. Esto incluye servicios básicos como el acceso a la sanidad, la educación o la justicia.

En este contexto, la traducción e interpretación médica constituyen una especialidad esencial, ya que actúan como enlace lingüístico entre el personal sanitario y los pacientes, con el fin de facilitar la comunicación efectiva y la comprensión. Los traductores e intérpretes médicos deben saber transmitir con precisión la información entre ambas partes, siendo conscientes de las diferencias culturales y evitando sesgos, opiniones o malinterpretaciones. Además de un conocimiento amplio de ambos idiomas, los profesionales deben tener una comprensión profunda de términos médicos y procedimientos clínicos, entre otros. Finalmente, el profesional debe destacar por su capacidad de mantener la confidencialidad y por saber gestionar situaciones estresantes como, por ejemplo, cuando acuden muchos pacientes internacionales a la vez; situaciones delicadas, como la intervención en momentos de conflicto donde es necesario convencer a las partes complicadas de la importancia de una comunicación transparente y eficaz o situaciones emocionales, como cuando un paciente expresa una situación personal complicada.

La traducción e interpretación médica juegan un papel crucial en el ámbito de la salud global, no solo para garantizar el acceso universal a la sanidad, un derecho fundamental, sino para garantizar la seguridad del paciente. Además, una correcta interpretación médica supone una gran herramienta en la transmisión de confianza y empatía entre el personal y los pacientes, mejorando así la atención médica en general. Más concretamente, la interpretación médica se utiliza en una gran variedad de escenarios, entre los que encontramos consultas médicas, hospitalizaciones, emergencias médicas, comunicación de resultados e incluso conferencias sobre medicina. La exactitud y la precisión terminológica son fundamentalmente importantes en este ámbito, donde una mala interpretación podría resultar en consecuencias potencialmente catastróficas no solo para el paciente por razones obvias, sino para el centro médico en calidad de pérdidas monetarias.

En el ámbito sanitario podríamos destacar dos tipos de interpretación: la interpretación de enlace o consecutiva y la traducción a vista. Según Dora Sales (2022 p.8): «en la interpretación consecutiva, el intérprete espera hasta que una frase o enunciado completo se ha dicho y, acto seguido, la interpreta; el/la emisor/a va haciendo pausas para permitir que hable el/la intérprete [...] La traducción a vista (es una) traducción oral de un texto escrito; requiere por parte del/de la intérprete de un proceso mental muy parecido al de la interpretación simultánea. En contextos sanitarios se está usando mucho para la solicitud de consentimientos informados, cuando no existe una traducción escrita y quien interpreta hace *ad hoc* una traducción a la vista». Es importante señalar que ambos tipos de interpretación son los más utilizados en este contexto debido a la naturaleza de la interpretación como disciplina, basada en una conversación entre dos personas, siendo estos el/la paciente y el/la médico en la mayoría de casos (en ocasiones el interlocutor es un familiar debido a la imposibilidad de comunicación del/de la paciente). En cuanto a la traducción a vista, como también se ha mencionado, aunque en una situación ideal los documentos que debe firmar un paciente deben estar traducidos o escritos originariamente en su idioma, en la práctica son numerosas las ocasiones en las que esto no ocurre, por lo que es necesario recurrir a este tipo de interpretación para suplir la falta de comunicación escrita. En este caso no se trataría de una interacción verbal entre el/la médico y el/la paciente sino, como su propio nombre indica, una traducción en tiempo real de un documento por parte del/de la intérprete.

El presente trabajo explora otra área de estudio igual de esencial y que, a menudo pasa inadvertida: la mediación intercultural. Esta modalidad de intervención se enfoca en abordar situaciones sociales caracterizadas por la multiculturalidad. La falta de información conduce a una confusión entre mediación intercultural y resolución de conflictos de carácter cultural. Si bien, a veces pueden ir de la mano, la figura del mediador intercultural también se distingue por su enfoque preventivo, asegurándose de anticipar y evitar conflictos de esta naturaleza. Existen tres tipos de mediación intercultural: «la mediación preventiva, centrada en la prevención de conflictos interculturales; la mediación rehabilitadora, centrada en la resolución de conflictos y la mediación creativa, centrada en la creación de nuevas estrategias de relación e intervención» (Sales, 2022 p.5). Cabe destacar que el mediador intercultural posee funciones adicionales, como la promoción de la empatía entre las personas involucradas, así como la satisfacción de

las necesidades e intereses de las partes involucradas. Entre las competencias esenciales del mediador intercultural, destacan destrezas tales como la escucha activa, la manifestación de empatía, la imparcialidad, la flexibilidad y la capacidad de creación de un ambiente de confianza.

«El fenómeno de la mediación intercultural surge en España a mediados de los años noventa, a raíz de la generalización de la llegada de inmigrantes. [...] Este notable aumento de la inmigración generó, entre otras cosas, una problemática comunicativa desconocida hasta ese momento, que afectaba no solo a las conversaciones coloquiales, sino sobre todo, a las interacciones que se desarrollaban en el ámbito de los servicios públicos». (Raga, 2022 p.1). A pesar de que en la actualidad encontramos la figura del/de la mediador/a intercultural en algunos servicios sanitarios, aún existe cierto recelo hacia esta figura, quizá porque las barreras culturales no son tan evidentes a primera vista como las lingüísticas. A lo largo de las prácticas profesionales sobre las que versa el presente trabajo, se encuentran situaciones en las que se confunde una barrera cultural con una barrera lingüística.

El presente TFM se enmarca dentro de las prácticas profesionales del Máster Universitario en Traducción Médico-Sanitaria, donde mi elección es la vía profesional y mi especialización se caracteriza por las asignaturas de Mediación cultural en el ámbito sanitario y Técnicas de Interpretación en los Servicios Públicos Sanitarios. Es por ello que la estructura del presente trabajo aborda varias secciones que analicen estas técnicas. En primer lugar, en la Introducción se realiza una contextualización general de la situación actual en cuanto a la interpretación médica y la mediación intercultural, además de incluir información sobre el hospital en el que se realizan las prácticas y una breve explicación de las tareas que se llevan a cabo durante estas. En la sección Descripción se describen los casos de pacientes más relevantes a lo largo del periodo de prácticas. Esta sección incluye datos del paciente, información sobre su patología y un breve resumen de su estancia en el centro. La sección de Reflexión recoge un análisis de las tareas realizadas, una categorización de los problemas, así como métodos de análisis y definición de estrategias utilizadas. Esta sección también incluye la creación de un protocolo de atención al paciente internacional que aborda los posibles problemas relacionados con la traducción, la interpretación o la mediación intercultural en un análisis previo a la intervención y una reflexión tras esta que categoriza los problemas ocasionados durante la propia intervención y cómo podrían solventarse de cara al futuro. Por último, la sección de Conclusiones y futuras líneas de investigación anexa las reflexiones

generales que aparecen en la sección anterior y define las futuras investigaciones que podrían llevarse a cabo con respecto a la creación del protocolo de atención al paciente internacional.

Aunque en general las prácticas profesionales del ya nombrado máster se realizan en la Editorial Panamericana, decidí embarcarme en unas prácticas relacionadas con la interpretación sanitaria y la mediación intercultural, dos ramas de la traducción e interpretación médica particularmente afines a mis intereses. Debido a esto, se eligen unas prácticas presenciales en el departamento internacional de un hospital privado. Las prácticas me permiten desplegar los conocimientos adquiridos a lo largo de todo el máster, en parte debido al abordaje integral del paciente y a la necesidad de un trabajo multidisciplinario que incluya traducción, interpretación y mediación intercultural. Además, se ofrece atención directa a pacientes y servicios clínicos, dos aspectos que me resultan especialmente enriquecedores dado mi interés en el ámbito científico y sanitario.

Personalmente, me adentro en el presente trabajo y en las ya nombradas prácticas profesionales debido a mi percepción de desinformación en cuanto a la interpretación sanitaria y la mediación intercultural, pese a los avances en las investigaciones sobre estos campos. Prueba de ello es que, aunque podemos encontrar esta figura en la mayoría de hospitales privados del país, es prácticamente inexistente en los hospitales públicos. Mi interés se ha consolidado aún más tras la realización de las prácticas profesionales, donde puedo corroborar mi interés por la interpretación sanitaria, hecho que se ve fortalecido gracias a la actitud de gratitud por parte de los pacientes, debida a su situación de vulnerabilidad no solo por su condición médica, sino por su desconocimiento del idioma. Considero que contribuir al bienestar de los pacientes en estas circunstancias resulta sumamente gratificante y reconfortante.

En relación a la elección del hospital, es pertinente señalar que las prácticas se realizan entre el 5 y el 30 de junio de 2023, en el Hospital HLA La Salud, ubicado en la ciudad de Cádiz. La elección de este centro se basa en cuestiones estratégicas como su ubicación, en el centro histórico de una ciudad costera, que aumenta la posibilidad de recibir un flujo significativo de pacientes internacionales, dada la relevancia del turismo en la región. Otro factor influyente son las dimensiones del propio hospital. Este centro, aunque incluye la mayoría de especialidades médicas, es de un tamaño mediano con menor cantidad de empleados, lo que también aumenta la posibilidad de un ambiente profesional cercano y personalizado. Tras haber concluido con el periodo de prácticas, es posible no solo confirmar

la hipótesis, sino que la realidad del trato cercano entre los miembros del personal supera las expectativas previas.

Como se observa en la página web oficial, el Grupo Hospitalario HLA constituye una de las principales entidades proveedoras de asistencia sanitaria privada en España y engloba 17 hospitales y 36 centros médicos, distribuidos de manera estratégica en todo el territorio español. En concreto, el Hospital HLA La Salud se ubica en el casco histórico de la ciudad de Cádiz y posee una extensión superior a los 5000 m<sup>2</sup>. El centro ofrece una amplia variedad de servicios médicos que abarcan desde la atención urgente hasta otras especialidades como pediatría, medicina interna, ginecología y obstetricia, psiquiatría o cardiología, entre otros. Este centro sanitario se distingue no solo por su excelencia clínica, sino también por su localización estratégica próxima a estructuras clave como el puerto de Cádiz, que se encuentra a menos de 10 minutos y en el que atracan unos 50 cruceros al mes (Puerto de la Bahía de Cádiz, 2023). Es por ello que el hospital supone un centro de referencia para los pacientes internacionales, a menudo relacionados con el ámbito marítimo, ya sean pasajeros de cruceros o miembros de la tripulación de diferentes embarcaciones. Este hecho subraya la necesidad de un Departamento de Atención al Paciente Internacional. Actualmente este departamento está compuesto por dos profesionales, Alejandra Bericua y Beatriz Pérez, y se encarga de la atención integral al paciente internacional.

- Interpretación simultánea en consulta presencial y telefónica para asegurar la excelencia en la comunicación médico-paciente.
- Traducción de informes médicos para así facilitar el seguimiento de pacientes a bordo de barcos y/o en el país de origen.
- Acompañamiento durante traslados, pruebas e intervenciones quirúrgicas.
- Gestión de garantías con los seguros de salud internacionales.
- Gestión de la atención integral al paciente.

## **2. Descripción**

Este apartado tiene como objetivo definir el protocolo estándar que se sigue cuando un paciente internacional llega al hospital. Aunque se describe el protocolo en detalle, es pertinente señalar que no todos los pacientes completan cada fase del protocolo; por ejemplo,

algunos pacientes pueden requerir solo atención de urgencias y, posteriormente, abandonar el hospital sin necesitar hospitalización o pueden llegar al hospital por sus propios medios, descartando así la necesidad de coordinar servicios de ambulancia.

Inicialmente, se recibe una notificación de un crucero o buque, indicando que un pasajero requiere servicios de ambulancia. Como respuesta a este aviso, se establece inmediatamente comunicación directa con los servicios de ambulancia pertinentes para coordinar el traslado del paciente desde el muelle correspondiente. Seguidamente, se solicita el informe médico correspondiente al médico del barco con el fin de conocer la patología del paciente. Cuando se recibe el informe médico, se coordina a los posibles servicios implicados en la atención médica del paciente y se les envía el informe médico. Un ejemplo sería un paciente que acude con un evento cardíaco agudo sospechoso, donde se notifica al personal médico de urgencias, a la Unidad de cuidados intensivos (UCI) y al departamento de cardiología. A la llegada del paciente al centro, se realiza una interpretación consecutiva entre el equipo médico y el paciente. En situaciones críticas donde la comunicación directa con el paciente no es posible, se obtiene la información necesaria de un familiar cercano. Adicionalmente, se acompaña al paciente durante la realización de pruebas diagnósticas, tales como Tomografía Axial Computarizada (TAC) o radiografías. Una vez que el médico de urgencias ha realizado una evaluación inicial y ha emitido un diagnóstico, se procede a informar al propio paciente y a sus familiares. Acto seguido, al ser un hospital privado, se inician los trámites financieros pertinentes. En caso de que el paciente disponga de una póliza de seguro internacional, se recopilan los datos necesarios para gestionar los documentos necesarios. De lo contrario, se inicia una coordinación con el departamento de facturación para elaborar un presupuesto que cubra los dos primeros días de ingreso del paciente. Cuando se elabora el presupuesto, se presenta a los familiares para su liquidación o se remite a la entidad aseguradora para que confirme la cobertura de servicios. También se realiza un trabajo de asistencia a los familiares para ayudarles a encontrar el alojamiento adecuado, ya sea en la ciudad o en el propio hospital junto a su familiar. Diariamente se realiza el servicio de interpretación entre el equipo médico y el paciente o su acompañante. Adicionalmente, se traduce el informe médico diario para su envío tanto a la entidad aseguradora como para la entrega de una copia al paciente. Finalmente, se coordinan los vuelos de vuelta al país de origen junto con el seguro cuando el paciente recibe el alta médica. Cabe destacar que existe un canal de comunicación directo e ininterrumpido con el paciente en lo concerniente a cualquier necesidad que pueda surgir.

A pesar de la afluencia significativa de pacientes internacionales que se observó en el hospital durante el periodo de prácticas, este estudio de casos se centrará en analizar los más notorios, ya sea debido a la existencia de barreras culturales, desafíos terminológicos o por otras razones de relevancia investigativa. Cabe destacar que, para cumplir con las normativas de protección de datos, no se utilizarán nombres ni edades reales, sino aproximadas.

### **Caso 1: consulta de dermatología**

En primer lugar, se aborda el caso del primer paciente internacional durante el periodo de prácticas, que se destaca por razones obvias. Se trata de un matrimonio británico (MD) de unos 55 años que acude al centro debido a una anomalía de pigmentación en la pierna. Aunque la intervención que se realiza es muy breve, las cuestiones pertinentes aparecen en la siguiente sección. Dado que la enfermera no posee competencias lingüísticas en inglés, solicita la colaboración del departamento para obtener los datos personales de los pacientes.

### **Caso 2: paciente con hernia de Spiegel**

También durante la primera semana, ingresa en el hospital un paciente francés (JP), que llega en ambulancia desde un crucero. A su llegada, el paciente manifiesta dolor abdominal severo y continuo, acompañado de un episodio de estreñimiento de cuatro días de duración. Aunque el sujeto ya había sido diagnosticado con una hernia previamente, no se había considerado necesaria una intervención quirúrgica al no cursar de forma grave. Una hernia es una debilidad de la pared del abdomen que hace que los órganos o estructuras de dentro del abdomen salgan (se hernien) y que aparezca un bulto. Este bulto puede aparecer en diferentes zonas, pero las más frecuentes son las ingles y el ombligo (PortalClinic, 2023). El paciente se presenta acompañado de su esposa y de un amigo con competencias lingüísticas en español, que hizo las veces de intérprete durante el primer día. Se le realizan varias evaluaciones y pruebas, que arrojan el diagnóstico de una obstrucción abdominal que deriva en una Hernia de Spiegel. Esta se define como una hernia rara de la pared abdominal, área localizada entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos laterales (oblicuo mayor, menor y transversal). Se sitúan debajo del oblicuo mayor y el menor por lo que también se denomina hernia interparietal (PortalClinic, 2023).

En lo que respecta a este caso, las responsabilidades del departamento incluyen la coordinación de la gestión de pago a través del seguro internacional con la mujer del paciente, así como la colaboración con el departamento de facturación para la elaboración de

presupuestos y facturas pertinentes. Simultáneamente, también se realizan interpretaciones consecutivas diarias con el fin de informar al paciente y su familiar los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico, facilitando la toma de decisiones informadas. Un día después de su ingreso, el paciente se somete a una intervención quirúrgica que resultó en una colostomía para reparar la hernia. Cinco días después del ingreso, el paciente recibe el alta hospitalaria y regresa a su país de origen, Francia, acompañado de su esposa.

### **Caso 3: paciente con hinchazón en el brazo**

El siguiente caso es el de EV, una paciente de origen americano-filipino que acude al hospital aquejada de hinchazón en el brazo y los dedos de la mano izquierda. Tras someterse a pruebas diagnósticas que no ofrecen resultados concluyentes, se procede a inmovilizar el miembro afectado y a administrar tratamiento intramuscular. La relevancia de este caso radica en la posterior vuelta de la paciente, quien afirma que el dolor ha aumentado. Pruebas diagnósticas complementarias confirman que no existen fracturas, por lo que se procede a un cambio en el vendaje compresivo y en la continuación del tratamiento intramuscular previamente pautado.

Desde un punto de vista administrativo y comunicacional, la paciente manifiesta su insatisfacción con las destrezas lingüísticas del equipo médico, calificando como inaceptable la falta de dominio del inglés por parte del médico de urgencias. Adicionalmente, demuestra un menosprecio hacia las competencias del equipo médico, en particular debido a la juventud del facultativo de urgencias, de menos de 30 años de edad. Durante la administración del tratamiento intramuscular, la paciente muestra su descontento de forma explícita, denigrando la labor de la enfermera encargada de la intervención. Este comportamiento se agrava con la falta de respeto hacia las normas sanitarias en la consulta, puesto que la paciente acude sin usar mascarilla y con un refresco.

### **Caso 4: paciente con accidente isquémico transitorio**

Durante la semana en cuestión, se produce el ingreso hospitalario de una paciente británica de aproximadamente 90 años, JO, quien llega en ambulancia desde un crucero. La paciente presenta síntomas clínicos que incluyen hemiparesia (alteraciones motoras o debilidad) en el lado derecho del cuerpo, disartria (dificultad en el habla), dolor abdominal y náuseas acompañadas de vómitos. Se confirma el diagnóstico de accidente isquémico transitorio (AIT) gracias a diferentes pruebas diagnósticas. Un AIT se define como la detención en el

flujo de sangre a una parte del cerebro por un breve período de tiempo. Una persona tendrá síntomas similares a un accidente cerebrovascular hasta por 24 horas. En la mayoría de los casos, los síntomas duran entre 1 y 2 horas (Medline, 2023). La paciente permanece ingresada durante 5 días ya que, paralelamente a la patología ya mencionada, se observa además un estado cognitivo deteriorado, atribuible a la avanzada edad y a la desorientación propia de la hospitalización en un país extranjero. Se identifican comorbilidades adicionales, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia. Debido al cuadro clínico complejo, la paciente permanece bajo supervisión médica continua, acompañada por su nuera, K. Tras un periodo de observación y tratamiento, el equipo de Medicina Interna determina que la paciente puede ser dada de alta al no haberse producido un agravamiento de sus patologías preexistentes. Las tareas que desarrolla el departamento consisten en coordinación de los servicios de ambulancia, interpretación consecutiva con el equipo médico, traducción de informes médicos diarios, interacción con la compañía de seguros y gestión de la repatriación. Este caso ilustra la importancia de un abordaje integral en la atención médica de pacientes con necesidades complejas en un entorno multilingüe y multicultural.

#### **Caso 5: paciente con desajustes hormonales**

Hacia la mitad del periodo de prácticas, acude al hospital BH, un paciente de 25 años aproximadamente, refiriendo desajustes hormonales. El paciente de admisión solicita la ayuda del departamento al no entender con exactitud qué necesitaba el paciente. En este caso, el paciente posee competencias lingüísticas básicas en inglés y francés. Tal y como se ve en el apartado siguiente, aunque se solventan los problemas lingüísticos, no es posible superar las barreras culturales.

#### **Caso 6: paciente con neumotórax**

Este paciente hondureño de unos 30 años, AE, acude durante la primera semana de prácticas. En un primer momento, acude por un neumotórax. Este ocurre cuando el aire escapa del pulmón. El aire luego llena el espacio por fuera del pulmón, entre este y la pared torácica. Esta acumulación de aire ejerce presión sobre el pulmón así que este no se puede expandir tanto como lo hace normalmente (Medline Plus, 2023). AE acude por su propio pie tras su hospitalización en otro centro médico. Durante su estancia de 3 días, el trabajo principal del departamento consiste en la coordinación de servicios y de gestión financiera con el departamento de facturación. Tras recibir el alta, el paciente acude de nuevo al servicio de

urgencias en 4 ocasiones más. En la siguiente sección se analizará y reflexionará del motivo de la vuelta del paciente.

### **Caso 7: paciente con trastorno bipolar**

Durante la última semana del período de prácticas, se recibe una comunicación desde un crucero, con el informe médico de una tripulante tras sufrir un episodio psicótico. Se trata de una paciente norteamericana de unos 55 años, DW. Cuando llega la paciente, se encuentra acompañada en todo momento por la enfermera de a bordo, que informa de episodios violentos en la paciente en los días previos. Con respecto a su historial clínico, la paciente padece de hipotiroidismo y, a lo largo de una evaluación psiquiátrica, admite haber sido diagnosticada con depresión dos años atrás. Las tareas en este caso consisten en la coordinación de los diferentes servicios encargados (psiquiatría, medicina de urgencias y medicina interna), interpretación consecutiva y acompañamiento a la paciente durante las rondas médicas. 5 días después de su ingreso, la paciente obtiene el alta médica y vuelve a su país de origen, Estados Unidos.

### **Caso 8: paciente con episodio cardíaco**

También se destaca el caso de CE, un paciente británico de unos 60 años que acude desde un crucero con su mujer. El paciente refiere dolor de pecho irradiado hacia el brazo. Tras un proceso de evaluación diagnóstica, se determina que el paciente ha experimentado un infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. Este episodio se define como la obstrucción brusca del paso de sangre a lo largo de una arteria coronaria con la subsiguiente muerte de la parte del corazón que es irrigada por dicha arteria (Sociedad Española de Medicina Interna, 2023). Los síntomas son indistinguibles de los de una angina inestable. La mayoría de los pacientes presentan dolor en el pecho. Sin embargo, el IMSEST se diferencia de una angina inestable por un aumento del nivel de troponina cardíaca (BestPractice, 2023). A raíz del diagnóstico, el paciente es referido al Hospital Puerta del Sur de Jerez de la Frontera, perteneciente al mismo grupo hospitalario HLA, para someterse a un cateterismo. A su regreso, permanece hospitalizado durante tres días más, previo a su repatriación hacia su país de origen. Las funciones desempeñadas por el departamento en este contexto son análogas a las de casos previos, incluyendo la coordinación de transporte en ambulancia, gestión con la compañía aseguradora, interpretación consecutiva diaria, traducción de informes clínicos y coordinación integral de servicios (en este caso, coordinación con el

Hospital Puerta del Sur de Jerez de la Frontera, con el servicio de cardiología, con el servicio de Medicina Interna y con la Unidad de Cuidados Intensivos).

### **Caso 9: paciente con aborto bioquímico**

MS, una paciente argentina de unos 40 años con un estado de gestación de 12 semanas de duración. La paciente acude a urgencias refiriendo un sangrado vaginal de 2 días de duración. A raíz de la ejecución de diversas pruebas diagnósticas, el especialista en ginecología establece un diagnóstico de aborto espontáneo y programa para el día siguiente un procedimiento quirúrgico denominado legrado uterino. Se trata de un raspado del tejido de las paredes del útero [...] para extraer tejido después de un aborto espontáneo (Medline Plus, 2023). En este contexto, la paciente permanece hospitalizada durante el transcurso del día; el procedimiento quirúrgico se efectúa a primera hora de la tarde y la paciente recibe el alta hospitalaria al final de la misma. Las tareas desarrolladas en este escenario clínico abarcan la gestión integral de servicios y el acompañamiento continuado a la paciente. Si bien el departamento no realiza tareas lingüísticas en este caso, sí que se realiza un acompañamiento cultural de la paciente, a través de la explicación de procedimientos propios del hospital y de explicación de los pasos a seguir a lo largo de todo el día.

### **Caso 10: paciente con celulitis en un miembro superior**

También se presenta el caso de AS, un paciente británico de 45 años, que procede de un crucero y refiere síntomas como dolor en el brazo, inflamación y manifestaciones cutáneas de tipo sarpullido. Las funciones desempeñadas en este escenario por parte del departamento se centran en la interpretación consecutiva, la coordinación del informe médico con el equipo del barco y del proceso de financiación con el departamento de facturación. A partir de diferentes pruebas diagnósticas, el servicio de traumatología determina que el paciente padece celulitis. Esta se define como una infección común de la piel causada por bacterias. Afecta la capa intermedia de la piel (dermis) y los tejidos debajo de esta. A veces, puede afectar al músculo. Los síntomas incluyen fiebre, dolor y sensibilidad en la zona afectada, fatiga, lesión en la piel o erupción, piel caliente en la zona de enrojecimiento, dolores musculares y rigidez articular y náuseas y vómitos (Medline Plus, 2023). El médico traumatólogo propone la hospitalización del paciente para la administración de tratamiento intravenoso. No obstante, el paciente realiza una consulta sobre la viabilidad de recibir dicho tratamiento en el barco, dado que este tiene programada su salida para la tarde de ese mismo día. Finalmente, tras una coordinación eficaz entre la administración hospitalaria y la

tripulación del barco, se llega al acuerdo de que el paciente puede retomar su viaje y recibir el tratamiento a bordo.

### **3. Reflexión**

Esta sección realiza un análisis meticuloso de las problemáticas relacionadas con la traducción, la interpretación y la mediación intercultural inherentes a las interacciones con los pacientes durante el periodo de prácticas. Se realiza un abordaje dual: en primer lugar, se realiza un análisis sistemático de la interacción paciente-profesional, con el objetivo de identificar y categorizar obstáculos o barreras comunicativas. Estos obstáculos pueden incluir, aunque no se limitan a, diferencias lingüísticas, divergencias en el concepto de salud y enfermedad y variaciones en las expectativas de la atención médica.

En segundo lugar, se realiza una autoevaluación crítica de la actuación como intérprete en estas interacciones. Este componente del análisis se centra en la identificación de prácticas adecuadas e inadecuadas que se hayan manifestado durante el proceso de mediación intercultural e interpretación. Se examinan tanto las estrategias efectivas que contribuyen a una comunicación fluida y precisa, como las prácticas menos efectivas que pudieran haber generado malentendidos o ambigüedades. A partir de esta evaluación, se proponen recomendaciones para la mejora de la praxis interpretativa, incluyendo posibles estrategias de intervención para solventar las deficiencias identificadas. En conjunto, este enfoque dual permite una comprensión integral de la complejidad que subyace en la mediación intercultural en el ámbito sanitario y ofrece un marco para la optimización tanto de las estrategias comunicativas como de las competencias profesionales como intérprete.

Es importante destacar varios aspectos que se han llevado a cabo durante el periodo de prácticas. En primer lugar, y siguiendo las indicaciones del cuerpo docente, durante todas las sesiones e interacciones me acompañaba de un pequeño cuaderno para realizar las anotaciones personales pertinentes. La primera página de este cuaderno incluye, además, el protocolo descrito en los documentos de la asignatura Técnicas de interpretación sanitaria en los servicios públicos sanitarios. Esto facilita su consulta en tiempo real en caso de duda en cuanto a las mejores prácticas recomendadas en el ámbito de la interpretación en contextos sanitarios.

Además de las tareas de interpretación consecutiva y de traducción a la vista, en la mayoría de casos excepto el **caso 9**, que es hispanohablante, también se incluye el servicio de traducción del informe médico. De cara a mejorar la comprensión de la información de su historia clínica por parte de los pacientes, se utilizan múltiples estrategias de adaptación terminológica. Entre las técnicas más utilizadas se encuentra la desteterminologización, que implica la sustitución de terminología especializada por su definición con el objetivo de eliminar términos opacos de difícil comprensión. Esta técnica se sitúa dentro del marco teórico de la domesticación en la traducción, y busca equilibrar la precisión técnica con la accesibilidad lingüística.

Adicionalmente, se adopta la estrategia de eliminación de siglas, una práctica que contribuye a la claridad del texto y minimiza la posibilidad de confusión o malentendido. Para facilitar esta tarea, se elaboró previamente una tabla, que aparece como Anexo I, que recopila las principales siglas empleadas por el personal médico en el hospital objeto de estudio. Esta tabla sirve como recurso de consulta rápida durante el proceso de traducción de los informes médicos. Cabe señalar que, aunque en la traducción se mantienen ciertas siglas, se proporciona su expansión y definición en su primera aparición en el texto. Posteriormente, se continúa utilizando la sigla para evitar redundancia, excepto en casos donde la sigla se conoce por la población general, tales como VIH o TAC.

En conjunto, estas estrategias de adaptación terminológica y eliminación de siglas se utilizan con el objetivo de maximizar la comprensibilidad del contenido médico traducido, manteniendo la precisión técnica y constituyendo un enfoque metodológico integral en la traducción médica especializada.

### **Diseño de un protocolo de actuación**

La interpretación se constituye como una actividad en tiempo real, por lo que la posibilidad de corregir errores *in situ* es muy limitada. De ahí que cuando la primera semana de sesiones termina, se observa la importancia del análisis y la reflexión de las interacciones como prevención para posibles errores futuros. Adicionalmente, se observa que la preparación previa de las intervenciones también constituye un factor crítico para minimizar la incidencia de errores y optimizar la calidad de la interpretación.

Para abordar estas consideraciones, se ha elaborado un protocolo estructurado que se materializa en dos tablas que se cumplimentan antes y después de cada intervención. Este

protocolo se concibe como una herramienta de apoyo que facilita tanto la preparación previa como el análisis retrospectivo de las intervenciones. La primera tabla incluye la posible terminología médica a utilizar y su correspondiente traducción mientras que la segunda tabla incluye los escenarios de interacción, deficiencias, estrategias utilizadas y estrategias a utilizar si ocurre un caso similar. La implementación de este protocolo tiene por objetivo aumentar el rigor y precisión en la interpretación y muestra la importancia de la preparación y reflexión como componentes esenciales en el ciclo de mejora continua en el ámbito de la interpretación médica.

<b>Ficha previa a la intervención</b>		
		<b>Fecha:</b>
<b>DATOS PERSONALES</b>		
Nombre del paciente		
Nacionalidad		
Edad		
<b>DATOS MÉDICOS</b>		
Patología		
Servicio(s) encargado(s)		
Médicos encargados		
Pruebas realizadas		Resultado: <input type="text"/>
Posibles pruebas a realizar		
Posible diagnóstico		
<b>DATOS CULTURALES</b>		
Cultura		
Posibles concepciones culturales con respecto a la sanidad		
<b>DATOS DE TRADUCCIÓN Y TERMINOLOGÍA</b>		
Posible terminología necesaria	Español	Lengua meta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fuentes de documentación		
Recursos a utilizar		

**Tabla 1:** Ficha a utilizar en la primera fase del protocolo.

Se muestra un ejemplo de las tablas rellenas como Anexo II.

La sección de datos personales se utiliza para cuestiones de identificación de pacientes. En cuanto a los datos médicos, es importante señalar los servicios encargados, así como el equipo médico que trata al paciente. Esto se justifica ya que, en futuras líneas de investigación de la aplicación del protocolo, sería interesante analizar las variaciones comunicativas del equipo médico, para poder así identificar posibles problemas comunicativos y culturales y solventarlos en la primera fase. Por ejemplo, existen profesionales que tienden a utilizar terminología más especializada, por lo que conocer este

dato en fases previas de la intervención podría ayudar a la mejora de la eficacia en la interpretación y en la comprensión de la información médica por parte del paciente.

En relación con la sección de datos culturales en la ficha de la primera fase, es vital subrayar que la información que se incluye se utiliza a modo de guía orientativa, nunca a modo de categorización definitiva o verdad universal sobre un paciente. La inclusión de estos datos en la tabla tiene como fin facilitar la mediación intercultural al anticipar posibles áreas de malentendido o conflicto que podrían surgir debido a diferencias culturales. No obstante, es importante no incurrir en estereotipos culturales o prejuicios con respecto a la cultura de los pacientes. Un ejemplo de esto sería el que aparece en la página web Salud y Cultura:



## Atención sanitaria a la población de origen británico

### Cultura sanitaria: En los hospitales

Hay una diferencia significativa que muchos encuestados coinciden en destacar, relativa al funcionamiento de los hospitales y al diferente peso cultural de la familia. La impresión generalizada es que el personal sanitario español delega en los familiares y espera que, hasta cierto punto, atiendan a los pacientes: que les ayuden a vestirse, que les den de comer si son mayores o no pueden valerse por su estado de salud, o incluso que controlen un gotero.

En el Reino Unido, es menos habitual que un paciente esté acompañado por uno o varios familiares las veinticuatro horas del día. Tampoco es extraño que pase la noche sólo en el hospital, de hecho, en la mayoría de hospitales sería lo normal, a excepción quizás de los niños ingresados.

Una vez dados de alta, los pacientes que viven solos o cuyos familiares no pueden hacerse cargo de ellos, pueden solicitar ayuda a las instituciones locales, que trabajan en coordinación con el Department of Health para prestar atención médica el llamado "Social Care". En la página web de "Age Concern", se recomienda a los jubilados británicos que están considerando instalarse en España que tengan en cuenta que, aunque la atención sanitaria española es de gran calidad, no existe una red de atención socio-sanitaria, fuera de los hospitales, comparable a la británica.

A diferencia de lo que ocurre en España, en la mayoría de hospitales públicos británicos hay una capilla (*chaplaincy*) donde trabaja un equipo de religiosos de diferentes confesiones cristianas. Su ánimo es ecuménico y no evangelizador: básicamente, prestan apoyo espiritual a los pacientes, sus familiares y al personal sanitario, cuando éstos lo soliciten. Entre sus funciones, se encuentra celebrar los oficios religiosos en el hospital, administrar la unción de enfermos o realizar actividades conjuntamente con las iglesias locales. Además, sirven de puente entre los pacientes no cristianos y los líderes de sus comunidades religiosas.

**Imagen 1:** Atención sanitaria a la población de origen británico en los hospitales. Extracto de la página web Salud y Cultura.

Esta información puede incluirse en la tabla y utilizarse a modo de guía orientativa. De esta manera, el personal del hospital puede entender por qué un paciente británico pasa la noche solo. Sin embargo, esta información no debe utilizarse para estereotipar o prejuzgar una cultura. Otra sección relevante es la de posibles pruebas a realizar, puesto que estas y sus posibles resultados incluyen a menudo terminología especializada. Si, por ejemplo, un paciente va a someterse a una resonancia, la sección de datos de traducción y terminología puede incluir términos tales como *resonancia magnética*, *plano axial* o *angiografía*.

Tras realizar la intervención se utiliza la siguiente tabla:

<b>FICHA DE POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>DATOS PERSONALES</b>	
Nombre del paciente	
Patología	
Servicio	
Médico al cargo de las intervenciones	
<b>CUESTIONES DE TRADUCCIÓN, TERMINOLOGÍA Y CULTURA</b>	
<b>Deficiencias terminológicas</b>	
Tipo de deficiencia	
Causa	
Consecuencia	
Cómo se ha solventado	
Cómo podría haberse solventado con los recursos adecuados	
Recursos que podrían haber solventado la deficiencia	
<b>Deficiencias culturales</b>	
Descripción	
Causa	
Consecuencia	
Cómo se ha solventado en ese momento	
Cómo podría haberse solventado con los recursos adecuados	
Recursos que podrían haber solventado la deficiencia	
<b>Otras deficiencias</b>	
Tipo (cuestiones éticas, condiciones de trabajo, profesionales, lingüísticas)	
<b>Buenas prácticas realizadas</b>	
Tipo	
Definición	

**Tabla 2:** Ficha a utilizar en la segunda fase del protocolo

### 3.1. Análisis de casos que incluyen cuestiones culturales

En esta subsección se pone el foco en los casos relevantes por cuestiones culturales. En este caso se destaca la utilización en todo momento de la página web Salud y Cultura (<http://www.saludycultura.uji.es/index.php>) creada por la Universitat Jaume I que resume de forma magistral información acerca de mediación sanitaria en diferentes culturas. Es de vital importancia señalar que es esencial no caer en la estereotipia. Cuando lidiamos con diferentes culturas tendemos a estereotiparlas. (Galanti 2000). El objetivo de este trabajo es mostrar las diferentes generalizaciones con respecto a las concepciones de la sanidad en diferentes culturas con el objetivo primordial de mejorar la comunicación médico-paciente. Sin embargo, cada vez que un paciente internacional acude a un hospital no debemos pensar: «los pacientes británicos se comportan así». Un pensamiento más correcto sería: «Los pacientes británicos tienden a comportarse así, me pregunto si X también». (Galanti 2000).

En el contexto de la interpretación médica, la distinción entre estereotipos y generalizaciones adquiere una relevancia crítica. Un estereotipo actúa como un punto final en el proceso de comprensión cultural; es una categorización rígida que no admite variabilidad. Por ejemplo, si un intérprete asume que un paciente de origen asiático es reacio a expresar dolor debido a un estereotipo cultural, podría no facilitar adecuadamente la comunicación sobre síntomas o malestar, lo que podría llevar a un diagnóstico erróneo o a un tratamiento inadecuado. Por otro lado, una generalización cultural se considera un punto de partida que permite ajustes basados en la interacción con el paciente. Un ejemplo de esto es un intérprete que ha leído que en ciertas culturas latinoamericanas, el concepto de "calor" y "frío" se utiliza para describir estados de salud. Esta generalización podría ser útil inicialmente para entender cómo un paciente podría describir sus síntomas. Sin embargo, el intérprete estaría abierto a adaptar esta comprensión inicial basada en la información específica que el paciente proporciona durante la consulta médica.

Con esta base teórica, se procede al análisis del **caso 4**. La imagen 1 muestra información respecto a la hospitalización de pacientes británicos. Este caso concreto cumple con la generalización cultural inicial y la paciente pasa largos periodos de tiempo sola. A lo largo de las sesiones de prácticas se observa que la interacción con pacientes británicos supone dificultades de carácter logístico en cuanto a la disponibilidad de sus acompañantes. Estos se ausentan del hospital durante gran parte del día, lo que complica la comunicación de

información médica relevante para la toma de decisiones. Este caso particular supone una complicación añadida debido al avanzado estado de demencia de la paciente, haciendo inviable cualquier tipo de comunicación con la propia paciente. Este caso demuestra la importancia de adaptar las estrategias de mediación e interpretación específicas al paciente y su entorno. Es por ello que se procede a preguntar a la acompañante y registrar las horas que pasa con la paciente, para disponer de toda la información posible en esas franjas horarias y aumentar la eficacia y rapidez de la comunicación de información. Gracias a esta adaptación y flexibilidad, la paciente se adapta a la perfección al sistema sanitario español y se consigue eliminar la distancia cultural, realizando una mediación cultural preventiva.

En este mismo ámbito, el **caso 5** ilustra de manera clara la importancia de no subestimar la complejidad de las interacciones. En un primer momento se asumió que la comunicación con el paciente sería sencilla, debido a su edad. Sin embargo, esta suposición resultó ser errónea. El paciente acude a urgencias tras recibir los resultados de un análisis con valores alterados y la recomendación de una consulta con Medicina General. Durante una primera interacción se informa al paciente sobre los procedimientos relacionados con el seguro médico y los pagos de la consulta en tanto que el paciente responde de manera repetitiva “sí, sí” en tono bajo, lo que puede interpretarse como una señal de comprensión superficial. Al consultar la información que proporciona la página web Salud y Cultura respecto a la cultura magrebí se encuentra:

Los usuarios magrebíes colaboran con el personal sanitario y con los médicos, sin embargo, por el patrón comunicativo cultural que siguen pueden ser percibidos como pasivos: normalmente no interrumpen, no hablan casi nada, se muestran poco participativos, no contradicen, hay silencios, asienten a todo, no gesticulan, tienen la mirada perdida, la conversación no es fluida... Incluso en ocasiones puede que no se atrevan a preguntar cuestiones que no han entendido. En la relación médico-paciente se acentúa la asimetría de la situación comunicativa y el comportamiento distante del inmigrante en las primeras visitas a los servicios públicos de salud; existen varias causas que influyen en este comportamiento comunicativo: el desconocimiento de la lengua, la desconfianza hacia el “extranjero” (persona no perteneciente a su mismo grupo sociocultural), el nivel sociocultural del paciente, la procedencia del medio rural... Este comportamiento es más característico de las mujeres que de los hombres. El problema es que el personal sanitario los puede percibir como excesivamente pasivos, que no les interesa lo que les dicen o incluso que mienten.

Esta interacción pone de manifiesto la importancia de atender las diferencias culturales que no se aprecian a primera vista. En esta ocasión el paciente no interrumpe, asiente a todo, no se muestra participativo y debido a esto la comunicación no fluye. Para poder solventar esta situación se implementa la técnica de interpretación de confirmación. Esta consiste en que el paciente repita la información que se le acaba de transmitir para confirmar que ha comprendido la totalidad de la explicación. El paciente, aunque repite fragmentos de las oraciones originales, carecen de coherencia semántica. Se pone de manifiesto, por tanto, que la barrera principal no es lingüística, sino cultural, basada en un elevado respeto por la figura del médico y de la intérprete. Aunque, en un primer momento se cree que el paciente comprende bien la información, el resultado fue que el paciente no vuelve al hospital a hacerse el estudio necesario.

En relación al análisis de la interacción y la autoevaluación de la actuación en interpretación cabe destacar que, a pesar de la brevedad de la interacción (con una duración estimada entre 5 y 10 minutos), surgen diversas observaciones relevantes. Entre las prácticas adecuadas implementadas, se encuentra la técnica de interpretación de confirmación, con el objetivo de conocer el grado de comprensión del paciente respecto a la información transmitida. Otro factor influyente a la hora de facilitar la comunicación es la similitud de edad entre la intérprete y el paciente, lo cual podría haber atenuado ciertas dinámicas de deferencia cultural que a menudo actúan como barreras en la comunicación médica. Adicionalmente, se hizo un esfuerzo consciente por adoptar una actitud empática y paciente, reiterando la información clave en múltiples ocasiones y en dos idiomas distintos (inglés y francés) para aumentar las posibilidades de comprensión.

No obstante, a pesar de estas estrategias aparentemente efectivas, el resultado final no fue el esperado, dado que el paciente no regresó para el seguimiento médico necesario. Esto pone de manifiesto la complejidad inherente a la mediación intercultural en entornos médicos y subraya la importancia de una evaluación continua y reflexiva de las técnicas de interpretación, incluso cuando estas parecen ser, en principio, adecuadas.

En cuanto a la posición física, el paciente se sitúa en una silla del patio de urgencias y la intérprete de pie, una disposición que podría haberse optimizado igualando la altura para

fomentar la confianza. Adicionalmente, otra práctica adecuada consiste en insistir en que no es necesario realizar un pago si se proporciona la garantía de pago de la aseguradora internacional. Esta información puede mejorar la comunicación y evitar malentendidos. Estas consideraciones subrayan la importancia de los detalles en la eficacia de la interpretación médica intercultural.

El **caso 6** ilustra de igual manera la complejidad de la mediación intercultural en el ámbito sanitario. Aunque el paciente hablaba español, lo que eliminaba la barrera lingüística, se mantenían desafíos relacionados con la confianza y la percepción de la autoridad médica. Este paciente, originario de Honduras, mostró cierta desconfianza hacia el facultativo de Medicina Interna, aunque no lo verbalizó explícitamente. Su inquietud se manifestó en la solicitud de una segunda y tercera opinión médica, a pesar de recibir diagnósticos consistentes en cada consulta.

Es relevante señalar que la distancia cultural se hizo evidente en la desconfianza latente del paciente hacia el sistema médico, a pesar de que las interacciones se llevaron a cabo en su lengua materna. Este caso subraya la importancia de no subestimar el impacto de las diferencias culturales en la relación médico-paciente, incluso cuando la barrera del idioma no está presente. Además, acentúa la necesidad de estrategias de mediación cultural efectivas que vayan más allá de la simple traducción o interpretación lingüística, para abordar las sutilezas y complejidades inherentes a la interacción intercultural en entornos médicos. Este fenómeno sugiere que la confianza del paciente en el sistema sanitario español empeora y provoca una cascada de pruebas y consultas médicas adicionales que, desde una perspectiva clínica podrían resultar redundantes, dado que los resultados coinciden con el diagnóstico inicial. Desde una perspectiva de la interpretación médica, este escenario plantea desafíos significativos en términos de mediación comunicativa y cultural. La persistente desconfianza del paciente hacia el sistema de salud puede generar una carga adicional para el intérprete, que debe saber solventar no solo las complejidades lingüísticas, sino las culturales ocasionadas. Este contexto demanda de la intérprete una mayor agudeza en la identificación de señales no verbales de desconfianza o inquietud, así como una adaptación de las estrategias de mediación para abordar de manera efectiva estas dinámicas culturales subyacentes.

En cuanto al análisis del caso, puede pensarse que no se ha realizado un abordaje correcto, por lo que es necesario realizar un análisis más minucioso de las interacciones y de

la actuación en cada una de ellas. La primera interacción dura unos 15 minutos y se señalan varios detalles:

- Esta se realiza un día de mucho volumen de trabajo, donde es necesario priorizar tareas y donde es complicado cumplir correctamente con todas las necesidades de los pacientes, además de contar con estrés añadido.
- Dicha primera interacción consiste en informar de la duración de la hospitalización y de los pasos a seguir, del traslado a un hotel cuando el paciente recibe el alta y en ofrecer la ayuda del departamento en caso de necesidad.
- El paciente se muestra inseguro y asustado, por lo que comienza a formular muchas preguntas para reafirmar que dispone de toda la información que necesita y aumentar así su confianza.
- En cuanto a la disposición física, se observa que los pies se disponen hacia la puerta de la habitación del paciente, en dirección totalmente contraria al paciente. Esto es una señal de comunicación no verbal inadecuada.
- Al tomar conciencia de este detalle, se adquiere una comprensión profunda del rol de la intérprete para tender un puente de comunicación cultural entre el paciente y el equipo médico. Se responde a las preguntas con empatía y paciencia, dedicando el tiempo necesario a solventar las dudas y aclarar los miedos del paciente para poder mejorar la confianza en el sistema sanitario. Es importante transmitir al paciente que puede contar con la ayuda del departamento internacional siempre que no necesite, eliminando así el sentimiento de soledad.

A pesar de estas actuaciones, existen fallos en la actuación puesto que la confianza no mejora. Al reflexionar acerca de un mejor abordaje, quizá una buena práctica consiste en realizar un acompañamiento en las consultas con el paciente, cosa que no ocurre debido a que no existe barrera lingüística. El acompañamiento ayuda al paciente a disminuir la soledad y aumentar la confianza en la figura de la intérprete. Esta a su vez, sirve de puente cultural y transmite esa misma confianza al médico y al paciente, evitando así costes innecesarios al centro hospitalario.

### 3.2. Análisis de casos que incluyen cuestiones personales de los pacientes

Esta subsección comenta los problemas que radican en la propia actuación de los pacientes y reflexiona acerca de la actuación de la intérprete y acerca de las prácticas que se llevan a cabo y las que pueden llevarse a cabo en situaciones futuras.

En cuanto a la autoevaluación, se considera que en el **caso 3** se sigue el protocolo habitual y la actuación sugiere que se manejó de manera adecuada, dado que se tomaron medidas proactivas para asegurar la comprensión y la comodidad de la paciente. Se enfatiza la calidad excepcional de la atención médica recibida y se destaca el papel del departamento internacional como un recurso específicamente diseñado para abordar posibles deficiencias lingüísticas o culturales. Adicionalmente, se insta a la paciente a mantener un tono de voz moderado en consideración a los demás pacientes, y se le proporciona información sobre el protocolo estándar para pacientes internacionales, con el objetivo de reforzar la idea de que el hospital está equipado para manejar casos similares.

Asimismo, es pertinente subrayar la conducta ejemplar tanto del personal médico como de enfermería, quienes demostraron una paciencia y profesionalidad notables al tolerar diversas manifestaciones de comportamiento por parte del paciente, sin comprometer la calidad de la atención brindada. Este enfoque integral y multidisciplinario hacia la atención del paciente refuerza la importancia de una comunicación efectiva y culturalmente sensible en entornos médicos complejos.

### 3.3. Análisis de casos que incluyen cuestiones logísticas

Esta subsección reflexiona acerca de los problemas en las interacciones derivadas de la propia logística.

Primero, se aborda el **caso 8**, un paciente con un diagnóstico de IMSEST que se traslada al Hospital Puerta del Sur de Jerez de la Frontera, del mismo grupo hospitalario, para someterse a un cateterismo. A su regreso, se traslada a la UCI y se continúa con el protocolo y las gestiones habituales, que incluyen acompañamiento al paciente y su familiar, interpretación consecutiva y coordinación del pago con la aseguradora internacional.

Durante una de las primeras interacciones con la esposa del paciente tras su retorno, se utiliza el término “infarto” *heart attack*. La familiar corrige a la intérprete insistiendo que su esposo

no ha sufrido un infarto. Ante la duda, se consulta el informe médico para confirmar el diagnóstico y la familiar eleva el tono de voz y señala la desinformación durante todo el proceso de traslado. Este incidente subraya la importancia de una comunicación clara y precisa en entornos médicos, especialmente cuando se trata de términos médicos que pueden tener connotaciones emocionales significativas para los pacientes y sus familias. También resalta el papel crucial de la intérprete en facilitar esta comunicación, no solo a nivel lingüístico sino también emocional y cultural.

Tras identificar la necesidad de una comunicación más clara y efectiva, se procede a coordinar una consulta con el médico intensivista, para aclarar todas las dudas tanto del paciente como de su acompañante, abarcando incluso los eventos ocurridos en el Hospital de Jerez de la Frontera. En lo que respecta a la preparación de la tarea, se consultan recursos terminológicos especializados tales como Cosnautas y los materiales de la asignatura “Introducción a la Medicina” de este máster. Durante la consulta, se realiza la interpretación consecutiva y se resuelven todas las dudas, abordadas de manera exhaustiva por el facultativo.

Con carácter retrospectivo, aunque la actuación no es ejemplar debido a la experiencia limitada, la coordinación es efectiva y se logran resolver las dificultades lingüísticas e informativas. Una práctica particularmente acertada es la realización de una preconsulta con el intensivista para consultar la terminología médica especializada que a emplear durante la consulta. Es también relevante destacar la colaboración y disposición favorable del personal médico. La confianza que el personal sanitario deposita en los intérpretes es crucial para el desarrollo efectivo de las funciones. En este contexto, el departamento internacional del hospital, con más de una década de antigüedad, ha fomentado un ambiente de confianza y competencia que facilita enormemente la labor interpretativa y de mediación cultural.

Se examina de igual manera el **caso 10**, un paciente proveniente de Estados Unidos que ingresa en el hospital hacia las 13:00, presentando síntomas de celulitis. El equipo médico de Traumatología, tras efectuar las pruebas diagnósticas pertinentes, determina la necesidad de hospitalización para administrar tratamiento intravenoso. El paciente manifiesta gran preocupación debido a que su crucero zarpa del puerto a las 16:30 y expresa que volver a montarse en otro puerto supone demasiados desafíos logísticos. Ante esta situación, se activa una coordinación entre diferentes departamentos que involucra al personal del hospital, al departamento internacional y al equipo del barco. Las labores desempeñadas abarcan no solo

interpretación consecutiva y traducción de informes médicos, sino también la creación de un puente de comunicación efectivo entre el hospital y el barco para facilitar el tratamiento del paciente a bordo de este.

Con la confirmación del traumatólogo sobre el tipo de medicación requerida y la validación por parte del médico del barco de que disponen de dicha medicación, se acelera la realización de pruebas diagnósticas adicionales y la preparación del informe médico. Esta acción coordinada posibilita que el paciente continúe su tratamiento a bordo del barco, evidenciando así la viabilidad de una atención integral que atiende tanto las necesidades médicas como las circunstanciales del paciente internacional.

Es relevante subrayar la gran gratitud manifestada por el paciente hacia los servicios proporcionados, destacando frases como "sin ti no hubiera sido posible volver al barco", entre otras. Estas expresiones no solo reafirman la importancia de un enfoque integral en la atención médica, sino que también recalcan la necesidad imperante de abordar desafíos lingüísticos y culturales en contextos de vulnerabilidad como los que involucran estados críticos de salud.

#### **3.4. Análisis de casos que incluyen cuestiones profesionales**

Esta sección aborda la reflexión sobre ciertas intervenciones que, aunque no presentaron problemas intrínsecos de la intervención en su ejecución, se incluyen por cuestiones profesionales. Merece especial atención la interacción el **caso 1** atendido durante el periodo de prácticas, un caso que revela múltiples oportunidades de mejora, las cuales se han abordado con éxito en etapas posteriores.

Esta intervención específica, de duración extremadamente breve (menos de diez minutos), ofrece numerosos puntos sobre los que reflexionar. Esta se produce tras haber concluido recientemente la asignatura "Técnicas de interpretación en los servicios públicos sanitarios", donde hay un acceso inmediato a los protocolos y directrices estudiados. A pesar de la accesibilidad de estos recursos, que incluso aparecen en el cuaderno ya mencionado para su referencia constante, se observa una falta total de adherencia al protocolo establecido. Específicamente, no se efectúa la presentación formal ante los pacientes, un elemento crítico para instaurar un clima de confianza y facilitar una comunicación efectiva durante las intervenciones. Este lapsus inicial resalta la importancia de la aplicación rigurosa de los protocolos y estrategias de comunicación en el ejercicio profesional, contribuyendo a

establecer un ambiente propicio para una comunicación eficaz y ética. Esta reflexión posterior confirma el valor intrínseco del análisis continuo y la autoevaluación en la mejora de las competencias profesionales.

Asimismo, la administración del espacio físico supone un aspecto crítico que puede influir notablemente en la eficacia de la intervención. Una distancia física excesiva entre el profesional y el paciente podría potencialmente generar una desconexión emocional o una carencia en los niveles de comodidad y confianza previamente mencionados. En el caso analizado, la separación espacial es considerablemente amplia, una circunstancia que puede tener implicaciones adversas si la intervención tiene una duración más larga. Otro aspecto negativo es no proporcionar a los pacientes información sobre cómo localizar al departamento internacional en caso de necesidades futuras. El interés de esta interacción reside en la importancia de seguir el protocolo establecido ya que este no es una mera formalidad, sino una manera de garantizar una intervención de calidad.

La intervención con el paciente del **caso 2** demuestra una notable evolución en la aplicación de mejores prácticas y en el cumplimiento de protocolos establecidos. A diferencia del **caso 1**, se adoptaron medidas proactivas para establecer una adecuada presentación y una dinámica espacial que garantizara tanto la eficacia de la comunicación como la intimidad del paciente.

En esta ocasión, se hizo particularmente evidente la importancia de la ubicación espacial, en una esquina cercana a la cama del paciente y al médico, aunque respetando las posibles necesidades de privacidad del paciente, muestra respeto a la autonomía del paciente.

Además, se observa un cumplimiento riguroso del protocolo establecido, incluso adaptando la propia posición espacial para facilitar momentos específicos de la interacción médico-paciente, tales como la indicación de determinadas zonas de la herida. Cabe mencionar que, aunque se identifican errores menores en la utilización de terminología específica (atribuibles al uso de un idioma que no es el principal de trabajo, sino el francés), estos no tienen efectos en la efectividad de la intervención.

Un aspecto destacable es la gestión de la neutralidad profesional junto con la empatía, una dualidad que a menudo presenta desafíos en la práctica interpretativa en contextos sanitarios. La inclusión de comentarios distendidos, originados por la confianza establecida, no solo enriquece la interacción sino que también genera un espacio seguro para el reconocimiento mutuo y la validación emocional. La retroalimentación positiva recibida tanto del equipo

médico como del entorno del paciente avala la calidad y la humanización de la intervención realizada, además de la construcción de un ambiente terapéutico que apoya el bienestar integral del paciente.

La atención a la paciente del **caso 7** constituye un caso interesante desde el punto de vista investigador al tratarse de un caso altamente sensible como es un caso psiquiátrico. El desafío inicial radica en superar la desconfianza manifiesta por parte de la paciente, una dinámica que podría haber comprometido tanto la relación terapéutica como la eficacia del diagnóstico y tratamiento. La estrategia adoptada para confrontar esta situación se sustenta en varios pilares. Primero, una clara presentación del rol de la intérprete y la confirmación de que la paciente aprueba la participación de la intérprete. Otorgar poder de decisión a la paciente puede fomentar la confianza y favorecer la toma de decisiones en todo momento para aumentar la independencia. Este hecho establece las bases para una comunicación más efectiva. Otro elemento crucial ya comentado es la gestión del espacio físico. La correcta ubicación de la intérprete en la sala supone una variable que influye en la calidad final de la intervención, así como en la comunicación eficaz y fructífera, permitiendo un flujo de información más natural y menos intrusivo. Esto es especialmente relevante en el ámbito de la salud mental, donde la percepción del entorno puede tener un impacto significativo en el estado emocional del paciente y, por ende, en la validez del diagnóstico. La implementación de la técnica de interpretación de confirmación durante las explicaciones médicas complejas denota el compromiso de garantizar no solo la exactitud lingüística sino la comprensión por parte de la paciente. Este procedimiento puede resultar esencial en diagnósticos delicados como el de la paciente, donde las implicaciones terapéuticas son diferentes. Así mismo, otorgar un tiempo para solventar dudas al final de la sesión refuerza el papel de la intérprete como un facilitador de la comunicación. Este caso ilustra cómo un enfoque metódico y ético con la percepción de la paciente puede contribuir de manera crucial a la efectividad de la comunicación y el proceso diagnóstico en entornos médicos emocionalmente complicados. Este caso pone en evidencia la importancia de la confianza en la relación paciente-intérprete como un pilar fundamental para la atención médica efectiva, equitativa y de alta calidad. Debido a la situación de vulnerabilidad provocada por una enfermedad mental, la función de la intérprete se extiende más allá del simple trasbace lingüístico y abarca aspectos como el acompañamiento o el apoyo emocional. Es así como la confianza de la paciente en la intérprete se va fortaleciendo a lo largo de su hospitalización, lo que favorece no solo una comunicación más fluida sino un ambiente más propicio en el tratamiento y la recuperación.

Esta observación respalda la idea de que las competencias profesionales de un intérprete no se limitan a destrezas lingüísticas, sino que abarcan habilidades interpersonales y un tratamiento personalizado de cada paciente.

Esta reflexión resalta la necesidad de integrar servicios de interpretación eficientes y culturalmente sensibles en sistemas de atención sanitaria que traten con poblaciones diversas, particularmente en contextos donde se enfrentan estigmatizaciones asociadas a trastornos de salud mental. Esta integración no solo favorece el acceso igualitario a servicios sanitarios, sino que también constituye una estrategia efectiva para mitigar las brechas de desigualdad en el ámbito de la salud.

La experiencia en el **caso 9** reitera el análisis del caso anterior en cuanto a la importancia de la empatía en la interacción con el paciente. Aunque la actuación con esta paciente se ajustó a los parámetros de eficacia y precisión en la transmisión de información, la ausencia de una conexión emocional y de sensibilidad ante la situación particular de la paciente constituye un vacío en la calidad de la atención brindada. Ciertamente, en un ámbito como el sanitario, donde las circunstancias suelen tener un fuerte componente emocional, la objetividad técnica debe ser complementada con una perspectiva más humana e individualizada. En el contexto de un acontecimiento traumático como la pérdida de un hijo, la necesidad de empatía y apoyo emocional se convierte en una imperante demanda para el bienestar integral del paciente. Aquí, el deber ético del profesional de la salud trasciende la mera eficacia técnica; requiere una sensibilidad para comprender y responder a las emociones y necesidades del paciente en un momento de extrema vulnerabilidad. En este caso la intérprete debe no solo adherirse a protocolos y directrices clínicas, sino adaptar la intervención a las necesidades emocionales y psicológicas específicas de la paciente. Este enfoque enriquece la calidad de la atención médica y aborda aspectos emocionales y sociales, a menudo olvidados en la interpretación médica. Este caso subraya que la práctica profesional en el ámbito sanitario no puede limitarse a ser meramente una transmisión de información. Se trata de un intercambio humano y debe integrar tanto la competencia técnica como la sensibilidad emocional, especialmente en contextos de sufrimiento y vulnerabilidad humana. Tal y como muestra la experiencia de este caso, un enfoque más humanizado supone una necesidad imperiosa para una atención sanitaria completamente integral y de calidad.

## **4. Conclusiones y futuras líneas de investigación**

### **4.1. Conclusiones**

La experiencia de estas prácticas profesionales y la reflexión realizada sobre todos los casos objeto de estudio en cuestiones relativas a la traducción, la interpretación y la mediación intercultural permite extraer varias conclusiones.

En primer lugar, resulta llamativo observar cómo cada caso pone en evidencia las cuestiones teóricas que se han ido aprehendiendo a lo largo de las diferentes asignaturas del máster. Cada caso clínico refleja la complejidad inherente a la atención sanitaria, especialmente en lo que respecta a la interculturalidad, la empatía y la profesionalidad. Al hilo de la profesionalidad, la reflexión sobre los casos manifiesta la necesidad de que los profesionales especializados en traducción e interpretación sanitaria posean una formación integral que permita abordar a cada paciente como un caso único, responder a las necesidades que se planteen y conseguir así ofrecer un servicio eficaz que tienda un puente de comunicación entre el médico y el paciente.

Paralelamente, el seguimiento de los protocolos impacta de manera positiva en la eficacia de la intervención. La desviación de dichos protocolos puede afectar negativamente en el nivel de confianza y comodidad de los pacientes, dificultando así la comunicación. El protocolo de actuación no se centra simplemente en un conjunto de directrices a seguir, sino que constituye un marco para fomentar relaciones de confianza, especialmente en entornos donde los pacientes ya están en una situación de vulnerabilidad, tal como el ambiente sanitario. Otra variable a tener en cuenta es la empatía, un elemento irremplazable en la atención de calidad. Tal y como se observa en algunos casos, un enfoque más humanizado incide directamente en la satisfacción del paciente, demostrando así una atención personalizada para cada caso. La falta de esta empatía y rigidez de profesionalidad puede derivar en un servicio que, aunque técnicamente correcto, no de respuesta a las necesidades de los pacientes al ser emocionalmente insuficiente.

Este seguimiento de los protocolos demuestra la importancia de la figura del intérprete o mediador intercultural en los servicios sanitarios españoles. Se ha comprobado que la asistencia a pacientes internacionales supone un porcentaje más alto del esperado. La

importancia de la inclusión de esta figura radica en los derechos básicos de una persona, entre los que se encuentra el acceso a la sanidad. Sin la presencia de una figura mediadora y facilitadora de la información, no es posible garantizar este acceso igualitario a la sanidad. El/la intérprete puede desempeñar un papel crucial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los pacientes, influyendo de manera significativa en la precisión del diagnóstico y el bienestar del paciente. En circunstancias tan delicadas, la competencia profesional se entrelaza de manera inextricable con un alto nivel de sensibilidad y responsabilidad ética. También es relevante abordar la importancia de la adaptabilidad y el aprendizaje continuo en la práctica profesional.

En conclusión, las experiencias relatadas ofrecen una vista panorámica de la riqueza y complejidad que caracterizan la práctica en entornos sanitarios multiculturales. Destacan la necesidad de un enfoque equilibrado que integre competencia técnica, adhesión a protocolos, empatía y una profunda sensibilidad hacia las particularidades individuales de cada paciente. En última instancia, estos casos resaltan cómo la práctica en estos entornos es una empresa intrínsecamente interdisciplinaria que exige no solo habilidades lingüísticas y culturales, sino también una gran comprensión de las dinámicas psicosociales y emocionales implicadas.

. En efecto, la implementación de un protocolo basado en tablas de evaluación podría constituir un avance significativo en la optimización de las intervenciones sanitarias. Esta metodología podría no solo ayudar a estandarizar los procedimientos, sino también a facilitar una evaluación rigurosa del impacto de las diversas estrategias de intervención en múltiples parámetros de atención al paciente, como la rapidez en el diagnóstico, la efectividad del tratamiento, la calidad global de la atención y la reducción de errores médicos y de interpretación.

#### **4.2. Futuras líneas de investigación**

El diseño de un estudio experimental podría arrojar resultados sobre la eficacia del protocolo que se explica en el apartado de reflexión. La inclusión de un grupo de control podría establecer relaciones causales entre la aplicación del protocolo y la mejora en los indicadores de atención al paciente. Este enfoque metodológico permitiría superar las limitaciones inherentes a los estudios observacionales, que a menudo no pueden descartar la influencia de variables confusas en los resultados observados.

Sería igualmente relevante evaluar el impacto del protocolo en distintas áreas de especialización médica y en diferentes contextos socioculturales, para determinar su aplicabilidad y efectividad en un rango más amplio de escenarios. Una estrategia de este tipo permitiría recoger un corpus de datos más representativo y robusto, incrementando así la validez externa de los hallazgos. Adicionalmente, el análisis cualitativo de las experiencias de los pacientes podría aportar una visión más profunda sobre aspectos subjetivos, como el grado de satisfacción, la percepción de empatía por parte del personal sanitario e interpretativo, y el nivel de confianza en el sistema de atención sanitaria. Estas dimensiones, aunque más difíciles de cuantificar, tienen un impacto significativo en la calidad general de la atención y en la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Por último, sería muy interesante incorporar una evaluación de la sostenibilidad y rentabilidad de la implementación del protocolo. Una métrica de coste-eficacia permitiría a las instituciones sanitarias evaluar la viabilidad de la adopción del protocolo en el largo plazo, especialmente en escenarios de recursos limitados.

En resumen, la elaboración de un protocolo basado en tablas de evaluación podría tener múltiples implicaciones tanto para la eficiencia como para la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, esto debe llevarse a cabo mediante un estudio experimental con análisis cuantitativos y cualitativos que valide la eficacia y aplicabilidad en diversos contextos.

## 5. Anexos

Anexo I: Tabla con las siglas más utilizadas en el hospital HLA La Salud y su correspondiente traducción al inglés.

Sigla en español	Definición	Sigla en inglés	Definición
AAS	Acido acetilsalicílico	ASA	Acetylsalicylicacid
ACR	Auscultación cardiorrespiratoria	CPA	Cardiopulmonaryauscultation
AIT	Accidente	TCI	Transient cerebral ischemia

	isquémico transitorio		
ANAs	Anticuerpos antinucleares	ANA	antinuclear antibodies
ANCA	Anticuerpos anticitoplásmicos de neutrófilos	ANCA	antineutrophilcytoplasmicantibodies
AP	Antecedentes personales	PHx	Personal history
BEG	Buen estado general	-	-
CIK	Cloruro de potasio	-	-
COC	Consciente, orientado y colaborador	ACO	Alert, cooperative and oriented
CV	Campo visual	VF	Visual field
DM	Diabetes mellitus	DM	Diabetes mellitus
DPO	Día post-operación	POD	Post operative day
EA	Enfermedad actual	HPC	Historyofpresentcomplaint
EDA	Endoscopia digestiva alta	EGD	Esophagogastroduodenoscopy
EEII	Extremidades inferiores	BLE BLL	Both lower extremities  Both lower limbs
EMTC	Enfermedad mixta del tejido conectivo	MTCD	Mixed connective tissue disease
ERGE	Esofagitis por reflujo gastroesofágico	GERD	Gastroesophagealrefluxdisease
GN	Glomerulonefritis	GN	Glomerulonephritis
Hb	Hemoglobina	-	-
HBPM	Heparina de bajo peso molecular	LMWH	Low-molecular-weight heparin
HDA	Hemorragia	UGB	Upper gastrointestinal bleeding

	digestiva alta		
HP	HelicobacterPylory	HB	HelicobacterPylory
HTA	Hipertensión arterial	HBP	High bloodpressure
IC	Interconsulta	C	Consultation
ICT	Índice cardiorácico	CTI	Cardiothoracic index
INR	Razón normalizada internacional	INR	International Normalized Ratio
IQ	Intervención quirúrgica	OP S	Operative procedure Surgery
LES	Lupus eritematoso sistémico	SLE	Systemic lupus erythematosus
LOAS	Lesiones óseas agudas	-	-
MID	Miembro inferior izquierdo	LLE LLL	Left lower extremity Left lower limb
MMII	Miembros inferiores	BLE	Both lower extremities
MMSS	Miembros superiores	BUE BUL	Both upper extremities Both upper limbs
MPO	Mieloperoxidasa	MPO	
MSD	Miembro superior derecho	RUE RUL	Right upper extremity Right upper limb
MVC	Murmullo vesicular conservado	NBS	Normal breath sounds
PFC	Plasma fresco congelado	FFP	Freshfrozen plasma
PR	Espacio PR	PR	PR segment
PSA	Antígeno prostático específico	PSA	Prostate-specificantigen
QRS	Complejo QRS		QRS complex

RAMC	Reacciones adversas a medicamentos comunes	ADE	Adverse drugevent
REG	Regular estado general	-	-
REH	Regular estado hidratación	-	-
REN	Regular estado nutrición	-	-
RMN	Resonancia magnética nuclear	MRI	Magneticresonanceimaging
RNP	Ribonucleoproteínas	RNP	Ribonucleoprotein
s/c	Sin cambios, sin complicaciones	-	-
SCF	Senos costofrénicos	CPS	costophrenic sulcus
SSF	Solución salina fisiológica	NNS	normal saline solution
TA	Tensión arterial	BP	Bloodpressure
TAD	Tensión arterial diastólica	DBP	Diastolicbloodpressure
TAS	Tensión arterial sistólica	SBP	Systolicbloodpressure
TVP	Trombosis venosa profunda	DVT	Deep venous thrombosis
VHB	Virus hepatitis B	HBV	Hepatitis B virus
VHC	Virus hepatitis C	HCV	Hepatitis C virus
VO	Vía oral	p.o	Per os

Anexo I: Fichas del protocolo diseñado rellenas a modo de ejemplo.

<b>Ficha previa a la intervención</b>	
<b>Fecha:</b> 23 de julio de 2023	
<b>DATOS PERSONALES</b>	
Nombre del paciente	Jonh Smith
Nacionalidad	Británica

Edad	68 años		
<b>DATOS MÉDICOS</b>			
Patología	Dolor lumbar crónico irradiado		
Servicio(s) encargado(s)	Traumatología y ortopedia		
Médicos encargados	Juan Rodríguez		
Pruebas realizadas	Examen físico	Resultado:	Dolor a la palpación
	Análisis de sangre	Resultado:	Marcadores inflamatorios elevados
	Resonancia magnética	Resultado:	Evidencia de hernia de disco (L4-L5)
Posibles pruebas a realizar	Radiografía de columna		
Posible diagnóstico	Hernia de disco lumbar con ciática		
<b>DATOS CULTURALES</b>			
Cultura	Británica		
Posibles concepciones culturales con respecto a la sanidad	Propensión a minimizar síntomas.  Escepticismo hacia tratamientos no convencionales o alternativos.		
<b>DATOS DE TRADUCCIÓN Y TERMINOLOGÍA</b>			
Posible terminología necesaria	Español	Lengua meta	
	Columna lumbar	Lumbar spine	
	Hernia de disco	Disc hernation	
	Degeneración discal	Disc generation	
	Cirugía de descompresión	Decompression Surgery	
	Discografía	Discography	
	Ciática	Sciatica	
Fuentes de documentación	Cosnautas, Medline Plus		
Recursos a utilizar	Cosnautas		

<b>FICHA DE POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN</b>	
Fecha: 23 de julio de 2023	
<b>DATOS PERSONALES</b>	
Nombre del paciente	Jonh Smith
Patología	Británica
Servicio	68 años
Médico al cargo de las intervenciones	Juan Rodríguez

<b>CUESTIONES DE TRADUCCIÓN, TERMINOLOGÍA Y CULTURA</b>	
<b>Deficiencias terminológicas</b>	
Tipo de deficiencia	Ambigüedad
Causa	Desconocimiento
Consecuencia	Se ha utilizado “images” en lugar de “MRI” o “xray”.
Cómo se ha solventado	Se ha procedido a la desterminologización, explicando el procedimiento de cada prueba.
Cómo podría haberse solventado con los recursos adecuados	Utilizando la terminología adecuada.
Recursos que podrían haber solventado la deficiencia	Cosnautas o corpus terminológicos.
<b>Deficiencias culturales</b>	
Descripción	El paciente espera una toma de decisiones conjunta con el equipo médico, una práctica común en el Reino Unido.
Causa	Es un modelo de toma de decisiones predominante en la cultura británica y su sistema sanitario.
Consecuencia	El paciente puede sentirse poco confiado en el sistema español de sanidad.
Cómo se ha solventado en ese momento	Se ha detectado el problema y se ha informado al equipo médico.
Cómo podría haberse solventado con los recursos adecuados	Preparación cultural previa del equipo médico y del intérprete sobre las prácticas y expectativas médicas británicas.
Recursos que podrían haber solventado la deficiencia	Página web “Salud y cultura”
<b>Otras deficiencias</b>	
Tipo (cuestiones éticas, condiciones de trabajo, profesionales, lingüísticas)	N/A
<b>Buenas prácticas realizadas</b>	
Tipo	Revisión de la terminología médica previa a la interpretación para alcanzar precisión léxica.  Correcta gestión del espacio físico  Se utiliza la empatía para comprender las decisiones del paciente.
Definición	-

## 6. Referencias

Galanti, G. (2000). An introduction to cultural differences. *wjm*, 172(5), 335-336. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.5.335>

Pérez Mascato, B, Colombo, E. (2022). *Área de atención al paciente internacional*. Cádiz. [Documento sin publicar]

Grupohla. (s.f.). Hospital HLA La Salud. Recuperado de <https://www.grupohla.com/hospitales-clinicas/hospital-hla-la-salud-es> el día 28/8/2023.

*Hernia de spiegel: Hospital Clínic Barcelona*. Clínic Barcelona. (n.d.). <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/hernia-de-spiegel#:~:text=La%20hernia%20de%20Spiegel%20es,tambi%C3%A9n%20se%20denomina%20hernia%20interparietal>

*Infarto Agudo de Miocardio*. Inicio. (n.d.). <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/infarto-agudo-de-miocardio>

*Infarto de Miocardio Sin Elevación del Segmento ST*. Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST - Síntomas, diagnóstico y tratamiento | BMJ BestPractice. (n.d.). <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/151>

Puerto de Cádiz (s.f.). Instalaciones para tráficoes específicos: cruceros y tráfico de pasajeros. <https://www.puertocadiz.com/el-puerto/instalaciones-para-traficos-especificos/cruceros-y-trafico-de-pasajeros/>

Sales, D. (2022) *Curso de formación específica en mediación intercultural e interpretación en el ámbito sanitario*.

Sales, D. (2022). *Introducción a la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario*.

Salud y cultura. (2023). <http://www.saludycultura.uji.es>

Raga, F. (2022) *The role for interpersonal communication for health and healthcare at the community [individual] level*.

U.S. National Library of Medicine. (n.d.). *Dilatación y legrado: Medlineplus Enciclopedia Médica*. MedlinePlus. [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002914.htm#:~:text=La%20dilatación%20y%20legrado%20\(D,de%20las%20paredes%20del%20útero.](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002914.htm#:~:text=La%20dilatación%20y%20legrado%20(D,de%20las%20paredes%20del%20útero.)

U.S. National Library of Medicine. (n.d.-a). *Celulitis: Medlineplus Enciclopedia Médica*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000855.html>