



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Archive ouverte UNIGE

<https://archive-ouverte.unige.ch>

Master

2021

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

La relación entre diferentes tipos de psicoterapias y distintas técnicas de interpretación en ámbitos de salud mental

Carrillo González, Lorena

How to cite

CARRILLO GONZÁLEZ, Lorena. La relación entre diferentes tipos de psicoterapias y distintas técnicas de interpretación en ámbitos de salud mental. Master, 2021.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:164583>

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE TRADUCTION
ET D'INTERPRÉTATION**

CARRILLO GONZÁLEZ, Lorena

La relación entre diferentes tipos de psicoterapias y distintas técnicas de interpretación en ámbitos de salud mental

Mémoire présenté à la Faculté de Traduction et d'Interprétation

Pour l'obtention du MA en Interprétation de Conférence

Directrice de mémoire : Prof. Lucía Ruiz Rosendo

Juré : Dre Manuela Motta

Décembre 2021

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Lorena, CARRILLO GONZÁLEZ

Faculté de Traduction et d'Interprétation

Université de Genève

40, boulevard du Pont-d'Arve

CH-1211 Genève 4, Suisse

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a mi asesora, la profesora Lucía Ruiz Rosendo. Le agradezco la prontitud y la amabilidad con las que ha atendido a mis mensajes, así como su paciencia y sus palabras de aliento a lo largo de mis estudios y en la elaboración de la presente tesina.

A mis padres, Carmen y Rogelio; y a mi esposo, Guillermo, por su apoyo incondicional y su fe en mí. A Clau, Jenny, Carmen, Sami, Mera, Len, Roger, Elys y Janeth por animarme siempre a seguir.

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE | 2 |
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| ÍNDICE | 4 |
| RESUMEN | 7 |
| PALABRAS CLAVE | 7 |
| 1 INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1.1 Contexto y relevancia | 8 |
| 1.1.1 La situación migratoria actual | 8 |
| 1.1.2 Los servicios de interpretación frente a la situación actual | 11 |
| 1.1.3. El derecho a la interpretación en ámbitos de salud mental | 12 |
| 1.1.4. La pandemia de COVID-19 y la depresión | 13 |
| 1.2 Justificación y perfil de la autora | 14 |
| 1.2.1 Pregunta de investigación y metodología | 14 |
| 1.2.2 Finalidad del estudio | 15 |
| 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA | 16 |
| 2.1 La interpretación en entornos sanitarios | 16 |
| 2.1.1 El papel del intérprete | 17 |
| 2.1.2 Errores en la interpretación | 21 |
| 2.2 La interpretación en entornos de salud mental | 24 |
| 2.2.1 El papel de la lengua materna en el diagnóstico | 27 |
| 2.2.2 Problemáticas en la interpretación | 29 |
| 2.2.3 El aspecto emocional, la transferencia y la empatía | 31 |
| | 4 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2.4 Recomendaciones para la formación para intérpretes y terapeutas | 37 |
| 3 TÉCNICAS DE INTERPRETACIÓN Y SU APLICACIÓN A LOS DIFERENTES TIPOS DE PSICOTERAPIA | 39 |
| 3.1 Los distintos tipos de psicoterapia | 39 |
| 3.1.1 Psicoterapias psicoanalíticas | 40 |
| 3.1.2 Psicoterapias de apoyo | 43 |
| 3.1.3 Psicoterapia de esclarecimiento | 44 |
| 3.1.4 Terapias cognitivo-conductuales | 44 |
| 3.1.5 Terapias humanistas | 46 |
| 3.1.6 Terapias sistémicas | 46 |
| 3.2 Papel del lenguaje en la psicoterapia | 47 |
| 3.3 Técnicas de interpretación | 52 |
| 3.3.1 La interpretación dialógica | 52 |
| 3.3.2 La interpretación consecutiva (larga) | 53 |
| 3.3.3 La interpretación simultánea | 53 |
| 3.3.4 La interpretación simultánea remota | 53 |
| 3.3.5 La interpretación remota con video | 54 |
| 3.3.6 La interpretación telefónica | 54 |
| 3.3.7 Los tipos de interpretación en relación con las distintas psicoterapias | 57 |
| 3.4 Elegir entre la interpretación dialógica o simultánea | 58 |
| 4 DIRECTRICES PARA LA INTERPRETACIÓN EN SALUD MENTAL | 64 |
| 4.1 Lineamientos para el intérprete y el terapeuta | 65 |
| 4.1.1 Consideraciones previas a la sesión | 66 |
| 4.1.2 Lineamientos para la interacción entre el paciente, terapeuta e intérprete: el encuadre | 68 |
| | 5 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1.3 Consideraciones después de la sesión | 70 |
| 4.2 Ejemplo 1: Testimonio de un intérprete de salud mental | 71 |
| 4.3 Ejemplo 2: Técnicas de interpretación en terapia del lenguaje | 75 |
| 5 CONCLUSIONES | 76 |
| 6 BIBLIOGRAFÍA | 80 |

RESUMEN

Frente a la situación migratoria y sociodemográfica actual, cada vez más personas requieren de los servicios de salud mental y se ven en la necesidad de recurrir a la psicoterapia en una lengua distinta a su lengua materna. Una respuesta ante esta situación es el seguimiento de una terapia con mediación de un intérprete. La investigación sobre la interpretación en ámbitos de salud mental se ha centrado principalmente en el papel del intérprete y los errores de interpretación. Sin embargo, a día de hoy no se han estudiado en profundidad la interpretación en los distintos tipos de psicoterapias ni la posibilidad de recurrir a técnicas de interpretación distintas a la interpretación dialógica.

El presente estudio reflexiona sobre la posibilidad e implicaciones del uso de distintas técnicas de interpretación para diferentes psicoterapias. Asimismo, retoma las directrices para psicoterapeutas sobre cómo trabajar con intérpretes con el objetivo de analizar qué aspectos son cruciales desde la perspectiva de los profesionales en salud mental e invitar al desarrollo de un diálogo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVE

Interpretación, salud mental, directrices de interpretación, psicoanálisis, terapia conductivo-conductual, literalidad, apoyo emocional

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Contexto y relevancia

1.1.1 La situación migratoria actual

Actualmente se observan numerosos flujos migratorios y desplazamientos de la población a nivel mundial. De acuerdo a las cifras del informe sobre Tendencias Globales de la Agencia de la ONU para los refugiados, al menos 79,5 millones de personas en todo el mundo se vieron desplazadas hacia el final de 2019 como resultado de conflictos, persecución, violencia, violaciones de los derechos humanos o eventos que alteraron gravemente el orden público (ACNUR, 2020). Los niveles de desplazamiento actuales duplican los de hace 20 años y confirman una tendencia al alza a largo plazo del número de personas que necesitan protección internacional.

Entre los desplazados forzosos, hubo 26 millones de refugiados, 45,7 millones de desplazados internos y 4,2 millones de solicitantes de asilo. El 1 % de la población mundial se ha visto obligada a abandonar su hogar como resultado de conflictos o persecución (ACNUR, 2020).

En junio de 2019, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) constató que el número de solicitantes de asilo, a saber, “las personas que se encuentran fuera de su país de origen y reciben protección internacional, pero que están a la espera de una resolución sobre su solicitud de la condición de refugiado”, se situaba en 3,5 millones de personas. Señaló asimismo que “al menos 100 millones de personas se vieron obligadas a huir de sus hogares durante los últimos 10 años para buscar refugio dentro o fuera de las fronteras de su país” (ACNUR, 2020, p. 6).

En Europa, se registró un pico en el número de nuevos solicitantes de asilo en 2014, debido en gran medida al estallido del conflicto en Ucrania oriental. En 2015, hubo otro repunte en las nuevas solicitudes de asilo. A medida que se intensificó la guerra en Siria y se agravaron

los conflictos en Irak y Afganistán, cada vez más personas arriesgaron su vida y cruzaron el Mediterráneo en busca de seguridad y protección. Más de un millón de ellas llegaron a Europa por vía marítima, la gran mayoría desde los tres últimos países de origen mencionados. En los principales países europeos de acogida, como Alemania y Suecia, se presentaron más de 1,5 millones de solicitudes de asilo. Las llegadas a Chipre, Grecia, Malta, Italia y España continuaron en los años siguientes, aunque no rebasaron los 200 000 casos entre 2017 y 2019 (ACNUR, 2020).

Según datos de Eurostat (2021), la migración a Europa desde países extraeuropeos permaneció relativamente estable entre 2016 y 2017, pero ha aumentado constantemente desde 2017. En 2019 ingresaron 2,7 millones de migrantes a la UE desde países externos. De entre los 447,3 millones de habitantes de la UE en enero de 2020, el 5,1 % (23 millones) eran ciudadanos extraeuropeos (Eurostat, 2021).

Los flujos migratorios y cambios demográficos no se limitan a Europa, sino que se presentan a nivel mundial. En Estados Unidos también se han constatado cambios demográficos que conllevan una mayor diversidad lingüística en todos los ámbitos. Una población más diversa implica un aumento en la demanda de servicios de salud mental en idiomas distintos al inglés. Según datos de la Encuesta de la Comunidad Estadounidense (ACS), presentados por Hallock, Zong y Batalova (2018), al menos el 22 % de la población habla otro idioma en casa además del inglés y poco menos del 9 % de la población cuenta con un nivel de conocimiento de inglés limitado (*limited English proficiency*). Esto significa que casi el 10 % de la población estadounidense no podría recibir un servicio de salud mental de manera adecuada en inglés.

En 2019, Amelia Black constató que en Estados Unidos las minorías étnicas y raciales conformaban el 39,9 % de la población. Black (2019) afirma que, de acuerdo con las proyecciones de la Oficina del Censo de los Estados Unidos publicadas en 2015, en 2044 Estados Unidos se convertirá en una nación en la que ningún grupo racial conformará una mayoría. Por otra parte, en 2013 la Oficina del Censo de los Estados Unidos estimó que para 2050 el principal motor del crecimiento poblacional será la inmigración.

Estas cifras nos permiten entender la situación migratoria actual y permiten dimensionar la cantidad de personas que deben llevar su vida y recibir servicios, entre ellos sanitarios y psicológicos, en una lengua distinta a su lengua materna. Reconocer la demanda de dichos servicios nos lleva a preguntarnos sobre la respuesta proporcionada, así como sus características, fortalezas y debilidades.

Por su parte, la OMS calcula que la prevalencia de trastornos de salud mental tales como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, bipolaridad y esquizofrenia es de alrededor del 22,1 % en poblaciones afectadas por conflictos armados. Se estima, además, que una de cada diez personas que viven en zonas de conflicto padece una enfermedad mental de moderada a grave (Charlson *et al.*, 2019). El estudio de Charlson para la OMS indica que el hecho de vivir en una zona de conflicto tiene un impacto sobre la salud mental mayor de lo estimado previamente y que se requiere de manera urgente atender a la salud mental de las poblaciones afectadas por conflictos. Además, cabe destacar que, incluso después de haber salido de las zonas en conflicto, los refugiados y migrantes se enfrentan a situaciones que podrían afectar su salud mental, tales como la amenaza de ser deportados, la exclusión social, los problemas económicos y el desempleo.

Hay estudios que demuestran que quienes no dominan alguna de las lenguas nacionales del país de acogida no gozan de tan buena salud como la media de la población de hablantes nativos, además de no gozar del mismo equilibrio psíquico (Rey, 2011). Un estudio de Bischoff destaca la importancia de la compatibilidad lingüística en la proporción de servicios sanitarios a refugiados. En dicho estudio se realizaron 723 encuestas a nuevos solicitantes de asilo, entre junio y diciembre de 1998. Los resultados permitieron constatar que el 19 % de los solicitantes de asilo presentaba síntomas físicos y psicológicos graves y que el 63 % había vivido sucesos traumáticos. El 6 % fue derivado a un profesional de atención psicológica. En los casos en los que se logró una concordancia lingüística entre el médico y el paciente, la cantidad de reportes de eventos traumáticos y síntomas psicológicos severos fue mayor. El estudio resalta la importancia de superar las barreras lingüísticas para poder detectar y dar tratamiento a los casos de refugiados que han sufrido algún trauma. Asimismo, se asoció la presencia de intérpretes profesionales con niveles altos de reporte de síntomas. En contraste,

la concordancia lingüística inadecuada conlleva una falta de reporte de síntomas y una falta de derivación a atención psicológica y médica (Bischoff, 2003b).

Por su parte, Brach, Fraser y Paez (2005) señalan que los problemas de comunicación en ámbitos sanitarios traen consigo efectos negativos en el acceso a los servicios de salud, en la satisfacción del paciente y, en ocasiones, en el costo. Además, se asocia con errores médicos, una mala calidad en la atención y una comunicación inadecuada en el diagnóstico, el tratamiento y la prescripción de recetas. En definitiva, las personas que no dominan el idioma en el que se proporcionan los servicios sanitarios tienen una menor probabilidad de buscar y recibir atención médica, acuden al médico con menor frecuencia y reciben menos servicios preventivos.

1.1.2 Los servicios de interpretación frente a la situación actual

Como hemos podido constatar, hay una necesidad acuciante de proporcionar servicios de salud (física y mental) a la población migrante. En ocasiones, el servicio no puede proporcionarse en la lengua materna del paciente y se recurre a intérpretes para que posibiliten la comunicación. Entre los países que han estudiado la provisión de servicios de interpretación en ámbitos sanitarios y de salud mental se encuentran Suiza, Francia, Estados Unidos, Australia, Reino Unido, Países Bajos y España.

Por su parte, España y Estados Unidos han podido constatar la insuficiencia de la disponibilidad de servicios de interpretación. Parrilla (2020, p. 16) reconoce que en España existe un número creciente de inmigrantes, por lo cual es crucial contar con servicios de interpretación y traducción en hospitales y servicios de salud, tanto general, como mental.

La sociedad española se está dando cuenta de lo común que es encontrar problemas de comunicación entre ellos y los extranjeros y, aunque la provisión de intérpretes ha mejorado mucho en la última década, la falta de comunicación entre las organizaciones, los proveedores y el gobierno, junto con la falta de reconocimientos de la profesión son obstáculos que España aún debe superar.

En los Países Bajos la situación es similar. De acuerdo con Bot (2005), durante la última década del siglo XX arribaron alrededor de 300 000 solicitantes de asilo por año, la mayoría provenientes de países inmersos en conflictos armados como Irán, Iraq, Afganistán, Sri Lanka y la antigua Yugoslavia. Según afirma la autora, la migración ha sido un factor que ha generado un aumento en la necesidad de intérpretes en entornos de salud mental puesto que han llegado refugiados y solicitantes de asilo que no dominan el holandés y requieren de un intérprete para recibir atención psicoterapéutica. Desde 1970 se proporcionan sesiones de psicoterapia a solicitantes de asilo y refugiados con la ayuda de intérpretes tanto en los países Bajos, como en otras partes de Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia.

Black (2019) sostiene que en Estados Unidos se han acrecentado los esfuerzos por contratar a terapeutas bilingües. No obstante, la mayoría de los servicios de salud mental se siguen proporcionando en inglés con ayuda de un intérprete o materiales traducidos. Black menciona que según datos de 2016 de la Asociación Americana de Psicología (APA), menos del 11 % de los servicios psicológicos en Estados Unidos ofrecen atención en un idioma distinto al inglés.

1.1.3. El derecho a la interpretación en ámbitos de salud mental

El acceso a la atención médica y a la salud han quedado consagrados en varios instrumentos internacionales de Derechos Humanos tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos cuyo artículo 25 establece que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948, p.7).

Es crucial resaltar que se debe contemplar el concepto de salud tanto en su dimensión física como en la mental. Así lo establece la Constitución de la OMS de 1946 (p. 1), al afirmar que:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por la Asamblea General en 1966, en su artículo 12, reconoce el derecho de cada individuo a gozar del “más alto nivel posible de salud física y mental”.

En el mismo tenor, la Constitución de la OMS deposita en los gobiernos la responsabilidad de garantizar este derecho para su población: “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (p. 1). Sin embargo, a pesar de estar estipulados en el derecho internacional, la aplicación y garantía de estos derechos dependen de los estados nacionales, quienes —como he señalado anteriormente— han logrado avances heterogéneos en la materia.

1.1.4. La pandemia de COVID-19 y la depresión

Además de la migración, existe otro elemento a considerar en la coyuntura actual: el aumento en la demanda de servicios de salud mental con relación a la pandemia de COVID-19. En un estudio sobre los casos de depresión surgidos en relación con la pandemia de COVID-19, basado en datos del 1 de enero al 8 de mayo de 2020 (Bueno-Notivol *et al.*, 2020, p.1), se encontró que:

... en comparación con una estimación global de depresión en 2017 (del 3,44 %), nuestra prevalencia agrupada del 25 % es 7 veces mayor, sugiriendo un impacto importante del brote de COVID-19 en la salud mental¹.

¹ Todas las citas de fuentes en inglés o francés han sido traducidas por la autora.

Estos autores concluyeron que el abordaje de la salud mental debe formar parte de las agendas de salud públicas nacionales e internacionales, durante y después de la crisis sanitaria mundial. Cabe destacar que en investigaciones anteriores sobre el impacto psicológico del confinamiento en pandemias previas —como la del ébola, la de gripe H1N1 y la del síndrome respiratorio del Medio Oriente— también se detectaron efectos psicológicos negativos como estrés postraumático, ira, confusión, ansiedad o depresión.

El porcentaje de personas con síntomas de depresión ha aumentado, pues, visiblemente. En el Reino Unido, el porcentaje de adultos que reportaron tener síntomas de depresión pasó del 10 % entre julio de 2019- marzo de 2020 al 19 % en junio de 2020. En Estados Unidos se reportó que el 11 % de los adultos presentaron síntomas de ansiedad o depresión entre enero y junio de 2019. Este porcentaje fue del 42 % en diciembre de 2020. Los efectos sobre la salud mental causados por la pandemia se comienzan a vislumbrar, pero los científicos temen que los efectos lleguen a prolongarse por largo tiempo aun después de la pandemia (Abott, 2021).

1.2 Justificación y perfil de la autora

Frente a la coyuntura epidemiológica y migratoria actual, el tema de la salud física y mental y su provisión equitativa y universal me parece un tema apremiante. Debido a ello, decidí desarrollarlo como tema de la presente tesina. Mis reflexiones surgen a partir de mi perfil: tanto por ser estudiante de maestría en la Facultad de Interpretación y Traducción, como por mi trayectoria como estudiante de psicología tras haber cursado el Diplomado en Clínica Psicoanalítica en el Centro Eleia, Ciudad de México. La conjunción de ambas formaciones me animó a explorar las investigaciones realizadas sobre la interpretación en ámbitos de salud mental.

1.2.1 Pregunta de investigación y metodología

El presente trabajo es un estudio exploratorio teórico en el cual planteo una breve revisión de los artículos que abordan el tema de la interpretación en ámbitos sanitarios y en un segundo momento, aquellos que se enfocan de manera más específica en el ámbito de la salud mental. A partir de la revisión, identifiqué los temas recurrentes en el campo de estudio y noté una laguna en la literatura actual, por lo cual decidí analizarla. Me percaté de que, a pesar de que existen múltiples técnicas para atender los distintos padecimientos en la salud mental, es decir, diferentes tipos de psicoterapias, en la literatura interdisciplinaria vinculada a la interpretación no suelen destacarse estas diferencias. Ello me llevó a reflexionar sobre las particularidades en la práctica de la interpretación en el contexto de diferentes técnicas de psicoterapia; dichas particularidades merecen una mayor reflexión. En la presente tesina me propongo responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿son necesarias diferentes técnicas de interpretación para las diferentes psicoterapias?

Para ello revisaré de manera concisa la literatura en torno a la interpretación en ámbitos sanitarios y después me centraré en aquella relativa a la interpretación en ámbitos de salud mental. Posteriormente, describiré los distintos tipos de psicoterapias con el fin de analizar si para cada una de ellas convendría el uso de técnicas distintas de interpretación, tema que desarrollaré en el tercer capítulo.

De igual modo, analizaré qué elementos convendría tomar en cuenta al optar por una técnica de interpretación en específico: ¿existen directrices sobre las mejores prácticas en la materia que puedan proporcionar orientación al respecto?

1.2.2 Finalidad del estudio

En el marco de este estudio, he procurado analizar las implicaciones del uso de las distintas modalidades de interpretación y su compatibilidad con los distintos tipos de psicoterapias. Asimismo, he buscado ahondar en las directrices sobre las mejores prácticas para trabajar con intérpretes con el objetivo de reflexionar sobre el trabajo colaborativo, desde la

perspectiva de la salud mental. Con ello he querido alentar a una colaboración estrecha e informada entre intérpretes y terapeutas.

El propósito de la presente tesina es aportar un complemento a estudios ya realizados sobre la interpretación en el ámbito de la salud mental y hacer hincapié en que existen diferentes tipos de psicoterapia, cada una con técnicas, objetivos y fundamentos teóricos distintos, de los que se debe tomar conciencia. Las diferencias entre las psicoterapias son relevantes para determinar la mejor forma de trabajar con intérpretes e invitan a contemplar el uso de modalidades de interpretación distintas a la interpretación dialógica.

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 La interpretación en entornos sanitarios

Según Parrilla, la interpretación médica ha adquirido un papel cada vez más significativo en la investigación sobre Traducción e Interpretación. Las asociaciones nacionales e internacionales, los grupos de investigación y las universidades han promovido la actividad dentro del campo médico a través de la investigación y la organización de congresos y jornadas.

Por su parte, los servicios públicos están mostrando su interés por fundamentar su trabajo en estudios basados en evidencias (Parrilla, 2020). Algunos de estos estudios se centran en la opinión del personal sanitario, una perspectiva esencial para poder identificar los obstáculos que se presentan en la colaboración entre el personal sanitario y el intérprete (Parrilla, 2020). La investigación en el ámbito sanitario también se ha ocupado de las dificultades que presenta el discurso entre el médico y el usuario, tanto a nivel terminológico, como en cuanto a hábitos comunicativos y de interculturalidad (Parrilla, 2020).

La literatura sobre la interpretación en ámbitos sanitarios es bastante extensa. A lo largo de mi investigación llamaron mi atención de manera recurrente dos temas centrales, que han

sido el foco de atención de múltiples investigaciones: el papel del intérprete y los errores de interpretación. Considero pertinente abordarlos debido a que se relacionan con los factores relevantes al momento de decidir entre la pertinencia del uso de distintas técnicas de interpretación.

2.1.1 El papel del intérprete

Los estudios sobre el papel del intérprete en ámbitos sanitarios adoptan diferentes perspectivas. Kaufert *et al.* (1984), por ejemplo, analizan la función del intérprete como mediador cultural, centrándose en un caso específico de intérpretes hablantes de Cree y Saulteau que brindaban servicios lingüísticos en un centro médico al norte de Canadá dedicado a atender a comunidades remotas de pueblos originarios. Dichos intérpretes experimentan conflictos en sus distintos roles al tener que fungir a la vez como intérpretes, mediadores e informantes culturales, tanto para el personal del centro médico como para los pacientes autóctonos, al mismo tiempo que deben abogar por los pacientes o por la comunidad. Más allá de una interpretación literal, se les pide que expliquen los procedimientos médicos con analogías entendibles para los pacientes autóctonos, con el propósito de familiarizarlos con el entorno hospitalario y sus procedimientos. A su vez, deben entender las expresiones en términos tradicionales de los pacientes en torno a la enfermedad y proporcionar una explicación biomédica.

Otra perspectiva sobre el papel del intérprete consiste en comparar el papel normativo con el real. Una de las investigadoras que han desarrollado esta línea de reflexión sobre los intérpretes en el entorno sanitario es Wadensjö, quien en 1998 publicó su tesis doctoral (defendida en 1992 en la Universidad de Lindköping) sobre la interacción entre médicos y enfermeras en clínicas de atención médica. Su investigación versa sobre el discurso dialógico en interacciones triádicas y es altamente influyente en los estudios de interpretación (Shlesinger y Pöchhacker, 2007).

Wadensjö (1998) hace un análisis exhaustivo del papel del intérprete. Explica que los intérpretes comunitarios están sujetos al seguimiento de códigos de ética y de buenas prácticas que por lo general siguen el “modelo del conducto” (*conduit model*) para la comunicación. Conforme a dicho modelo, al intérprete se le considera como un transmisor del mensaje, un canal neutro a través del cual transita el mensaje entre las partes involucradas. Esta perspectiva no da cuenta de la complejidad de los encuentros en los que se requiere la mediación de un intérprete. Wadensjö basa su análisis en el carácter interactivo de la comunicación y retoma las ideas del psicólogo social Ervin Goffman para analizar el papel del intérprete dentro de un sistema de actividades. Wadensjö (1998, p. 88) propone reusar las siguientes categorías de clasificación:

- a) *Animator*, el intérprete en tanto que productor de sonidos del discurso;
- b) *Author*, el agente que elabora el guión que será enunciado;
- c) *Principal*, el sujeto cuyas creencias o postura se refiere en el mensaje.

Asimismo, afirma que el papel del intérprete varía en función de la situación y el contexto de la comunicación. Menciona que el intérprete cumple estos múltiples roles a lo largo de la interacción, por lo que se le considera un participante con roles múltiples (*multi-role performer*).

Wadensjö se cuestiona si los intérpretes realmente se apegan al papel que se les asigna de manera normativa dentro del marco institucional o si, por el contrario, van más allá del ideal de simplemente traducir. Categoriza las desviaciones del desempeño estándar en: intervenciones equivalentes al original en estilo, contenido e interacción (*close renditions*), por un lado; y por otro, las intervenciones expandidas, reducidas, resumidas, sustituidas, múltiples, omitidas y, finalmente, las intervenciones no interpretadas. También menciona la categoría de “*non-renditions*”, es decir, las intervenciones que no tienen un equivalente en el discurso origen, sino que cumplen la función de aclarar información, coordinar la interacción, retomar la palabra o explicar la intención de una intervención.

Por otra parte, Wadensjö aborda el tema de los problemas de comunicación y resalta la función del intérprete como el encargado de cerrar brechas lingüísticas y pragmáticas. La

autora reflexiona sobre los problemas de comunicación en ámbitos sanitarios, la calidad en la interpretación y la formación de intérpretes.

Además de los roles propuestos por Wadensjö (1998), se han planteado otros en subsecuentes estudios, tales como aquel de informante cultural, agente sanitario (Leanza, 2005) y facilitador de la comunicación (Parrilla Gómez y Postigo Pinazo, 2018), que revisaré brevemente a continuación.

Leanza (2005) hace una recapitulación de los roles atribuidos al intérprete dependiendo de que el intérprete funja como facilitador de la comunicación o como asimilador cultural. Menciona los siguientes roles: el “traductor” (que intenta minimizar su presencia), el “informante cultural” (que ayuda al médico a entender al paciente y lo que le ha ocurrido proporcionando información contextual), el “mediador cultural” (que negocia entre dos sistemas de valores para ayudar a las partes a alcanzar un modelo compartido de cuidados y comportamiento), el “abogado del paciente” (que procura los intereses del paciente) y el “profesional bilingüe” (el intérprete capacitado en medicina y en las prácticas institucionales, que dirige la entrevista y reporta los hallazgos al médico).

Leanza afirma que el papel del intérprete varía enormemente de un contexto a otro y su labor no se limita a mediar entre lenguas. Sugiere nuevos roles dentro de la tipología: el “agente del sistema” (el intérprete transmite el discurso dominante, normas y valores al paciente), el “agente comunitario” (que reconoce las diferencias culturales y toma en cuenta las normas y valores de las minorías), el “agente de integración” (que procura lograr un entendimiento mutuo entre las partes) y el “agente lingüístico” (que trata de mantener una postura imparcial). Resalta la importancia de incluir los roles en la formación del intérprete y la necesidad de capacitar a ambas partes, tanto al médico como al intérprete, para facilitar su colaboración.

Parrilla Gómez y Postigo Pinazo (2018) también analizan el papel del intérprete. Las autoras estudian la comunicación en hospitales españoles y proponen una nueva taxonomía para dicho contexto, entre ellos, el intérprete como: “guía” (que asiste y supervisa la comunicación), el “promotor de comunicación” que por iniciativa propia ayuda a obtener

más información para, por ejemplo, completar un diagnóstico, el “vocero del proveedor de servicios sanitarios” (donde adopta el papel de éste último y se encarga de dar de alta al paciente), el “amigo”, el “mediador cultural” y el “proveedor de servicios”. Las autoras concluyen que se debe evitar que el intérprete adopte el papel del proveedor y que interactúe con el paciente sin que el médico esté presente. Asimismo, proponen crear cursos de capacitación para los intérpretes basados en corpus de estudios de interacciones anteriores, con la finalidad de ayudarlos a mejorar las estrategias de gestión de las situaciones potenciales a las que se podrían enfrentar.

Tanto Leanza como Parrilla y Postigo incluyen dentro de su clasificación el papel de “mediador cultural”, “proveedor o profesional bilingüe” y “agente vocero del sistema o del proveedor de servicios”. Por otra parte, Bot (2015) plantea distintos roles con base en los distintos grados de involucramiento del intérprete. Retoma en su clasificación el papel del “mediador cultural” y el del “traductor”, éste último como “máquina de traducción”, reflejo del intento por minimizar el involucramiento del intérprete. Así mismo, incluye los papeles de intérprete “interactivo”, “coterapeuta” y “participante independiente”.

Por su parte, Metzger (1999) reflexiona sobre un tema ligado al del papel del intérprete: la noción de neutralidad del intérprete. Dicho concepto puede entenderse en relación a la fidelidad del contenido interpretado con lo enunciado originalmente, pero también en referencia a la relación del intérprete con los participantes de un evento y el efecto que ello podría tener sobre la interacción. Metzger analiza la paradoja de la neutralidad del intérprete, quien debe esforzarse por mantener un estado neutro, pero que no puede limitarse a ser un mero conducto, puesto que tiene un efecto en la interacción entre paciente y médico. Por ende, la función que desempeña tiene un papel crucial. La autora cuestiona si el intérprete debe interactuar con otros participantes como igual o si debe tratar de limitar el efecto que ejerce en la situación comunicativa. Examina el hecho de que la presencia del intérprete basta para influir en la situación y que además lo hace a través de las expectativas de la interpretación que tienen los demás individuos presentes.

Existen, pues, distintas escuelas que favorecen distintos grados de involucramiento del intérprete en ámbitos de salud mental. Hay quienes han argumentado a favor de la

capacitación del mismo en técnicas de trabajo social, psicoterapia y psiquiatría, para poder adoptar así el papel de co-terapeuta. Sin embargo, otros defienden la postura contraria y enfatizan que el intérprete debe distanciarse del proceso terapéutico y limitarse a expresar lo enunciado de la manera más precisa posible. En el cuarto apartado del presente trabajo retomaré este punto al analizar la necesidad del encuadre en una sesión psicoterapéutica.

2.1.2 Errores en la interpretación

Otro tema recurrente en la literatura sobre la interpretación en ámbitos sanitarios es el de los errores en la interpretación. En su estudio, Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2001) evalúan los errores de interpretación en encuentros médicos con enfermeras intérpretes sin formación en interpretación en una clínica en California, Estados Unidos, donde analizan 21 encuentros con pacientes hispanohablantes, grabados, transcritos y traducidos. Los autores hacen un análisis comparativo entre la traducción y la interpretación de las enfermeras en busca de interpretaciones correctas, pero también de errores y malentendidos en la comunicación. Señalan que entre el 23 y el 52 % de las preguntas del médico fueron interpretadas erróneamente o no interpretadas, lo cual afecta la comprensión de los síntomas o la credibilidad de las preocupaciones del paciente. Analizan las características de los errores e identifican que en los intercambios sin errores hay varios factores en común, como el uso de oraciones simples, un ritmo lento para verificar la comprensión de la información, atención al lenguaje no verbal, poca edición en la interpretación e ideas lo más completas posible. En los intercambios sin errores, observan la constante verificación de la información por parte del médico, quien resume y repite los comentarios del paciente, para que la enfermera haga una traducción de vuelta al español de dicha información (una técnica conocida como retrotraducción o *back-translation*). Por otra parte, clasifican las fallas en la interpretación en errores lingüísticos (problemas semánticos, ambigüedad, jerga médica, parafraseo, edición, términos no traducibles, omisión de información en torno a prácticas culturales) o conflictos interpersonales (falta de confianza o respeto hacia el paciente, falta de control sobre la discusión, intervenciones del paciente que no recibieron respuesta).

Asimismo, identifican las principales causas de fallas en la comunicación entre el paciente y el médico: omitir, agregar, truncar, condensar, sustituir información o normalizar síntomas patológicos. Los encuentros problemáticos se caracterizan por la falta de verificación de información contradictoria, la omisión de la interpretación de pasajes problemáticos en el discurso por parte del intérprete, la edición paternalista y la falta de explicación cultural de expresiones idiomáticas. En los casos examinados, notan la existencia de sesgos por parte de las enfermeras, quienes socavan la credibilidad de los pacientes. En los casos en que los pacientes explican sus síntomas mediante el uso de metáforas culturales no compatibles con la nosología occidental, las enfermeras optan por omitir información, pues consideran que no hacerlo, su interpretación proyectará una imagen no favorable:

La tendencia de las enfermeras a evitar mencionar expresiones idiomáticas culturales en situaciones clínicas, se deriva muy probablemente del intento de las enfermeras de parecer profesionales y evitar información que parece tener consecuencias desfavorables en su cultura (Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin, 2001, p.13).

La mala comunicación tiene consecuencias graves en la salud de los pacientes. Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin citan el caso de un hombre con tuberculosis que se negó a regresar a la clínica tras haber experimentado problemas de comunicación y otro que se negó a seguir realizando las pruebas y procedimientos necesarios y dejó de buscar atención médica a pesar de presentar síntomas de problemas cardiovasculares.

Laws, *et al.* (2004) también estudian los errores en la interpretación en Estados Unidos. Realizan una revisión sobre la literatura existente en torno a los riesgos, los errores y la calidad de la interpretación en ámbitos sanitarios. Llegan a la conclusión de que las consultas a pacientes hispanos por parte de médicos anglófonos a menudo conllevan un enfoque menos centrado en el paciente, cuyos comentarios son más propensos a ser ignorados. Además, advierten sobre el riesgo del recurso a familiares que actúen como intérpretes debido a que frecuentemente su prestación es imprecisa y, en el caso de los niños, les puede resultar traumático el interpretar para sus padres. Resaltan que los códigos de ética actuales que requieren de una interpretación completa, precisa y sin ediciones son inadecuados para hacer frente a los retos que implica facilitar la comunicación intercultural.

Laws *et al.* mencionan que la mayor parte de la investigación sobre los efectos adversos de los errores médicos se centra en casos intrahospitalarios; no obstante, se constata que dichos errores en situaciones extrahospitalarias tienen como consecuencia la prescripción o ingesta equivocada de medicamentos, un diagnóstico erróneo o incluso heridas u hospitalizaciones. Su estudio tiene como objetivo desarrollar e implementar un método para el análisis de visitas médicas que sirva como herramienta para mejorar la calidad de los servicios de interpretación. El método consiste en identificar segmentos de diálogo, codificar su equivalencia y analizar la calidad de su interpretación. Los autores suponen que, cuanto más larga es la intervención, mayor es el riesgo de errores en la interpretación. Los resultados del estudio muestran que la longitud de la intervención está relacionada con la calidad de la interpretación. Además, ponen de manifiesto que, cuando el intérprete abandona su rol como tal y adquiere el de interlocutor en la conversación, incurre en omisiones, olvida traducir oraciones, y se limita a la traducción de la última pregunta o información al final de toda una intervención.

También existen estudios sobre la opinión del paciente; muestra de ello es el meta estudio de Flores (2005) sobre el impacto que tiene la presencia de los servicios de interpretación en el ámbito sanitario. Flores evalúa tres categorías distintas: los problemas de comunicación, la satisfacción del paciente y el uso de los servicios médicos, sus resultados y complicaciones. Flores concluye que existe una menor comprensión del diagnóstico y del tratamiento sin la presencia de un intérprete, y una sensación de que falta una explicación más clara por parte del médico. Menciona que se identificaron errores por parte de los intérpretes en la descripción de síntomas y del diagnóstico. Cabe resaltar, por ende, la importancia que reviste la formación de intérpretes y su conocimiento del campo. Flores observa ciertas diferencias entre los intérpretes profesionales y los intérpretes *ad hoc*, puesto que estos últimos son más propensos a cometer errores con potenciales consecuencias clínicas.

Al analizar la satisfacción de los pacientes, Flores nota que ésta es significativamente mayor con médicos bilingües o intérpretes profesionales que con intérpretes *ad hoc* o no profesionales. Los niveles de satisfacción son incluso equivalentes a aquellos de pacientes hablantes de inglés expertos. Además, afirma que el uso de intérpretes tiene un efecto

positivo en los tratamientos y revisiones preventivas, y conlleva visitas más frecuentes al médico, lo que contribuye a optimizar los procesos y alcanzar mejores resultados médicos. La falta de intérpretes conlleva mayores gastos, pruebas médicas y riesgos de hospitalización.

Los errores en la interpretación médica no están exentos de repercusiones. Flores *et al.* (2012) refieren una investigación en las dos clínicas pediátricas más grandes de Massachusetts, cuyo objetivo es analizar la fidelidad de interpretación, evaluar los errores cometidos y sus potenciales consecuencias clínicas. Concluyen que el 18 % del total de los errores identificados podrían tener consecuencias clínicas potenciales. Se consideran como consecuencias médicas la alteración del historial de la enfermedad, del historial médico, del diagnóstico o de las intervenciones terapéuticas, la comprensión errónea de la enfermedad por parte de los padres del paciente y la confusión en torno a futuras visitas médicas y derivaciones. Los errores más recurrentes son las omisiones (47 %), el falso dominio lingüístico (26 %), las adiciones (10 %) y las ediciones (9 %). La proporción de este tipo de errores es significativamente menor en el caso de los intérpretes hospitalarios profesionales (12 %) que en el de los intérpretes no profesionales (22 %) y los casos sin intérprete (10 %). La falta de un intérprete médico duplica la propensión a errores médicos con consecuencias clínicas potenciales. Asimismo, a partir de la investigación, se establece un umbral de horas de experiencia por encima del cual la probabilidad de errores disminuye significativamente: los intérpretes con más de 100 horas de experiencia cometen 20 errores menos que la media de errores cometidos por intérpretes con una experiencia inferior a 100 horas. En el caso de los errores con potenciales consecuencias clínicas, los porcentajes son de 2 % y 12 % respectivamente.

Tras una breve revisión de la literatura actual sobre la interpretación en ámbitos sanitarios, revisaré la literatura existente en un campo más específico, el de la salud mental.

2.2 La interpretación en entornos de salud mental

La investigación sobre la interpretación en ámbitos de salud mental, de manera similar a la investigación sobre interpretación sanitaria, se ha centrado en analizar el papel del intérprete y su grado de implicación. De igual modo, existen varios estudios sobre los tipos de errores de interpretación en salud mental, sus posibles causas y consecuencias. Aunado a ello, se han analizado las particularidades de la interpretación en salud mental y sus diferencias respecto a la interpretación sanitaria. Por ejemplo, se han estudiado la importancia y las implicaciones de la literalidad, así como las particularidades del lenguaje en la psicoterapia. También se ha reflexionado sobre las implicaciones de la presencia del intérprete en sesiones de psicoterapia. Asimismo, existe investigación sobre las características de la interacción entre el terapeuta, el paciente y el intérprete, así como el nivel de involucramiento emocional del intérprete. Se ha analizado la posibilidad de que represente una fuente adicional de apoyo para el paciente y la importancia de la empatía en el intérprete. También existen estudios que describen la experiencia de los terapeutas y de los intérpretes en este tipo de interacción.

Por otra parte, existen publicaciones de profesionales de la salud donde comparten sus reflexiones sobre su experiencia al colaborar con intérpretes, sus análisis sobre las dificultades e implicaciones experimentadas, así como los aspectos y sugerencias que deben considerar tanto los intérpretes como los terapeutas. De igual modo, existe investigación y recomendaciones sobre posibles programas de formación para que ambos profesionales aprendan a trabajar juntos. Distintas organizaciones de salud mental tales como la Unidad de Psiquiatría Transcultural de Victoria², el Instituto Australiano de Intérpretes y Traductores³, la Sociedad de Psicología Australiana⁴, la Universidad de Monash y la Sociedad Británica de Psicología⁵ han publicado manuales donde comparten lineamientos, consejos y métodos para terapeutas sobre cómo trabajar con intérpretes. Retomaré este tema más adelante al hablar sobre el encuadre.

² Victorian Transcultural Psychiatry Unit, VTPU.

³ Australian Institute of Interpreters and Translators, AUSIT.

⁴ Australian Psychological Society, APS.

⁵ British Psychological Society, BPS.

En primer lugar, referiré brevemente algunos estudios sobre el papel del intérprete y sobre los errores en la interpretación y sus consecuencias, ahora específicamente en el ámbito de la salud mental. En la literatura sobre el rol del intérprete en ámbitos de salud mental, destaca la investigación de Bot (2005), quien se centra en los roles del intérprete (mediador o máquina de traducción). Bot no clasifica al intérprete como promotor de una postura o de un discurso (comunitario, cultural o institucional), sino que se centra en el papel del intérprete como mediador y gestor de la comunicación, contrario al ideal prescriptivo del intérprete como una máquina de traducción. Por otra parte, Bot estudia el uso de la primera o tercera persona, así como la prescripción teórica y la puesta en práctica o no del discurso directo (*direct reported speech*) así como sus implicaciones. Asimismo, reflexiona sobre la dirección de la sesión psicoterapéutica y la gestión de los turnos de palabra, los roles del intérprete, el posicionamiento físico de los participantes (intérprete, terapeuta y paciente), la actitud del intérprete, las técnicas para lidiar con dificultades en la interpretación, el concepto de equivalencia, los problemas de comunicación y los modelos de cooperación entre el intérprete y el terapeuta. Bot concluye que el intérprete constituye un elemento integral de este tipo de psicoterapia, esencialmente distinta a la psicoterapia monolingüe, pues el intérprete influye en el diálogo a través de sus decisiones en la interpretación. Destaca que la gestión por parte del terapeuta es esencial a pesar de que éste solo puede estar parcialmente a cargo, puesto que no se entera de lo enunciado por el paciente sino *a posteriori*, cuando el intérprete lo enuncia en el idioma meta. Reconoce la dificultad de encontrar un equilibrio adecuado en la longitud de los turnos. Bot se pregunta si el modelo de máquina de traducción constituye un obstáculo a la comunicación, dado que no favorece que se verifique continuamente si la comunicación fluye de manera adecuada. Llega a la conclusión de que, en efecto, no es el modelo a seguir, pues niega la presencia del intérprete y su injerencia inevitable en el contenido, estructura y organización de la sesión. Propone, en cambio, una versión restrictiva del modelo interactivo, es decir: turnos breves, dirección del terapeuta, intervenciones (del intérprete) para verificar información y retroalimentación entre el paciente y el terapeuta.

Revisemos ahora los estudios sobre los errores de interpretación en salud mental que han destacado la importancia de trabajar con intérpretes profesionales, pues señalan que la

interpretación por parte de un intérprete no profesional puede comprometer el diagnóstico del paciente. Asimismo, muestran que el idioma en que se realiza la terapia y el diagnóstico afectan a la precisión y a los resultados obtenidos. Los autores resaltan la importancia de que la evaluación diagnóstica y el seguimiento terapéutico se realicen en la lengua materna del paciente. De igual modo, describen los riesgos de una evaluación errónea al emplear una lengua distinta a la materna.

2.2.1 El papel de la lengua materna en el diagnóstico

El metaestudio de Bauer y Alegría (2010) da cuenta de los efectos de la presencia de intérpretes no profesionales y profesionales en la atención psiquiátrica en consultas con pacientes con conocimientos de inglés limitado. Los autores se centran en los efectos en el diagnóstico y la evaluación del paciente, los errores de interpretación, los niveles de satisfacción de los pacientes respecto a la atención recibida y el seguimiento de las prescripciones. Concluyen que la evaluación de un paciente en una lengua distinta a la materna puede llevar a un diagnóstico incompleto o erróneo de la salud mental del paciente. Observan errores de interpretación tanto en intérpretes no profesionales como profesionales. Sin embargo, afirman que los errores de los intérpretes no profesionales podrían tener un impacto clínico mayor y comprometer la evaluación psiquiátrica al llevar a un diagnóstico menos preciso o al obstaculizar la detección de pensamiento errático o delirante. Bauer y Alegría argumentan que trabajar con intérpretes profesionales podría favorecer la comunicación abierta entre los participantes, mejorar los niveles de satisfacción del paciente y la remisión de los mismos a atención especializada.

Bauer y Alegría comparan dos estudios realizados con pacientes con esquizofrenia, en los que se evaluó a los pacientes conforme a la Escala de Calificación Psiquiátrica Breve. El primer estudio fue realizado por Marcos *et al.* (1973) y el otro por Price y Cuellar (1981). Las evaluaciones de dichos estudios proporcionaron resultados dispares y contradictorios entre sí. En el estudio de Marcos *et al.* (1973), psiquiatras anglófonos e hispanohablantes evaluaron a pacientes hispanos con conocimientos del inglés (*conversant in English*). Las

evaluaciones en inglés reflejaron calificaciones más altas en la subescala de ansiedad, aislamiento afectivo, estado depresivo y hostilidad. Al parecer, elementos como el ritmo del discurso y la fluidez incidieron en las evaluaciones en inglés. Por otra parte, en el estudio de Price y Cuellar (1981), evaluadores bilingües calificaron a los pacientes tanto en inglés como en español y hallaron notas más altas en evaluaciones en español. Existen varios factores que pudieron haber contribuido a las discrepancias; por ejemplo, se identificó que los pacientes respondieron de manera distinta según el idioma de la interacción. Se utilizó con mayor frecuencia el tiempo presente en inglés, lo cual indicó la presencia de síntomas actuales. Bauer y Alegría consideran que la fluidez y el ritmo del discurso pudieron haber influido en las evaluaciones. Destacan que la evaluación en el estudio de Price y Cuellar fue realizada por evaluadores bilingües, quienes pudieron haber atribuido las dificultades comunicativas al uso de una segunda lengua y no a cuestiones psicopatológicas.

En torno al tema del idioma, Griner y Smith (2006) sostienen que, cuando el paciente y el intérprete hablan el mismo idioma y coinciden en origen étnico, la probabilidad de que el paciente abandone la terapia disminuye. Asimismo, es más probable que el paciente se sienta satisfecho con la intervención terapéutica. Otros autores, como Brown y Weisman de Mamani (2017), afirman que una evaluación en el idioma no nativo del paciente podría llevar a una percepción errónea —atenuada— de sus síntomas y a un diagnóstico equivocado.

Brown y Weisman analizan entrevistas a individuos con esquizofrenia realizadas en su lengua materna o en una lengua extranjera. Señalan que aquellos entrevistados en su lengua materna reportan síntomas más severos de psicosis que los entrevistados en una segunda lengua. Sus hallazgos coinciden con los de estudios previos de otros investigadores tales como Del Castillo (1970), Hemphill (1971), Malgady y Costantino (1998) y Price y Cuellar (1981). Su investigación permite vislumbrar que existe una conexión entre la psicosis y la lengua materna: una conexión afectiva, cognitiva y neurológica, que se atenúa con el uso de una lengua extranjera. Al no comunicarse en su lengua materna, el paciente hace uso de nuevas regiones cerebrales y procesos cognitivos distintos. El uso de la lengua materna involucra un proceso automático; por el contrario, expresarse en una lengua extranjera

involucra esfuerzo, control y el uso de la memoria declarativa. Consecuentemente, el individuo se desconecta del componente afectivo, central en la psicosis.

Independientemente de que las diferencias en los resultados se deban a una falta de léxico, al dominio limitado de la lengua extranjera para expresar los síntomas o a la falta de concentración en la tarea de descripción por la necesidad de expresarse en una segunda lengua, el resultado es una valoración distinta del paciente y su estado de salud.

2.2.2 Problemáticas en la interpretación

En la interpretación médica se pueden determinar las posibles consecuencias de los errores de interpretación, pues presentan manifestaciones físicas o medibles en el cuerpo humano: una enfermedad, sobredosis, reacción alérgica, expresión errónea de los síntomas. En la interpretación en salud mental los errores y sus consecuencias podrían ser menos tangibles, pero igualmente importantes, pues podrían conducir, por ejemplo, a un diagnóstico erróneo del estado psíquico del paciente o, en el peor de los casos, a la muerte.

Se puede constatar un ejemplo de ello en un estudio sobre detección de síntomas psicóticos en pacientes inmigrantes latinoamericanos en consultorios médicos urbanos en Estados Unidos donde Olfson *et. al.* (2002) alertan sobre el riesgo latente de una evaluación errónea del estado de salud mental de los pacientes hispánicos. El riesgo está vinculado a diferencias lingüísticas y culturales que dificultan la interpretación de los síntomas psicóticos y que pueden llevar a diagnósticos erróneos de esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. Estos errores se producirían, por ejemplo, en la detección de síntomas como delirios paranoicos y de control.

Este tipo de estudios resalta la necesidad de permitirle al paciente recibir atención médica, psicológica y psiquiátrica en su lengua materna, ya sea con un médico hablante o a través de un intérprete. De lo contrario se corre el riesgo de realizar un diagnóstico incorrecto y de prescribir un tratamiento erróneo o trunco y de no detectar un padecimiento que pueda afectar

gravemente la vida del paciente y que, finalmente, implique negarle el acceso a la salud y la atención médica plenas.

Como sostiene Black (2019), si un individuo no puede recibir un servicio en su idioma de preferencia, se le está privando del acceso equitativo a dicho servicio. En Estados Unidos, hay quienes pueden mantener una conversación y llevar su vida diaria en inglés. No obstante, podrían enfrentar dificultades en el momento de intentar expresar plenamente sus vivencias y recibir de manera efectiva un servicio de salud mental en inglés.

Al igual que en el ámbito sanitario, en el ámbito de la salud mental se ha analizado la perspectiva de los participantes. Por ejemplo, el estudio de Echauri Galván (2014), correlaciona las perspectivas de los intérpretes con las de terapeutas. En la misma línea que Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2001), Echauri Galván concluye que la mayoría de los profesionales sanitarios considera que los intérpretes deben respetar las características del discurso original y no eliminar las muestras de dudas o titubeos en el discurso. Destaca que es necesario respetar las anomalías en el discurso, puesto que pueden ayudar al diagnóstico de trastornos psicológicos como se mencionará más adelante. En su investigación, Echauri también destaca que alrededor del 90 % de los intérpretes y médicos entrevistados expresaron la opinión de que el intérprete debe desempeñar un papel activo en la conversación, pues un buen intérprete sabe cómo gestionar la conversación para evitar tener que hacer aclaraciones y repeticiones que podrían ralentizar el ritmo de la interacción. Por el contrario, como vimos anteriormente, Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2001) destacan que gracias a un ritmo lento y a la constante verificación de la información, se pueden evitar errores y se logra una mejor comunicación.

Otro ejemplo de un estudio que refleja la opinión de los participantes es el de Resara *et. al.* (2014), quienes refieren entrevistas realizadas a 12 intérpretes que trabajan con inmigrantes en ámbitos terapéuticos al sur de Inglaterra. En él, los entrevistados resaltan elementos específicos a los que es necesario atender en el ámbito de la salud mental. Por ejemplo, prestar atención a las diferencias relativas a la cultura, a la inclinación religiosa y a la ideología política, así como el género, puesto que todo ello puede influir en el establecimiento de una buena relación entre el intérprete y el paciente.

Estos últimos dos puntos sobre las cualidades necesarias y los elementos específicos a los que hay que prestar atención se enuncian igualmente en las directrices de asociaciones de salud mental y los retomaré más adelante en el apartado cuatro.

Los intérpretes entrevistados mencionan que entre las cualidades necesarias para ser intérprete de salud mental destacan el dominio de los idiomas de trabajo, el conocimiento sobre los problemas de salud mental, la empatía, la capacidad de escucha, los conocimientos culturales, la confidencialidad, la paciencia y la imparcialidad. Subrayan la necesidad de generar confianza y el uso del lenguaje corporal, el contacto visual y la actitud de apertura con este fin.

Las entrevistas también versan sobre las dificultades y particularidades de la interpretación en salud mental. Los intérpretes expresan la dificultad de no involucrarse emocionalmente, de interpretar y comunicar el mensaje independientemente de su opinión respecto a lo enunciado por el paciente. Señalan que les resulta difícil apegarse al rol que prescribe la invisibilidad del intérprete.

Los entrevistados narran que, en ocasiones, se ven forzados a desempeñar un papel más allá del prescrito (neutro, invisible), por ejemplo, al tener que aclarar información sobre constructos culturales. Así, un intérprete relata que una paciente le preguntó si tener que acudir con el psicólogo implicaba que estaba loca, pero este tipo de preguntas e intervenciones debería hacerlas al terapeuta.

Como podemos ver, el papel que llega a desempeñar el intérprete dista mucho del ideal presentado por modelos como el del “conducto” (*conduit model*) o de la “máquina de traducción”. Debido a las características tan particulares del ámbito psicoterapéutico, la presencia de un intérprete en la terapia inevitablemente tiene consecuencias sobre la misma: influye en la dinámica de la comunicación y en el aspecto emocional. Estos temas también han sido estudiados, como veremos a continuación.

2.2.3 El aspecto emocional, la transferencia y la empatía

Revisemos en primer lugar las consecuencias de la presencia física del intérprete en la sesión terapéutica. En contextos triádicos, es necesario reconocer las relaciones entre los tres participantes, a saber, el terapeuta, el intérprete y el paciente. Kluge (2020) afirma que esperar que un intérprete sea un transmisor neutro es ilusorio, pues interviene en la relación de manera consciente e inconsciente. Goguikian Ratcliff y Pereira comparten su perspectiva y sostienen que “la presencia de un intérprete inevitablemente modifica el proceso terapéutico” (2019, p. 2). De manera similar, Tribe y Keefe (2008) argumentan que la presencia de un participante adicional siempre es significativa, pues afecta a la dinámica de la interacción. Destacan que en una terapia con mediación de un intérprete, la transferencia⁶ se vuelve más compleja. Kluge menciona que en las interacciones triádicas, cada participante hace uso específico del lenguaje y tiene su propia narrativa, personalidad y función. El intérprete forma parte del proceso terapéutico y su mediación tiene repercusiones en el vínculo paciente-terapeuta. Hay emociones que pueden surgir o depositarse en cualquiera de los tres participantes, por ende, es necesario comunicar y reflexionar sobre cualquier confusión, desarrollo o estancamiento en el proceso. Los malentendidos pueden tener un origen lingüístico, cultural, psicodinámico o de dinámica grupal y es necesario explorar sus distintos niveles para diferenciarlo.

Hsieh y Hong (2010) realizaron un estudio sobre el apoyo emocional de los intérpretes en ámbitos sanitarios en el que se entrevistó a 39 médicos sobre sus expectativas y preocupaciones en torno al apoyo emocional por parte de los intérpretes. Los médicos expresaron que el apoyo emocional por parte de los intérpretes se materializa a través de su presencia física: por el hecho de que en la sala haya alguien que hable la misma lengua, que escuche, que esté presente. Opinaron que el intérprete constituye una extensión de la atención proporcionada por el terapeuta o médico. Sin embargo, es necesario tener cuidado porque implica riesgos. Por ejemplo, podría generar confusión en torno al papel del intérprete, su responsabilidad y el servicio que debe proporcionar, lo cual podría tener consecuencias clínicas. Por otra parte, el intérprete tampoco puede dar la impresión de estar desligado

⁶ La transferencia es un concepto propuesto por Freud (1895, 1901, 1912) para designar el dispositivo que se organiza en la situación analítica y que permite la asociación libre y el análisis (Bustos Arcón, 2016, p. 98).

emocionalmente, porque esto puede tener consecuencias en aspectos emocionales de la atención. Varios médicos señalaron que hay emociones que los intérpretes deben ocultar, como el asombro. Es necesario tener cuidado en que el paciente no acabe confiando más en el intérprete que el médico y que el intérprete no interfiera en el tratamiento. Los autores advierten sobre el riesgo de que el médico no cuente con la confianza del paciente y por ende no pueda contenerlo en casos de crisis: “no sólo se trata de establecer un vínculo, sino que la relación médico-paciente cumple con funciones terapéuticas” (Hsieh y Hong, 2010, p. 195). Reconocen que el apoyo del médico y el intérprete se entrelaza y es difícil de separar, alientan a que ambos trabajen de consuno para apoyar al paciente de forma complementaria. A pesar de dichas dificultades, Hsieh y Hong afirman que el apoyo emocional por parte de los intérpretes ha contribuido a que los pacientes sean más receptivos a las sugerencias de tratamientos y que la actitud del intérprete tiene un efecto en el estado de ánimo del paciente.

La presencia del intérprete puede generar distintas emociones en los participantes. Por ejemplo, Bolton (2002) advierte sobre posibles emociones que podrían experimentar los participantes en la interacción triádica: el terapeuta y el paciente pueden llegar a sentirse aislados al no dominar ambas lenguas. Es importante alertar a los participantes sobre esto en el encuadre y tenerlo en mente. En este mismo orden de ideas, Kluge señala que puede ocurrir que el terapeuta sienta que no tiene o ha perdido el control sobre la principal herramienta de trabajo, el habla, lo cual podría llevar a que el terapeuta experimente sentimientos adversos hacia el intérprete o que el terapeuta se sienta distanciado de los “Otros” o que sienta desconfianza o incertidumbre. Estas emociones son parte de la dinámica de esta forma de trabajo y no deben dejarse de lado, sino trabajarse. Tribe y Keefe (2008) señalan la posibilidad de que el terapeuta se sienta amenazado o expuesto por la presencia de un tercero que observa su trabajo. Mencionan que “alguno de los participantes puede sentirse excluido en algún momento (...) el apego puede desplazarse constantemente en una relación triádica” (Tribe y Keefe, 2008, p. 8).

En esta línea, Pugh y Vetere (2009) refieren una investigación sobre cómo la presencia del intérprete afecta a la empatía en la terapia. A partir de entrevistas a 10 terapeutas sobre los efectos de la presencia de intérpretes en la calidad de la comunicación empática, reportan que

existe la preocupación entre terapeutas de que la participación de un intérprete dificulte el establecimiento del vínculo entre paciente y terapeuta: la “alianza terapéutica”. Pugh y Vetere definen la empatía como “la capacidad de percibir y entender qué piensa, experimenta y siente el paciente en un momento específico” (2009, p. 2). Señalan que la empatía es de importancia primordial en la terapia, pues determina el resultado de la misma. Refieren que autores como Hamilton (2001) y Watson (2002) han identificado la empatía del terapeuta como “el factor más curativo en la práctica psicoterapéutica” (p. 3).

La alianza terapéutica “designa la relación de confianza y colaboración que se establece entre un paciente y su terapeuta [...] un vínculo positivo entre ellos” (Goguikian Ratcliff y Pereira, 2019, p. 4) se conforma de un “componente afectivo, es decir un clima propicio para un intercambio [...] y una dimensión cognitiva, también llamada alianza de trabajo [...] un acuerdo sobre los objetivos generales del tratamiento y los medios que se implementarán para lograrlos” (Goguikian Ratcliff y Pereira, 2019, p. 4). La alianza terapéutica implica entonces un acuerdo sobre un proyecto terapéutico en común.

Los terapeutas entrevistados por Pugh y Vetere (2009) reportan tener preocupaciones sobre los cambios el intérprete podría hacer en el mensaje, como el hecho de que incluya sus propias interpretaciones o que provoque cambios cualitativos en mensajes empáticos. Notan una mayor dificultad para establecer un vínculo y conexión empática con la presencia de un intérprete y dificultad para evaluar la recepción de la empatía. Señalaron que las diferencias culturales entre el intérprete y el cliente parecían alterar la calidad de la empatía terapéutica, por ende, animan a que se consideren las diferencias culturales y el papel de la cultura en la psicoterapia. Resaltan la importancia de promover un espíritu de comprensión y de confianza entre el cliente y el intérprete (Pugh y Vetere, 2009). Destacan la necesidad de formar al intérprete sobre la empatía. Me parece que ello es importante pues la empatía deviene de un proceso de confianza, de un ambiente seguro que debe procurar el terapeuta y del que debe ser consciente el intérprete.

Por otra parte, los entrevistados reconocen la pérdida o la dificultad acrecentada del reconocimiento de aspectos no verbales en la comunicación con intérpretes, quienes proporcionan indicios sobre aquello que experimenta o siente el paciente. La falta de contacto

visual con el paciente también dificulta la expresión de empatía. Los entrevistados señalan la necesidad de que el intérprete cuide el tono de voz y la forma de comunicar el mensaje puesto que constituyen elementos empáticos en el mensaje y por ende, información que debe incorporarse en la interpretación para asegurar la calidad de las intervenciones. (Pugh y Vetere, 2009, p. 12). Asimismo, alientan a que la comunicación no verbal por parte del paciente sea dirigida al terapeuta y a que los intérpretes imiten y traten de transmitir el tono y la expresividad en los mensajes.

Bot (2015) destaca la importancia del comportamiento paralingüístico y no verbal, así como del tono, a través de los cuales se expresa la empatía. Refiere que un comité que daba seguimiento a quejas sobre intérpretes en audiencias de asilo concluyó que la mayoría de las quejas no estaban ligadas a “traducciones inadecuadas”, sino a problemas de “actitud”. Enfatiza que los intérpretes deben cuidar su lenguaje corporal, pero también su entonación, dicción y otros factores paralingüísticos, sobre todo al trabajar por teléfono, ya que dichos factores le dan forma a la “sensación (*the feel*)” del encuentro.

Como podemos observar, conviene considerar las preocupaciones en torno a la sensación de pérdida de control, el aislamiento y la empatía al momento de decidir entre el uso de la simultánea y la consecutiva y por ende al decidir sobre la presencia o ausencia física del intérprete en el espacio de la terapia. Las investigaciones también aportan información valiosa sobre la necesidad acrecentada, en ámbitos psicoterapéuticos, de que el intérprete preste especial atención a la producción —la entonación, la expresividad en la voz, la dicción y las inflexiones de la voz—, ya que todos estos elementos afectan a la empatía que se percibe en un mensaje.

El intérprete no solo genera un efecto emocional a través de su presencia, sino que también está expuesto a resultar afectado y conmovido a partir de su participación en una sesión de psicoterapia. Por ende, no quisiera dejar de mencionar algunas consideraciones en torno al cuidado emocional del intérprete.

Jidong *et al.* (2020) advierten que los intérpretes están expuestos a problemas emocionales como depresión, enojo, ansiedad, paranoia o pesadillas. Pueden sentirse abrumados,

impotentes o culpables respecto a la exactitud del mensaje que intentan transmitir. Sin embargo, no tienen las herramientas con las que cuentan los terapeutas: la supervisión y la revisión periódica de casos con colegas son herramientas que se les debería proporcionar, también se les debería capacitar para manejar el estrés.

Benjamin *et al.* (2016) concuerdan y afirman que las sesiones posteriores a terapia son cruciales en el trabajo con intérpretes. Resaltan los siguientes elementos como característicos de una buena supervisión: entender las particularidades de la interpretación desde el punto de vista emocional, ético, de carga laboral y de las dinámicas del trabajo en equipo institucional. Destacan la importancia de delimitar los límites profesionales y personales, de prestar atención al impacto emocional, al *burnout* o síndrome de desgaste profesional y a las reacciones potenciales en el intérprete. Mezcua (2010) también alerta sobre la posibilidad de que el intérprete padezca desgaste profesional, trauma vicario y ansiedad.

En esta misma línea, Searight considera que es necesario advertir al intérprete sobre temas sensibles que podrían surgir en la terapia (ideación suicida, historial de abuso) (Searight, 2009, p. 3). Recomienda estar alerta para poder proporcionar apoyo emocional al intérprete en caso de que pudiera generarse alguna reacción o recuerdo traumático en el mismo. Miletic *et al.* señalan que es necesario tener cuidado al trabajar con intérpretes refugiados o víctimas de tortura, pues los contenidos que surgen en las sesiones podrían provocar respuestas emocionales muy fuertes y detonar reacciones vinculadas con las vivencias del intérprete (2006).

En vista de las múltiples particularidades de la interpretación en ámbitos de salud mental, varios investigadores han reparado en la necesidad de formar a intérpretes y a psicoterapeutas sobre cómo trabajar juntos con el fin de facilitar su labor conjunta. Las directrices de la Sociedad Británica de Psicología y aquella de la Sociedad de Psicología Australiana también hacen hincapié en dicha necesidad. A continuación mencionaré algunos puntos relativos a la preparación de los profesionales involucrados en las psicoterapias con mediación de un intérprete.

2.2.4 Recomendaciones para la formación para intérpretes y terapeutas

Entre los diferentes estudios en la materia, destaca el de Bischoff (2003a), quien reconoce que el uso de intérpretes en los servicios médicos requiere que se capacite tanto a los intérpretes como a los profesionales de la salud que trabajan con ellos. Dicho estudio refiere una evaluación del impacto de la formación dirigida a médicos sobre cómo trabajar con intérpretes, realizada en la clínica del Departamento de Medicina Comunitaria en Ginebra, Suiza. En el estudio se elaboraron los siguientes materiales para dicha capacitación: un tríptico con directrices sobre cómo trabajar con intérpretes, un manual sobre interpretación tanto para los médicos como para los intérpretes, módulos sobre atención sanitaria a migrantes e interpretación para los médicos y módulos para intérpretes en el ámbito sanitario.

Con el fin de mejorar la comunicación entre intérpretes y el personal sanitario, se impartieron talleres a los médicos sobre cómo trabajar con intérpretes, cómo planear y agendar consultas con servicio de interpretación. Las consultas se organizaron en 5 etapas: planeación de la consulta previa a la llegada del paciente, al inicio de la consulta, durante la misma, cierre de la consulta y la sesión de retroalimentación tras la partida del paciente. Otros talleres versaron sobre el rol y las funciones de intérpretes sanitarios, el código de ética, la gestión del estrés, entrevistas a pacientes con estrés postraumático con asistencia de intérpretes, las dinámicas de grupo en comunicación trídica, la confidencialidad, las técnicas de negociación en comunicación intercultural y las ventajas y desventajas de las consultas con interpretación.

Tras las sesiones de capacitación, los pacientes reportaron una evolución favorable en las consultas. Los médicos, por su parte, no percibieron diferencias en la comunicación. Sin embargo, sí se observó mayor concientización y sensibilidad en los médicos respecto a las dificultades comunicativas en este tipo de interacciones. El estudio sugiere que la comunicación con pacientes alófonos podría mejorar tras las sesiones de formación.

Otros autores como Kluge (2020), Mezcuca (2010), Mirdal *et al.*, (2011), Tribe y Thompson (2017) y Searight (2009) reconocen la importancia de que los intérpretes y terapeutas reciban

una formación sobre cómo trabajar juntos y destacan las siguientes recomendaciones en torno a la capacitación:

Para el intérprete

- El intérprete debe estar al tanto de las implicaciones del empleo del lenguaje en la psicoterapia y sus posibles consecuencias en la interpretación. Asimismo, deberá estar consciente de las implicaciones de la literalidad, de los cambios de parámetros de calidad y las repercusiones de las modificaciones en el discurso interpretado para así evitar errores y poder dar comentarios sobre elementos observados en caso de que el terapeuta los solicite.
- Resulta muy útil conocer la terminología básica en psicoterapia: los conceptos básicos, síntomas y enfermedades (Mezcua, 2010). Tener estos conocimientos facilita la labor del intérprete al tener una comprensión de qué, cómo y con qué finalidad se está trabajando. De la misma manera, el intérprete verá facilitada su tarea si entiende qué ocurre en la situación comunicativa y reducir elementos que generen confusión, sorpresas o reacciones emocionales que distraigan al intérprete.
- Es conveniente que el intérprete conozca la cultura y los valores de las lenguas de trabajo (Mezcua, 2010; Resara *et. al.*, 2014; Searight, 2009).
- Se recomienda que el intérprete desarrolle capacidades de improvisación y de búsqueda de soluciones a través de métodos prácticos y juego de roles (Mezcua, 2010).
- El trabajo en ámbitos de salud mental requiere que el intérprete cuente con ciertas cualidades personales para el trabajo emocional: la empatía, el respeto y la sensibilidad (Farook y Fear, 2003; Resara *et. al.*, 2014). Dichas cualidades son cruciales, pues la creación de una relación de confianza y una buena alianza terapéutica. La compasión y la empatía, constituyen factores esenciales en el proceso terapéutico que contribuyen a la cura (Mirdal *et al.*, 2011). En este sentido, es necesario entender la terapia como un encuentro humano con una persona en busca de ayuda, como un acto de compasión (Mirdal *et al.*, 2011).

- Se recomienda que el intérprete conozca las dificultades personales o emocionales a las que se pueden enfrentar y que desarrolle estrategias para enfrentarlas (Mezcua, 2010).

Para el terapeuta

- Resulta muy favorable que el terapeuta reciba capacitación sobre el método de trabajo con un intérprete (Tribe y Thompson, 2017).
- Entender qué hace el intérprete y las dificultades a las que se enfrenta en su labor le permitiría al terapeuta ser paciente, contar con más recursos para notar fallas en la comunicación y saber qué preguntas o intervenciones hacer en esos casos. Además, le permitiría anticipar y planear posibles fuentes de malentendidos, incomprensión, lagunas o puntos ciegos en el diagnóstico.
- El terapeuta debe estar al tanto de las dificultades en relaciones triádicas, así como de las formas de prever, identificar y atenderlas (Tribe y Thompson, 2017).

Considero que los estudios mencionados constituyen una aportación sumamente valiosa a la investigación e incluso para la práctica de la interpretación en ámbitos de salud mental. Sin embargo, algo que requiere una especial revisión es la falta de distinción entre los distintos tipos de psicoterapias existentes. La literatura actual parece englobar todo tipo de terapias de salud mental por igual, ignorando las diferencias sumamente significativas que existen entre ellas; diferencias que trataré de describir a grandes rasgos a continuación.

3 TÉCNICAS DE INTERPRETACIÓN Y SU APLICACIÓN A LOS DIFERENTES TIPOS DE PSICOTERAPIA

3.1 Los distintos tipos de psicoterapia

Las psicoterapias son métodos de tratamiento psicológico basados en la comunicación con un terapeuta, a menudo psiquiatra o psicólogo, formado en la técnica psicoterapéutica que aplica (Passerieux, 2000). Laplanche y Pontalis definen las psicoterapias como “todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc.” (1996, p. 324). Existen numerosos métodos de psicoterapia, cada uno con sus particularidades. Cada psicoterapia conlleva un modelo teórico distinto, una forma de interacción y relación particular entre el paciente y el terapeuta, una concepción distinta de la cura y un uso específico del lenguaje. Passerieux (2000) afirma que se pueden contar hasta varias centenas de psicoterapias.

El tipo de terapia que se adopte con un paciente depende de las expectativas que tenga el paciente de la terapia, los objetivos que desee alcanzar, los medios que esté dispuesto a emplear para ello, su estructura psicológica y sus síntomas. Según Passerieux (2000), el éxito de una psicoterapia depende fundamentalmente de la calidad del terapeuta y de su dominio de la técnica empleada, así como de la calidad de la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente. Passerieux distingue entre psicoterapias individuales y de grupo. Existen también distintas psicoterapias que se distinguen entre sí por su técnica, finalidad, duración y tipo de interacción. En la presente tesina describiré brevemente los siguientes tipos de psicoterapia: psicoanalítica, de apoyo, de esclarecimiento, cognitivo-conductual (TCC), humanista y sistémica.

3.1.1 Psicoterapias psicoanalíticas

Las psicoterapias psicoanalíticas “tratan de reconstruir la personalidad mediante un procedimiento de acceso a la conciencia de los conflictos inconscientes” (Passerieux, 2000, p. 1). Las bases teóricas del psicoanálisis fueron establecidas por Sigmund Freud quien desarrolló un método de exploración del inconsciente. Freud planteó que determinados comportamientos y síntomas (neuróticos), los sueños y los actos fallidos son un reflejo de los conflictos intrapsíquicos inconscientes del sujeto, forjados a lo largo de su vida y sobre todo

de sus primeros años. Durante la terapia psicoanalítica, el paciente recuerda y revive dichas escenas inconscientes y para ello se le pide que exprese todo lo que le venga a la mente, aunque no tenga lógica, le parezca una tontería o le provoque vergüenza. Se trata de que el paciente exprese libremente frente al psicoanalista “todo lo que piensa y siente sin centrarse en la exactitud ni en la lógica: es la regla de la asociación libre” (Passerieux, 2000, p. 4). La regla de la asociación libre de Freud indica que “el analizante debe verbalizar todo lo que le venga a la mente por nimio o absurdo que parezca, con la garantía de que su palabra vale” (Aguado *et al.*, 2011). Esta regla se le comunica explícitamente al paciente, puesto que se considera necesaria y útil para el desarrollo de la terapia.

Durante el tratamiento, el paciente experimentará diversos tipos de mecanismos de defensa, como la “resistencia”⁷ a expresar aquellos conflictos que le generan sentimientos de culpa o vergüenza y que generalmente se ubican en el ámbito de lo inconsciente. Asimismo, desarrollará vínculos afectivos particulares e intensos hacia el analista y depositará en él sentimientos experimentados hacia personajes que fueron importantes en su infancia y a lo largo de su vida. Así, los modos de relación del paciente se inscribirán en su relación con el analista y podrán ser examinados en la terapia. Los vínculos afectivos particulares serán interpretados por el analista bajo el concepto de “transferencia”. La interpretación de la transferencia representa una de las fórmulas elementales en la aplicación de la técnica psicoanalítica.

Las terapias psicoanalíticas se caracterizan por que en la situación terapéutica, el terapeuta se alía y busca fortalecer al “yo”⁸ del paciente, que se encuentra debilitado por el “ello”⁹ y el

⁷ Laplanche y Pontalis definen la resistencia como “todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente” (2004, p. 384).

⁸ En su segunda teoría del aparato psíquico, Freud distingue entre tres instancias: el “ello”, el “yo” y el “superyó”. Laplanche y Pontalis (2004) los definen de la siguiente manera: el “yo” “se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del “superyó” y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa (...) el “yo” representa eminentemente, en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 457).

⁹ El “ello” constituye “el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos”. Para

“superyó”¹⁰. Siguiendo la regla fundamental del psicoanálisis, a saber, la asociación libre, el paciente exterioriza todo lo que se le ocurra, sin importar cuán trivial, agobiante, insensato o penoso le parezca. Lo expresado puede referirse incluso a la situación terapéutica en sí, a temores del pasado o del futuro, a sus recuerdos, entre otros aspectos. A cambio, el terapeuta promete total discreción. Por su parte, el terapeuta practica la regla de la abstinencia, es decir, se abstiene de toda acción o valoración con respecto al paciente. No lo consuela, ni adoctrina, ni aconseja. El terapeuta mantiene una “atención flotante” respecto a lo referido por el paciente, manteniéndose receptivo hacia todos los aspectos por igual (Kriz, 1990).

El psicoanálisis tiene como objetivo la reestructuración de la personalidad a través de la reelaboración sistemática de la regresión transferencial (Fiorini, 2004). La terapia psicoanalítica es una terapia a largo plazo, sin una duración definida en un inicio. Se caracteriza por un manejo particular de los silencios. El analista mantiene cierto margen de indefinición personal (Fiorini, 2004). La técnica psicoanalítica genera:

... una relación terapéutica complementaria compleja, capaz de movilizar una intensa ambivalencia en el paciente [...] el analista está siempre *one-up*, pero lo niega en parte al ceder al paciente la iniciativa de la verbalización y de los silencios; y simultáneamente refuerza la complementariedad con su estilo interpretativo, en el que siempre sobre la transferencia él tiene la última palabra (Fiorini, 2004, p.53).

No podemos hablar de un psicoanálisis como un área de estudio unificada. El discurso en el psicoanálisis es complejo y polisémico, cuenta con múltiples niveles de significación, así como con diversas escuelas que difieren considerablemente en sus postulados teóricos y abordajes clínicos; entre ellas destacan la escuela freudiana, la lacaniana, la jungiana, por mencionar algunas. Cada una cuenta con sus propias modificaciones a la técnica y cada una

Freud es “el reservorio primario de la energía psíquica (...) que entra en conflicto con el yo y el superyó” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 112).

¹⁰ El “superyó” cumple una función “comparable a la de un juez o censor con respecto al yo”. En el individuo desempeña las funciones de “conciencia moral, autoobservación, formación de ideales (y) se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 416).

hace énfasis en cierto tipo de elementos discursivos que el paciente proporciona durante el proceso terapéutico.

En las terapias de corte psicoanalítico, se busca que las intervenciones del analista sean muy puntuales, esto con el fin de permitir el flujo de conciencia del paciente (Fiorini, 2004).

3.1.2 Psicoterapias de apoyo

Las psicoterapias de apoyo tratan de lograr una atenuación o supresión de los síntomas, la recuperación del equilibrio homeostático y el alivio de la ansiedad (Fiorini, 2004). Buscan una flexibilización de actitudes rígidas (Passerieux, 2000). A menudo se asocian con otros métodos terapéuticos, como los medicamentos psicotrópicos. La acción psicológica se lleva a cabo reforzando en el paciente sus procesos psicológicos más maduros y mejor adaptados, pero no busca ningún cambio profundo de la personalidad. El método empleado varía según el terapeuta, pero busca ante todo establecer una relación abierta y agradable, basada en la tolerancia y en la empatía: el terapeuta se pregunta qué es lo que siente su paciente (Passerieux, 2000). Asimismo, se busca establecer un vínculo reasegurador y protector (Fiorini, 2004). La intervención del terapeuta es activa: da consejos (cuyo empleo debe ser prudente y matizado para no infantilizar demasiado al paciente), ánimos y valorización de actitudes positivas, sugestión y persuasión, y ayuda para expresar verbalmente los sentimientos. Las sesiones también pueden servir para informar, incluso para educar al paciente sobre el trastorno que padece, con el fin de reforzar la asociación terapéutica con el psiquiatra o con el médico.

De acuerdo con Fiorini, la terapia de apoyo consiste en establecer un vínculo terapéutico protector y orientador con el paciente. Este vínculo se ofrece como eventual modelo de aprendizaje y se ensayan conductas y comportamientos diferentes durante la experiencia terapéutica (Fiorini, 2004). Fiorini afirma que “la eficacia de esta terapia depende, en buena medida, de la influencia correctora del vínculo real con el terapeuta” (2004, p. 49). Debe existir la menor ambigüedad posible sobre la relación interpersonal y sobre los roles: se

define explícitamente el rol subordinado del paciente y la posición superior del terapeuta, quien tiene una función de protector y es muy cercano al paciente. Asimismo, deben evitarse los silencios y la distancia afectiva del terapeuta mediante una actitud activa de diálogo por parte de este. El terapeuta debe tener capacidad empática para fomentar que el paciente se sienta escuchado y comprendido. Las interpretaciones dirigidas a esclarecer las motivaciones de la conducta del paciente son opcionales puesto que no es esencial que el paciente entienda el significado de sus trastornos. Las intervenciones del terapeuta son sobre todo sugestivo-directivas. El universo del discurso en la terapia de apoyo es simple.

3.1.3 Psicoterapia de esclarecimiento

La terapia de esclarecimiento busca la recuperación del equilibrio homeostático que se expresa a través del alivio de los síntomas. Tiene como objetivo que el paciente desarrolle una actitud de auto-observación y autocomprensión, que entienda las motivaciones y conflictos de sus dificultades (Fiorini, 2004). El terapeuta tiene un rol de docente y de él se requiere una actitud cálida, activa, que favorezca el diálogo y que proporcione explicaciones pedagógicas sobre “el método del tratamiento, el funcionamiento mental y las expectativas sobre la evolución del paciente” (Fiorini, 2004, p. 52).

3.1.4 Terapias cognitivo-conductuales

Las terapias de la conducta se caracterizan por tener una perspectiva teórica del aprendizaje, aplicada al tratamiento de “las perturbaciones”. En las terapias de conducta, el paciente colabora con el terapeuta para establecer el tratamiento, analizar la conducta y el empleo de refuerzos. En muchos casos, se establece un “contrato” para la terapia en el que el paciente se compromete a experimentar modalidades de conducta acordadas. El contrato también explicita los procesos que se seguirán a lo largo de la terapia como la autoobservación y el uso de refuerzo. Existen varios abordajes dentro de la terapia cognitiva de la conducta. Entre ellos cabe destacar el aprendizaje de modelos de Bandura (aprender por medio de la

observación y la imitación), el condicionamiento latente de Home (la adquisición de estrategias para lidiar con situaciones problemáticas o *coping skills*), los modelos explicativos (uso de la explicación y ampliación) y la reestructuración cognitiva (cambios en la evaluación, la argumentación y el procesamiento internos). En el proceso terapéutico, se establece un “diálogo socrático” (Kriz, 1990, p. 93) entre el paciente y el terapeuta para realizar una “reorientación filosófica” de su sistema de creencias y se establece una relación maestro-discípulo entre los participantes. También pueden emplearse métodos emotivos (sobre todo en terapia de grupos) donde se invita al paciente a manifestar sus sentimientos hacia los miembros del grupo. Suelen emplearse juegos de rol, narración y humor. Ello permite tomar conciencia de los sentimientos y sistemas de valor (Kriz, 1990).

Las terapias de la conducta proponen la modificación del registro de las conductas de los individuos. De esta forma, procuran eliminar las conductas no deseadas y permiten adquirir comportamientos nuevos. La adquisición de estas nuevas conductas adaptadas está inicialmente reforzada por el terapeuta o por el entorno del paciente y luego por él mismo. Suelen ser terapias breves, de una veintena de sesiones (generalmente de 10 a 30, según las indicaciones). Este tipo de terapias comienzan con la definición de los síntomas y las conductas que se desean eliminar. El terapeuta lleva a cabo un análisis funcional y detallado de la conducta para luego establecer un programa de tratamiento. Se trabaja con los estímulos externos que detonan la reacción en el paciente, tanto dentro del consultorio, como fuera de él, con ejercicios que debe realizar el paciente a partir de lo aprendido con el terapeuta. Las terapias de conducta tratan trastornos fóbicos, fobias sociales, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de ansiedad y de pánico, trastornos depresivos y formas deficitarias de esquizofrenia que pueden presentarse como dificultades en la adaptación social.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se puede presentar después de que una persona atestigua o sufre una experiencia traumática como abuso físico o sexual, combate, agresión, un accidente grave o desastre natural. La TCC se recomienda como tratamiento para el TEPT. En la TCC, el terapeuta y el paciente analizan lo que este último piensa y se cuenta sobre el trauma, sus creencias y memorias. La TCC busca eliminar síntomas vinculados al trauma

tales como la ansiedad, la depresión y la mala calidad del sueño (National Center for Posttraumatic Stress Disorder, 2015).

3.1.5 Terapias humanistas

Las terapias humanistas buscan desligarse de la concepción determinista del ser humano y no limitarse a sus bases biológicas como, a su parecer, lo hace el conductismo. Buscan desvincularse de la teoría y privilegiar la experiencia y el encuentro, así como hacer de la terapia una guía para la acción, vinculándola con corrientes filosóficas como el existencialismo, la fenomenología y el humanismo. Para este tipo de terapias se adoptan lineamientos, en torno a los cuales se trabaja la autorregulación y se desarrolla un diálogo entre el paciente y el terapeuta en el que se oscila entre el apoyo (acompañamiento empático) y la frustración/confrontación (*skillful frustration*) para desarrollar en el paciente la capacidad de experimentar las resistencias (Kriz, 1990).

3.1.6 Terapias sistémicas

Las psicoterapias familiares (sistémicas) consideran a la persona no de manera aislada, sino vinculada a un sistema familiar y su funcionamiento. Las sesiones son grupales y en ellas participan el conjunto de miembros de la familia que interactúan con uno o varios terapeutas. En las sesiones se ponen de manifiesto las reglas de funcionamiento del sistema y se trabaja sobre ellas.

En este tipo de terapia se considera que la familia se conforma por una estructura de subsistemas (personas, hijos, padres, etc.) dotados de cierta rigidez/flexibilidad y entre los cuales hay transacciones. La terapia tiene el objetivo de generar una estructura funcional y para modificar las transacciones disfuncionales y preservar la diferenciación entre el sistema (familiar) y sus subsistemas (miembros). En la terapia se trabaja para establecer fronteras claras adecuadamente separadas pero no aisladas y que pueda funcionar sin intromisión

indebida entre ellas, pero con un contacto adecuado. La terapia familiar pone de relieve el subsistema conyugal, el parental y el de hermanos.

En la terapia, el terapeuta entra en coparticipación con la familia y asume la conducción, busca descubrir la estructura básica de la familia y crea las condiciones necesarias para facilitar su transformación. Para ello, produce primero una crisis con la finalidad de moverla a un nuevo equilibrio. El terapeuta influye directamente sobre las personas y el sistema, se interna en el mismo para inducir un cambio. Cuestiona la organización inicial y se establecen nuevas pautas que la destituyan. Asimismo, el terapeuta cuestiona el síntoma que llevó a la familia a terapia y busca una redefinición o re-encuadramiento del modo en que la familia reacciona frente al mismo, trabajando sobre constructos cognitivos. Pone de manifiesto alianzas, coaliciones, conflictos y fronteras demasiado rígidas o difusas en la estructura familiar.

Este tipo de terapia no toma en cuenta los problemas del individuo (sus conflictos, motivaciones, fenómenos psíquicos), sino solo los de la familia como sistema comunicativo (Kriz, 1990).

En efecto, como lo acabamos de ver, existen distintos tipos de psicoterapias. Cada una emplea técnicas de trabajo y formas de interacción distintas. Cada una busca alcanzar objetivos terapéuticos diversos. El nivel de involucramiento del terapeuta y la manera de proporcionar un apoyo emocional difiere entre cada técnica psicoterapéutica. De igual modo, varía la importancia y el significado que se le otorga al lenguaje y los deslices, connotaciones, asociaciones y lapsus que se expresan a través de él. En el siguiente apartado exploraré la relevancia que cobra el lenguaje de manera general en la psicoterapia.

3.2 Papel del lenguaje en la psicoterapia

El lenguaje constituye un elemento central en el estudio de la interpretación en salud mental, pues es la herramienta de trabajo del intérprete y al mismo tiempo “es la principal herramienta

terapéutica y de diagnóstico” (Cambridge *et al.*, 2012, p. 1), “la principal herramienta de trabajo en psicoterapia” (Kluge, 2020, p. 94).

Al igual que Kluge, Bot (2005) repasa en la importancia del lenguaje en la psicoterapia y en el trabajo con mediación de un intérprete. Cita a Freud y afirma que la psicoterapia en su definición más sencilla consiste en la cura a través del habla, la “*talking cure*”, que acontece dentro de una relación privilegiada entre el terapeuta y el paciente (Bot, 2005). La autora intuye que la presencia de un intérprete seguramente influye en dicha relación (terapeuta y paciente) con su mera presencia y con la actividad que realiza, la interpretación. Es precisamente sobre dicha “actividad” que me gustaría reflexionar.

Bot reflexiona sobre las implicaciones que podría tener la presencia de un intérprete en una sesión psicoterapéutica y sobre cómo éste podría influir en la palabra (la principal herramienta de trabajo en terapia). Se cuestiona qué sucede con “las palabras” y qué hace el intérprete con ellas:

Como psicoterapeuta, se me ha enseñado a formular mis intervenciones con suma cautela – la elección de palabras, tiempos y modo puede influir en el efecto de mis intervenciones. Al mismo tiempo, no tengo idea de lo que hace el intérprete con mis palabras. ¿Mantiene la intención terapéutica que les he puesto o las convierte en algo completamente distinto? De manera análoga, ¿qué pasa con las palabras del paciente? (Bot, 2005, p. 5).

Bot es consciente del peso, el efecto y la importancia de la palabra y el uso del lenguaje en terapia. Al tratarse de un elemento tan crucial, resulta imprescindible que el intérprete tenga conocimiento de las implicaciones que tiene el uso del lenguaje en el proceso terapéutico, la elección de una palabra en lugar de otra debe ser tomada con gran responsabilidad.

Por otra parte, Kluge (2020) se centra en la dimensión emocional del lenguaje. Aclara que los síntomas se expresan a través del habla y no siempre son observables a través del comportamiento, sino que en ocasiones es el paciente quien informa al terapeuta sobre su estado anímico. Es también a través del habla que se construye la alianza terapéutica, se desarrolla el tratamiento y se identifican resistencias (Kluge, 2020). Kluge subraya que es

sumamente importante que no se edite el mensaje y que se eviten reformulaciones, síntesis o explicitaciones sobre todo en las terapias de corte psicoanalítico debido a que el lenguaje

... incorpora símbolos, representaciones y metáforas (...). Para entender las intenciones, fantasías, sentimientos y significados de las palabras de nuestros pacientes, también es necesario lograr una comprensión del nivel simbólico. Se requiere de intérpretes que puedan transferir este nivel en su interpretación. El término interpretación indica claramente que no existe una interpretación neutra de las palabras de una lengua a otra, que los cambios en los significados son inherentes. Los intérpretes pueden ayudarnos a entablar un diálogo terapéutico productivo (Kluge, 2020, p. 3).

Kluge afirma que la base del trabajo terapéutico está conformada por una lengua y simbolización compartida, sobre la cual las narrativas y los significados se vuelven entendibles. En contextos transculturales, el primer paso consiste en construir dicho lenguaje terapéutico reconociendo la extranjería del otro.

Bolton (2002) concuerda con Kluge y destaca que la interacción va mucho más allá del contenido explícito de lo expresado, pues son igualmente importantes el tono, las evasiones, los silencios, los lapsus, los tiempos de la enunciación y las posibilidades semánticas subyacentes a las intervenciones. Advierte de que los lapsus importantes corren el riesgo de perderse si el intérprete “pule” el mensaje o intenta dotarlo de sentido. La colaboración puede facilitarse si al intérprete se le brinda información sobre las técnicas de entrevista del terapeuta y los objetivos de la terapia. El intérprete no debe atenuar el mensaje para no afectar sensibilidades o sentimientos, habida cuenta de que las distorsiones a los mensajes comunicados afectarán la terapia y las interpretaciones del terapeuta.

Cambridge *et al.* (2012), Farook y Fear (2003) y Miletic *et al.* (2006) comparten la perspectiva de que los intérpretes que trabajan en salud mental no deben limpiar el discurso y deben estar dispuestos a interpretar incluso si perciben lo enunciado como carente de sentido, incoherente o desorganizado. Agregan que en este caso conviene reproducirlo palabra por palabra. Pian *et al.* concuerdan y enfatizan la importancia de interpretar todo “a pesar de que lo que escuchan les parezca incoherente, necesitan traducirlo porque ello nos permitirá [ver qué trastornos se expresan]” (Pian *et al.*, 2018, p. 14). Bot (2015) alienta a que

el intérprete siga de cerca la estructura lingüística del original y que señale cualquier problema que enfrente para escuchar o entender lo que se dice.

En esta misma línea de reflexión, Cambridge *et al.* (2012) afirman que en psicoterapia, no solo el contenido del lenguaje es importante: lo es igualmente su forma. La forma del discurso y sus características —tales como: la fluidez, la entonación, la cadencia, la repetición, los marcadores del discurso, el tartamudeo, las incoherencias, la articulación, el lenguaje corporal, la evasión o el uso excesivo de ciertas formas o construcciones— constituyen elementos muy importantes, puesto que contribuyen al establecimiento del diagnóstico y el tratamiento. La presencia de problemas del habla, de pensamiento desorganizado o de discurso desordenado pueden ser indicadores de un trastorno psicológico (2012). Es necesario que se comuniquen los rasgos de la forma en la interpretación o que al menos se comunique al terapeuta su presencia, es decir, que se describa la forma del discurso. No se debe deducir su significado. (Hlavac, 2017, p. 9).

Respecto al dilema entre la literalidad o la reformulación del mensaje, Echauri Galván (2014) correlaciona las perspectivas de intérpretes y terapeutas desde el punto de vista de la pragmática (el uso que le dan los hablantes a un idioma) y reporta que el personal médico entrevistado opina que quizás sea necesario modificar el mensaje para que sea entendible para el receptor, pero es importante respetar las siguientes anomalías: un discurso desordenado, ambigüedad y titubeos. Estos pueden ser síntomas de enfermedades como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y por ende son importantes para establecer un diagnóstico acertado.

Por otra parte, Tribe y Thompson (2017) recuerdan el elemento cultural de la lengua al afirmar que el lenguaje no solo transmite significado, sino que construye y forma a los individuos. Las lenguas no son intercambiables entre sí: existen conceptos, expresiones idiomáticas, creencias y perspectivas que no se traducen fácilmente o que no necesariamente cuentan con un equivalente preciso en otra lengua. Las formas de expresión del estado emocional de una persona varían según la cultura, la lengua y la religión de las personas.

Hlavac (2017) también aborda el tema de la expresión y enfatiza la importancia de que los intérpretes tengan conocimientos sobre cómo se expresa la enfermedad mental y el dolor a través de su enunciación, pero también a través de eufemismos, metáforas y expresiones faciales. Asimismo, afirma que es preciso conocer los términos más comunes en psicoterapia (nombres de enfermedades, trastornos, síntomas, comportamientos, su traducción, síntomas y tratamientos como parte de su bagaje. Contar con estos conocimientos es necesario no solo en aras de dominar el vocabulario y la terminología, sino porque así podrá entender el discurso y podrá reproducirlo mejor. Le facilitará al intérprete trabajar mejor sus propias emociones, disminuir su nivel de estrés frente a la actividad y por lo tanto, tener un mejor desempeño a largo plazo.

En otro orden de ideas, Kluge (2020) alerta en contra de que el intérprete se perciba como alguien que busca lograr que el paciente y el terapeuta se entiendan. Más bien, debe entender que su función es garantizar una interpretación que permita que surjan conflictos o malentendidos entre el paciente y el terapeuta, que también constituyen material de trabajo, y permiten forjar una relación y son susceptibles de ser analizados.

Respecto al tema de los distintos tipos de psicoterapias, es necesario recordar que cada técnica de psicoterapia tiene un uso distinto del lenguaje y le otorga objetivos e importancia diversos. En la psicoterapia de apoyo y en la de esclarecimiento, el terapeuta tiene un uso aún más activo de la palabra y entabla un diálogo con el paciente. Por otra parte, en el psicoanálisis el terapeuta puede restringir su propio uso de la palabra, sus intervenciones tienden a ser breves y puntuales. Se procura que el paciente sea quien dirija el diálogo bajo la consigna de decir todo lo que le venga a la mente, y la fidelidad en la interpretación, tanto en el contenido, como en la forma de lo expresado, es crucial. En las terapias de esclarecimiento y apoyo, se busca la facilitación de la comunicación fluida, por lo que el intérprete tendrá un rol más dinámico. Se acepta que el intérprete utilice técnicas como la reformulación y la condensación, en aras de la transmisión clara y ágil del mensaje. Estas mismas técnicas resultan inaceptables y contraproducentes en una terapia psicoanalítica, donde es crucial ser literal en las palabras, la sintaxis e incluso en los errores, las equivocaciones, las “fallas” y los lapsus. Todos estos elementos no son ampliamente

conocidos por el público en general, sino que se trata de minucias propias de cada técnica psicoterapéutica. No obstante, se trata de información de vital importancia para que el intérprete pueda realizar adecuadamente su labor. Dichas pautas deberían ser comunicadas y comprendidas con antelación en el encuadre, como lo propondré en el apartado 3.1.

Así como existen distintas técnicas de psicoterapia, existen distintas técnicas de interpretación que se emplean en distintos contextos (hospitales, tribunales, conferencias, comunidades, centros educativos, zonas de conflicto, por nombrar algunos), dependiendo del contexto, del tipo de interacción (diálogo, monólogo, conferencia), del tiempo del que se dispone y del equipo técnico con el cual se cuenta, entre otros factores. La interpretación puede realizarse al mismo tiempo (simultánea) o después de la enunciación del mensaje original (consecutiva). A continuación, explicaré brevemente las distintas técnicas de interpretación.

3.3 Técnicas de interpretación

3.3.1 La interpretación dialógica

Angelelli (2019) define la interpretación dialógica o *dialogue interpreting* como “la interpretación entre dos personas, por lo general en consecutiva corta” (p.194). Explica la consecutiva corta como la interpretación pronunciada después del mensaje fuente, en segmentos cortos, generalmente sin notas. En este tipo de interpretación, el intérprete pide que se hagan pausas o utiliza las pausas naturales para entregar el mensaje (Angelelli, 2019, p. 195).

Existen otras definiciones que involucran el contexto como la de Wadensjö, quien define la interpretación dialógica como la interpretación “cara a cara (...) por un propósito específico en una institución pública” (Wadensjö, 1998, p. 49) o la de Parrilla que retoma a Mason (1999) y opina lo contrario: “es la “modalidad utilizada para verbalizar el aspecto del diálogo y no se especifica el contexto” (2020, p. 54). No obstante, estas definiciones no se centran en

el diálogo, la duración de las intervenciones ni la técnica específica, por lo cual, en el presente trabajo, entenderé la interpretación dialógica como la define Angelelli, como una consecutiva corta sin notas.

3.3.2 La interpretación consecutiva (larga)

En la interpretación consecutiva “el intérprete se encuentra en la misma sala que el orador y sigue su discurso tomando notas”. Puede pronunciar el discurso completo una vez que el orador haya concluido o el orador puede hacer pausas para permitir que el intérprete intervenga (AIIC, 2019b). Para fines del presente estudio, la toma de notas es el elemento que la distingue de la interpretación consecutiva corta/dialógica.

3.3.3 La interpretación simultánea

En esta modalidad, el intérprete se sienta en una cabina con una vista clara de la sala de reunión y del orador. Escucha y al mismo tiempo interpreta el discurso a la lengua meta (AIIC, 2019b). La realiza “en tiempo real [...] un equipo de intérpretes en una cabina insonorizada; requiere también receptores, equipo de sonido y asistencia técnica” (AIIC, 2019c).

3.3.4 La interpretación simultánea remota

En la interpretación remota (también llamada a distancia), el intérprete no se encuentra en la misma ubicación que los oradores y la audiencia, sino que sigue la reunión desde una ubicación distinta. Recibe la señal auditiva y visual a través de un sistema de videoconferencia, por ejemplo a través de audífonos y en una o varias pantallas (Seeber, 2015). AIIC especifica que “los intérpretes reciben solamente el audio del orador

(interpretación remota de audio) o el audio y la imagen de los oradores (interpretación remota de video)” (AIIC, 2019a). La interpretación remota puede usarse en la modalidad simultánea, consecutiva y dialógica (Braun, 2015), y puede ser telefónica o por videoconferencia.

3.3.5 La interpretación remota con video

La interpretación remota con video, VRI por sus siglas en inglés, se realiza desde una ubicación distinta a la de los participantes y con el uso de tecnología de la información y comunicación se transmite el sonido y la imagen de los oradores (AIIC, 2019a) a los intérpretes, quienes observan a los participantes en una o más pantallas. Esta técnica de interpretación tiene la ventaja de permitir una “mejor comunicación entre los participantes ya que les permite verse y aprovechar la comunicación no verbal” (Mori, 2002. p. 53).

3.3.6 La interpretación telefónica

En este tipo de interpretación, el paciente y el médico/ terapeuta suelen estar en una misma sala cada uno dotado de un auricular y un micrófono. El intérprete no está físicamente presente. Se encuentra en otra sala e interpreta vía telefónica. La modalidad de interpretación puede ser tanto simultánea, como dialógica (Bot, 2019).

Bot (2019) analiza el caso del uso de interpretación telefónica en los Países Bajos, donde una reducción en el financiamiento de los servicios de interpretación tuvo como consecuencia un aumento en el uso de este tipo de interpretación. Bot reflexiona sobre la recepción del cambio por parte de los usuarios y sobre las ventajas y desventajas que conlleva. Menciona que los usuarios quedaron muy contentos por la practicidad y eficiencia de la interpretación vía telefónica. Los intérpretes disienten y consideran que esta modalidad debería reservarse para temas sencillos y breves. No obstante, la autora-terapeuta, menciona que el uso de esta modalidad ha incrementado notablemente hasta emplearse en el 85 % de la totalidad de interacciones en salud mental con mediación de un intérprete.

Bot describe los principales problemas en la interpretación telefónica entre los que destacan: en primer lugar, la coordinación de los cambios de turno, una situación impredecible para el intérprete por la falta de información visual y, en segundo lugar, los silencios, difíciles de aguantar o interrumpidos al ser percibidos como una pérdida de la conexión.

Con la tecnología actual, una interpretación simultánea por videoconferencia permitirían resolver la falta de información visual y los silencios. Al recibir una imagen, se resolvería también la dificultad para identificar malentendidos o complicaciones en la comunicación que a menudo se expresan de forma no verbal.

Los intérpretes parecen ser renuentes a la modalidad remota por falta de información visual, y arguyen perder información paraverbal. Sin embargo, Bot señala que ésta seguiría disponible entre los participantes primarios y señala además que no se espera que el intérprete la transmita.

Existen partidarios a favor y en contra de la interpretación vía telefónica. Algunos argumentan que, al no estar presente el intérprete físicamente, hay mayor interacción gestual y visual entre los participantes primarios (el médico y el paciente), lo cual fortalece la comunicación (Pugh y Vetere, 2009; Hornberg, 1996). Otros defienden una postura distinta al aducir que la mirada y los gestos están cargados de contenido comunicativo y juegan un papel primordial en el cambio de turnos. Su ausencia podría afectar el avance efectivo de la sesión, entorpeciendo el cambio de turnos y restando información visual para el intérprete. Fernández y Russo (2020) mencionan que la empatía se expresa a través de la prosodia y la fonética con un ritmo más lento de articulación y alargamiento de las vocales, información que sigue siendo accesible para el intérprete vía telefónica. Empero, reconocen que la dimensión paralingüística resulta afectada en la interpretación telefónica con relación a la presencial ya que el afecto y las emociones se expresan tanto por vía lingüística como paralingüística.

Hsieh y Hong (2010) redundan en que una desventaja de la interpretación telefónica radica en la falta de información visual que podría facilitar la comunicación. No obstante, tiene la ventaja de ofrecer anonimidad y privacidad. Esto es particularmente importante en

comunidades migrantes pequeñas donde la interpretación realizada por un miembro de la misma comunidad, tan reducida que todos se conocen, se percibe como una amenaza, sobre todo por parte de los pacientes que padecen una enfermedad mental (Mori, 2020). También proporciona un mayor sentido de confidencialidad y confianza. Este tipo de preocupaciones deben discutirse con el paciente, pues la anonimidad puede tener una recepción negativa sobre todo en entornos psiquiátricos, por parte de pacientes desconfiados, con paranoia o psicosis, que escuchan voces.

Por lo general, la interpretación sanitaria y la interpretación en salud mental han sido consideradas como parte de la interpretación comunitaria y en ellas se ha adoptado por defecto la misma técnica de interpretación: la interpretación consecutiva corta o dialógica. En mi investigación, busqué estudios que documentaran y analizaran el uso de otras técnicas de interpretación en estos ámbitos y encontré muy pocos artículos académicos al respecto. Destaca el estudio de Hornberger *et al.* (1996), quienes realizaron un ensayo controlado aleatorizado en el que se comparó la calidad de la comunicación en el uso de la interpretación simultánea remota con el de la interpretación consecutiva presencial en consultas de 49 madres de bebés recién nacidos con médicos estadounidenses. Se identificó un aumento en la cantidad de preguntas e intervenciones realizadas en las sesiones con interpretación simultánea remota, respecto a aquellas con consecutiva presencial tanto de los pacientes (28% más) como de los médicos (10% más). Éstas consistieron principalmente en intervenciones explicativas. Asimismo, se identificó una disminución del 12% y 13% en las inexactitudes en la interpretación de las intervenciones de los médicos y las pacientes respectivamente con la interpretación simultánea remota, respecto de la consecutiva presencial. Tanto los médicos como las madres prefirieron el servicio remoto y reportaron una mayor comprensión en la interacción con el uso de este servicio. Hornberger *et al.* sugieren que el uso de la interpretación remota podría permitirle al médico una interpretación más clara de los gestos del paciente, pues este método facilita el diálogo directo entre el médico y el paciente. Permite un mejor entendimiento de las necesidades y preocupaciones del paciente y el desarrollo de un vínculo más próximo que con la interpretación consecutiva.

Existe asimismo un estudio sobre la preferencia que tienen los intérpretes entre la modalidad remota y presencial que realizaron Price *et al.* (2012) donde entrevistaron a 71 intérpretes sanitarios profesionales. Una gran mayoría reportaron estar satisfechos con la modalidad telefónica y la interpretación remota con video respecto a la capacidad de comunicar los mensajes del paciente y del médico. Sin embargo, fueron menos los que se sintieron satisfechos con la capacidad de facilitar información sobre el contexto cultural o social del paciente vía telefónica. De igual modo, se registró una menor satisfacción (del 75 %) con la interpretación remota con video al compararla con la interpretación presencial (94 %).

3.3.7 Los tipos de interpretación en relación con las distintas psicoterapias

En los ámbitos de salud mental, al determinar el tipo de interpretación a emplear, la primera decisión consiste normalmente en optar por la interpretación dialógica o simultánea. En caso de decantarse por la simultánea, existe una gama de posibilidades entre las que se puede decidir dependiendo del equipo a utilizar: interpretación remota con video, interpretación telefónica e interpretación con *body pack* (o *bidule*¹¹). De igual modo, se puede elegir la ubicación del intérprete: en otra sala en las mismas instalaciones de la clínica, consultorio u hospital o en otra ubicación.

En la modalidad simultánea asumo que el intérprete no estará presente en la misma sala, lo cual facilita la comunicación directa entre el paciente y el terapeuta, mediante la comunicación paraverbal, la mirada y el gesto. En caso de usarse una cámara de Gesell¹² o

¹¹ El *bidule* es un kit portátil de interpretación que consiste en un micrófono para el intérprete y audífonos para los participantes. Es útil para reuniones cortas o pequeñas en las que no resulta práctico instalar el equipo habitual de interpretación (AIIC, 2019b). “Es un sistema de utilización limitada por su falta de aislamiento acústico, y solo se emplea para reuniones de corta duración y con poco público donde sería imposible contar con cabinas de interpretación, como por ejemplo en visitas a fábricas” (AIIC, 2019c).

¹² Cámara que cuenta con un “vidrio o espejo unidireccional (de un lado transparente pero del otro un espejo reflejante) que originalmente sirvió para observar a los niños sin perturbarlos con la presencia de un mayor. Pero en la actualidad se lo emplea igualmente en modernas formas de investigación terapéutica, como en terapia sistémica, o en experimentos que utilizan la observación de la conducta espontánea” (Cosacov, 2007, p. 55).

interpretación remota con video, el intérprete no pierde el acceso a esa misma información. En caso de optar por interpretación remota, no recomendaría en principio el uso de la consecutiva debido a que se dificultaría los cambios de turno.

3.4 Elegir entre la interpretación dialógica o simultánea

Como vimos anteriormente, los distintos tipos de psicoterapia persiguen objetivos diferentes y se caracterizan por poner en práctica diferentes tipos de interacción entre sus participantes primarios. Para analizar si algunos tipos de psicoterapia son más compatibles con la interpretación dialógica o simultánea presentaré un breve análisis de las implicaciones de la modalidad de interpretación en la terapia cognitivo conductual y en psicoanálisis, dos modelos teóricos bastante distintos entre sí, con el fin de ilustrar los dos extremos del espectro.

Tabla 1. Implicaciones del uso de interpretación simultánea y dialógica en la terapia psicoanalítica

| Interpretación Simultánea | Interpretación Dialógica | Aspecto en el que influye |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Se limita la transferencia del y hacia el intérprete. Facilita el establecimiento de la relación terapéutica únicamente entre paciente y terapeuta. | Se genera una doble transferencia lo cual dificulta el trabajo del terapeuta. | El vínculo paciente-terapeuta: la transferencia |
| El paciente puede expresarse fluidamente, sin interrupciones. Favorece el seguimiento de la regla de la asociación libre. | El intérprete puede verse obligado a interrumpir, al no poder retener más en la memoria, y a cortar así el hilo de pensamiento del paciente. | El ritmo del discurso |
| El intérprete no tiene que depender de su memoria, disminuye el riesgo de omisiones. | Hay una mayor probabilidad de omisiones. Hay pausas que podrían presentar una oportunidad de reflexión para el paciente. | La memoria del intérprete |
| Favorece la literalidad y fidelidad en las palabras y su simbolismo, en los “errores” y lapsus. Posibilita que éstos sean señalados al terapeuta sin interrumpir al paciente ni desviar su atención. | Hay mayor probabilidad de modificaciones de sentido y de usar una palabra distinta a las del mensaje original, debido a que no es posible realizar una prestación inmediata. Mayor probabilidad de ordenar lo enunciado por el paciente, lo cual sería contraproducente debido a que la preservación del “caos” es importante en este tipo de psicoterapia. | La literalidad |
| Permite que el terapeuta tenga mayor control sobre la gestión de los cambios de turno. Al seguir la interpretación en tiempo real, el terapeuta puede intervenir en los momentos que considere adecuados, por ejemplo aquellos donde sea pertinente hacer una interpretación analítica de lo enunciado por el paciente. | | La gestión de cambios de turno |

Tabla 2. Implicaciones del uso de interpretación simultánea y dialógica en la terapia cognitivo-conductual (TCC)

| Interpretación Simultánea | Interpretación Dialógica | Aspecto en el que influye |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <p>Se establece un vínculo más directo entre el paciente y el terapeuta. El terapeuta puede sentir mayor control sobre la sesión. Puede contribuir a evitar la formación de diadas.</p> | <p>Se establece un vínculo entre los tres participantes. No necesariamente es problemático puesto que no constituye una herramienta de trabajo esencial en este tipo de terapia. Dependiendo del paciente podría tener efectos positivos al contar con dos fuentes de apoyo.</p> | <p>El vínculo paciente-terapeuta</p> |
| <p>Es necesario contar con el equipo técnico adecuado para transmitir la información visual al intérprete y/o para transmitir y recibir la interpretación en terapias que incluyan movimiento y desplazamiento.</p> | <p>Si la terapia incluye actividades con movimiento o desplazamiento, por ejemplo en terapias de exposición para tratar fobias, la presencia del intérprete facilita su labor y recepción de la información visual, favoreciendo la comunicación.</p> | <p>La visibilidad y aspectos prácticos</p> |
| <p>Se mantiene la impresión de un diálogo en tiempo real entre dos participantes.</p> | <p>En este tipo de terapia suele establecerse un diálogo y las intervenciones pueden gestionarse de tal modo que sean cortas, por lo cual es factible este tipo de interpretación disminuyendo así el riesgo de omisiones o de saturar la memoria del intérprete.</p> | <p>El ritmo del discurso</p> |

Como podemos ver a partir de la tabla anterior, al momento de analizar las ventajas y desventajas de la interpretación dialógica o simultánea para la terapia cognitivo-conductual y el psicoanálisis, los principales aspectos que se deberían considerar al momento de tomar la decisión sobre el tipo de interpretación son: el vínculo entre el paciente y el terapeuta, el ritmo del discurso, la literalidad deseada, la gestión de cambios de turno y aspectos prácticos como el equipo tecnológico con el que se cuenta.

En la terapia psicoanalítica, considero que resultaría conveniente el uso de la interpretación simultánea puesto que ayudaría a limitar la transferencia al vínculo paciente-terapeuta, alejando hasta cierto punto al intérprete de esta dinámica. Asimismo, la interpretación simultánea permite que no haya interrupciones y, al no requerir pausas, favorece el flujo de consciencia del paciente.

Otra ventaja del uso de la simultánea para el psicoanálisis radica en que se podría evitar la pérdida de contenido al no depender de la memoria del intérprete, como sería el caso con la interpretación dialógica. Además, es posible realizar una interpretación más literal, lo cual contribuye a mantener los distintos niveles de significación potencial del discurso, un aspecto central del psicoanálisis.

Por otra parte, la interpretación dialógica implica la necesidad de hacer pausas; éstas podrían presentar una oportunidad interesante para que el paciente reflexione sobre lo que él mismo ha enunciado. En la tabla anterior, podemos observar una enumeración de las múltiples ventajas de uso de la interpretación simultánea en la terapia psicoanalítica, lo cual contrasta con solo una posible ventaja en el uso de la interpretación dialógica. Esto da la impresión de ser una opinión sesgada, que únicamente está a favor de la interpretación simultánea para el psicoanálisis. Sin embargo, hasta el momento y tras una larga reflexión, no encuentro fundamentos teóricos que respalden alguna ventaja adicional en el uso de la interpretación dialógica con el psicoanálisis.

Analicemos ahora la TCC, para la cual el apoyo emocional y la empatía ocupan un papel central. Es posible transmitir estos componentes fundamentales para la TCC con el uso de ambas modalidades de interpretación. No obstante, es posible que la presencia física del intérprete le permita fungir como una figura adicional de apoyo para el paciente. Asimismo,

estar físicamente presente podría permitirle al intérprete una expresión más contundente de la empatía.

La literalidad no constituye un elemento esencial en la TCC. Por ende, es posible emplear ambas modalidades de interpretación. En este tipo de psicoterapia, se cuenta con un margen de reformulación un poco más flexible, lo que posibilita el uso de la interpretación dialógica.

Por otra parte, la interpretación simultánea en la TCC permitiría que el terapeuta tuviera mayor control sobre la gestión de los cambios de turno y no tendría que delegar parcialmente esta responsabilidad al intérprete, como se ve obligado a hacerlo en la interpretación dialógica. Con el uso de la interpretación simultánea, el terapeuta podría hacer intervenciones más puntuales en partes críticas, pues seguiría en tiempo real la conversación. Empero, la TCC es compatible con las pausas constantes que requiere la interpretación dialógica, ya que la interacción ocurre en la forma de un diálogo entre el paciente y el terapeuta.

En terapias interactivas, como la cognitivo-conductual, se genera un diálogo, una participación de ambas partes, así como un proceso de aprendizaje, enunciación y seguimiento de instrucciones. En cambio, en las terapias orientadas psicoanalíticamente, las intervenciones del terapeuta son puntuales y contadas. La mayor parte del tiempo es el paciente quien enuncia sus pensamientos y emociones. Se busca que pueda expresarse de manera fluida, expresando todo lo que le venga a la mente. Por lo tanto, desde mi punto de vista, convendría interpretar este tipo de psicoterapias con la técnica de la simultánea pues permitiría que el paciente hablara de manera ininterrumpida, sin la necesidad de hacer pausas constantes, facilitando así el seguimiento del principio de la asociación libre. Es necesario considerar que en la interpretación simultánea el intérprete suele llevar un desfase temporal o "*décalage*"¹³ de algunos segundos. En los casos en los que el analista hiciera algún señalamiento o algún puntualización, lo haría con un desfase de algunos segundos, por lo que quizás tendría que interrumpir al paciente o pedir que retomaran el hilo de pensamientos algunos segundos antes.

¹³ El *décalage* es "el retraso entre la enunciación de orador y la producción del intérprete [...] el intervalo que transcurre entre el momento en que el intérprete escucha al orador y articula su interpretación" (Pochhacker, 2015, p. 418-419).

Por otra parte, en las terapias de apoyo, de esclarecimiento y humanista, parece ser que ambas modalidades funcionan de manera apropiada. No obstante, la interpretación simultánea presenta evidentes ventajas, una de las cuales radica en que el intérprete no tendría que moderar la sesión ni lidiar con gestionar los cambios de turno, ya que no se limita el tiempo de las intervenciones porque se vea saturada su memoria.

Al decidir si la participación del intérprete será presencial o no, considero que es necesario sopesar las implicaciones que tiene una interacción directa con el paciente. En la interpretación simultánea remota con video, el intérprete puede recibir la imagen sin estar presente, de esta manera, recibe la información paraverbal, sin transmitirla con su mera presencia. El paciente y el terapeuta pueden comunicarse a través de gestos y miradas, lo cual facilita la comunicación empática. Es muy factible que se logre limitar la transferencia al intérprete al no estar físicamente presente en la interacción, lo cual ayudaría a establecer la relación terapéutica únicamente entre los dos participantes primarios. Cabe mencionar que el tipo de paciente es un elemento decisivo para definir si el intérprete debe estar presente o no en la interacción puesto que, al tratar con pacientes psicóticos o paranoides, es preferible que el intérprete esté presente para no agravar la situación del mismo o causarle alguna incomodidad. En cambio, pacientes pertenecientes a pequeñas comunidades, han reportado sentirse más cómodos en ausencia del intérprete, ya que esto les ha permitido mantenerse en el anonimato.

Finalmente, es necesario tener en consideración algunos aspectos prácticos relativos a algunas terapias conductuales ortodoxas como aquellas en las que el objetivo principal es ayudar al paciente a superar una fobia a través de la exposición gradual a aquello que teme. Pongamos como ejemplo el tratamiento de la aracnofobia o la claustrofobia, terapias en las que se expone al paciente a arácnidos o a espacios cerrados, respectivamente. Dichas actividades pueden requerir un desplazamiento de los participantes, así como la recepción de información visual del entorno, para que el intérprete pueda tener claridad y precisión en las instrucciones enunciadas por el terapeuta para guiar al paciente. En estos casos podría utilizarse el *bidule*, que al ser un equipo portátil, facilitaría la interpretación cuando no hay

un sistema de cabinas en pie o cuando la dinámica de la terapia requiere que los participantes se desplacen.

Para fines de este análisis conviene señalar que existen grandes diferencias entre las formas de implementación de las terapias más conocidas. Si bien existen ramas o escuelas que practican la psicoterapia de una manera muy conservadora, en extremo apegada a sus propios principios teóricos, en otras escuelas la puesta en práctica de la psicoterapia no suele ser tan tajante o purista y es posible que implementen un uso de distintas técnicas terapéuticas. He optado por realizar un análisis desde una perspectiva normativa a fin de alentar a la reflexión para luego proponer lineamientos que el intérprete y el terapeuta puedan tomar en cuenta y aceptarlos o rechazarlos al momento de establecer un encuadre. En el cuarto capítulo desarrollaré dichos lineamientos.

A lo largo de mi investigación reflexioné sobre la necesidad de una coordinación activa y constante entre el terapeuta y el intérprete para poder alcanzar los objetivos terapéuticos deseados. Considero que dicha coordinación y dicho trabajo conjunto deberían concretarse en un encuadre establecido en sesiones previas a la terapia y ser completado o reforzado después de cada sesión. Al avanzar en mi investigación encontré que ya existen múltiples autores, sobre todo profesionales en salud mental, que han contemplado esta necesidad y, de manera individual o con el apoyo de asociaciones médicas, han elaborado manuales o directrices sobre cómo trabajar con intérpretes. El siguiente apartado incluye una compilación sintética de dichas directrices.

4 DIRECTRICES PARA LA INTERPRETACIÓN EN SALUD MENTAL

Entre los manuales que compilan directrices para profesionales de salud mental sobre cómo trabajar con intérpretes, consulté los siguientes:

- Directrices de la Unidad de Psiquiatría Transcultural de Victoria para trabajar de manera efectiva con intérpretes en ámbitos de salud mental (Miletic *et al.*, 2006).

- Directrices del Instituto Australiano de Intérpretes y Traductores para profesionales de salud mental que trabajen con intérpretes (AUSIT, 2006).
- Guía Práctica para Psicólogos de la Sociedad de Psicología Australiana (APS, 2013).
- Directrices de la Universidad de Monash (Hlavac, 2017).
- Directrices de la Sociedad Británica de Psicología (Tribe y Thompson, 2017).

Hice una lectura comparativa de los mismos y pude constatar que presentan similitudes notables en su estructura y contenido: comienzan con una explicación sobre por qué es necesario trabajar con intérpretes profesionales y en qué situaciones se requiere su presencia. Enseguida mencionan algunas puntualizaciones sobre el proceso de reservación del servicio de interpretación. Destacan la necesidad de una sesión de planeación entre el intérprete y el terapeuta, anterior a la terapia y otra posterior a la misma. Detallan las características de dichas sesiones y puntos a tratar en ellas. Finalmente, dan una serie de recomendaciones a seguir durante la terapia con los tres participantes.

4.1 Lineamientos para el intérprete y el terapeuta

A pesar de haber sido redactados por distintos autores para diferentes asociaciones y países, en los manuales que se ocupan del método de trabajo entre intérpretes y terapeutas, existen coincidencias en las recomendaciones y directrices que se dividen de manera cronológica: para su aplicación antes, durante y después de la terapia. A continuación, presento una síntesis que recopila de manera sucinta las recomendaciones. Incluyo la referencia de los manuales que proponen dicha recomendación, señalo igualmente las referencias a artículos revisados a lo largo de mi investigación que hacen hincapié en la misma idea y que se añan a cada recomendación.

4.1.1 Consideraciones previas a la sesión

Los manuales subrayan la necesidad de procurar contratar a un intérprete conforme a las necesidades lingüísticas y sociodemográficas (edad, género, origen étnico, inclinación política y social, país de procedencia, dialecto) específicas para la sesión (APS, 2013; AUSIT, 2006; Kluge, 2020; Miletic *et al.*, 2006; Goguikian Ratcliff y Pereira, 2019; Resara *et al.*, 2014; Searight, 2009; Tribe y Keefe, 2008; Tribe y Thompson, 2017). Estos autores concuerdan en que no basta una coincidencia en la combinación de idiomas, sino que, de manera específica en el ámbito de la salud mental, alientan a poner especial atención al aspecto sociodemográfico y buscar compatibilidad en el género, la inclinación política y el país de procedencia del paciente. La compatibilidad en dichos elementos es esencial para la creación de un ambiente en el que el paciente se sienta seguro y cómodo para expresarse y proporciona las condiciones favorables para la terapia.

Por otra parte, se debe verificar que el intérprete y el paciente no se conozcan previamente o se relacionen en algún entorno distinto al de la terapia (APS, 2013; Miletic *et al.*, 2006; Searight, 2009; Tribe y Thompson 2017). Asimismo, es importante que el terapeuta y el paciente tampoco tengan ningún vínculo o relación fuera del consultorio. Lo anterior tiene la finalidad de evitar que se desarrollen posibles complicaciones en el curso de la terapia dado que muchas veces se trabaja con temas muy sensibles que requieren de la máxima confidencialidad.

Cabe destacar la importancia que reviste trabajar con el mismo intérprete en todas las sesiones de una terapia (APS, 2013; Miletic *et al.*, 2006, Tribe y Thompson, 2017), pues facilita la creación de confianza y ayuda a conseguir mejores resultados para el paciente. Retomaré este tema en el apartado 3.6. En una sesión previa al inicio de la psicoterapia, conviene decidir qué método de interpretación se utilizará (simultánea o dialógica) (Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006) y el tipo de interpretación deseada, es decir aclarar el nivel de literalidad, si dará prioridad o no a la transmisión de emociones, si se realizarán aclaraciones

culturales en el momento o se darán en sesiones posteriores) (Miletic *et al.*, 2006; Goguikian Ratcliff y Pereira, 2019).

También es necesario definir el papel del intérprete (AUSIT, 2006; Hlavac 2017; Miletic *et al.*, 2006; Searight 2009; Tribe y Thompson 2017). Éste ha sido un tema recurrente en la literatura, como se vio reflejado anteriormente en la multiplicidad de estudios sobre los diferentes roles de intérprete. Existen distintas escuelas y preferencias entre terapeutas, por lo cual es de suma importancia que el terapeuta explicita qué tipo de papel espera que el intérprete desempeñe y que se llegue a un acuerdo sobre ello antes de la sesión.

Resulta conveniente plantear el objetivo y método de trabajo de la terapia en general y, de ser posible, el de cada sesión (APS, 2013; Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006; Tribe y Thompson, 2017). Conviene comunicar al intérprete los objetivos de la sesión y compartir cualquier información útil para su preparación. Bot (2019) concuerda con dichas recomendaciones y resalta la importancia de brindar al intérprete información sobre las sesiones: el número de participantes, el contexto de la sesión (tipo de institución, clínica u hospital), así como la etapa de la sesión (primera visita, avance de la terapia). Bot subraya que, antes de la primera sesión con el paciente, es necesaria una sesión de preparación entre el terapeuta y el intérprete, donde se informe a este último sobre su papel, la institución, el encuadre y los lineamientos —éticos y de confidencialidad— a seguir. El terapeuta debe informarle sus los principios terapéuticos específicos, el enfoque terapéutico, los objetivos de la terapia y las especificidades sobre el lenguaje. Comunicar esta información es importante puesto que cada tipo de sesión tiene sus propias características y demandas para el intérprete. A menudo los intérpretes tienen que adaptar su rol dependiendo del tipo de paciente, de la institución y su filosofía, del tipo de sesión y terapia y de las preferencias idiosincráticas de cada profesional de salud mental (Bot, 2015, p. 254). Argumenta que para que exista cooperación constructiva en la terapia, es necesario que los participantes de la relación triádica trabajen de manera coordinada.

En esta línea, el terapeuta debe informar al intérprete sobre dificultades potenciales relacionadas a una terminología específica a emplear. (APS, 2013; AUSIT, 2006; Miletic *et al.*, 2006; Searight, 2009) y advertirle sobre cualquier contenido sensible o traumático que pudiera surgir en la sesión (APS, 2013; AUSIT, 2006; Farook y Fear, 2003; Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006). Cuando sea posible, hay que definir cómo operar si se presenta un cambio de idioma por parte del paciente (*code switching*) (Hlavac, 2017).

Se debe definir igualmente cómo se comunicará la forma del discurso, por ejemplo, en caso de que se presente de forma incoherente, repetitiva, figurada o metafórica deberá existir un acuerdo previo para que el intérprete sepa de antemano si editará o sintetizará (y hasta qué punto) el discurso del paciente (Hlavac, 2017).

Por último, conviene compartir con el intérprete las herramientas de trabajo y de diagnóstico, imágenes, grabaciones, tarjetas, juegos, música, con suficiente anticipación y permitirle que se familiarice con ellas (APS, 2013; Hlavac, 2017). Se recomienda cerciorarse de que cualquier material para la sesión esté traducido profesionalmente y revisado con *back translation* (Tribe y Thompson, 2017). Se recomienda establecer un protocolo de seguridad y palabras clave con las que el intérprete pueda comunicar al terapeuta en caso de percibir una situación de emergencia (AUSIT, 2006; Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006).

4.1.2 Lineamientos para la interacción entre el paciente, terapeuta e intérprete: el encuadre

En las directrices se aconseja plantear el encuadre y método de trabajo al inicio de la sesión cuando el terapeuta, el intérprete y el paciente estén presentes. En este momento conviene hacer aclaraciones sobre el código de ética y las delimitaciones de responsabilidad. Las directrices alientan a verificar continuamente el canal de comunicación a lo largo de la sesión. Asimismo, recomiendan:

- Presentar a los participantes (Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006).

- Explicar cómo se turnará la palabra y cómo se coordinarán los cambios de turnos, en caso de emplear interpretación dialógica (Zimányi, 2013).
- Explicar al paciente la función del intérprete (Miletic *et al.*, 2006), así como enunciar los límites del papel y la responsabilidad del intérprete (Miletic *et al.*, 2006; Tribe y Thompson, 2017).
- Verificar el idioma de la interacción, los principios éticos, la metodología de trabajo (los cambios de turnos y el ritmo de la interacción), la configuración física de la interacción, el modo de interpretación (Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006). Acordar si se usará primera o tercera persona (Tribe y Thompson, 2017). Procurar usar la primera persona (APS, 2013; Hlavac, 2017; Kluge 2020; Miletic *et al.*, 2006; Searight, 2009).
- Comentar si se ha trabajado previamente con otros intérpretes y las posibles dificultades presentadas.
- Comunicar el acuerdo de confidencialidad y el código de ética por el que se rigen tanto el intérprete como el terapeuta (APS, 2013; AUSIT, 2006; Hlavac, 2017; Miletic, 2006; Tribe y Keefe, 2008; Tribe y Thompson, 2017).
- Aclarar que todo lo que se enuncie será interpretado (AUSIT, 2006; Tribe y Thompson, 2017). Interpretar todo lo referente a: alucinaciones, delirios, ideación suicida, ideación homicida. No censurar nada. Ha habido casos en que los intérpretes evitan interpretar todo lo enunciado pues creen que así “protegen al paciente” (Searight, 2009).
- Fomentar un ambiente laboral basado en el respeto y la confianza entre participantes (Tribe y Thompson, 2017).
- Explicar y asignar la distribución espacial de la sesión (APS, 2013; AUSIT, 2006; Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006; Tribe y Thompson, 2017).
- En la medida de lo posible, procurar que el paciente y el terapeuta mantengan contacto visual entre sí (Miletic *et al.*, 2006; Searight, 2009; Tribe y Thompson, 2017). Es muy importante que el terapeuta observe el rostro del paciente (Cambridge *et al.*, 2012).

- Si por alguna razón el terapeuta debe ausentarse, el intérprete no debe quedarse solo con el paciente (AUSIT, 2006; Hlavac 2017; Miletic *et al.*, 2006; Searight, 2009; Tribe y Thompson, 2017).
- Verificar constantemente la comunicación (Miletic *et al.*, 2006). Cuando existan dudas respecto a la comunicación, es necesario hacer preguntas, pedir aclaraciones y ejemplos concretos, indagar y verificar lo que se ha comunicado (APS, 2013; AUSIT, 2006; Jidong *et al.*, 2020; Mirza, 2016, p. 7 y 9).
- Aclarar que se le interpretará al terapeuta cualquier comentario o conversación que se entable entre paciente e intérprete, aunque éstos no sean dirigidos al terapeuta, incluso si no atañen a la terapia (Searight, 2009).
- Si el intérprete tuviera que hacer un comentario personal, es necesario indicarlo antes de su enunciación (Searight, 2009).
- Realizar intervenciones cortas (indicación para el terapeuta) (APS, 2013; AUSIT, 2006; Miletic *et al.*, 2006; Searight, 2009; Tribe y Thompson, 2017). Hacer pausas después de cada oración y explicar la necesidad de las pausas al paciente (Miletic *et al.*, 2006).
- Apegarse al modo de interpretación acordado. En caso de presentarse un episodio maniaco o una situación en que sea imperativo que el paciente siga hablando, será necesario optar por la modalidad simultánea susurrada¹⁴ (Miletic *et al.*, 2006).

4.1.3 Consideraciones después de la sesión

Al concluir la sesión, se sugiere reflexionar sobre qué podría corregirse en un futuro o qué errores podrían evitarse. También se insta a prestar atención al estado emocional del intérprete. En esta misma línea, Kluge (2020) menciona la importancia de realizar una supervisión y un proceso de reflexión grupal sobre la terapia triádica.

¹⁴ También llamada *chuchotage* o *whispering*. Técnica en la cual “el intérprete se sienta junto a una o dos personas, o ligeramente por detrás de éstas y les va susurrando al oído la interpretación del discurso original. Es adecuada solo en momentos puntuales o períodos breves” (AIIC, 2019c).

- Se debe mencionar los elementos relevantes que no se haya logrado comunicar en la interpretación (APS, 2013; Hlavac, 2017; Mirza, 2016).
- Es recomendable tener un intercambio y retroalimentación constructiva entre el intérprete y terapeuta (Bot, 2019; Miletic *et al.*, 2006).
- Suele resultar conveniente el reflexionar sobre la sesión: el intérprete puede compartir su percepción de la terapia y hablar sobre emociones que experimentó. De esta manera se puede propiciar un clima favorable de trabajo al ayudar a despejar tensiones experimentadas durante las sesiones (AUSIT, 2006; Hlavac, 2017; Searight, 2009; Tribe y Thompson, 2017).
- En caso de que el intérprete o el terapeuta lo consideren necesario, deben procurar compartir las aclaraciones lingüísticas y culturales que no haya sido posible señalar durante la sesión (Mirza, 2016; Searight, 2009; Tribe y Thompson, 2017).
- Cuando sea necesario, acordar posibles cambios o ajustes ya sea en el ritmo o en la duración de las intervenciones de cada participante (Hlavac, 2017; Miletic *et al.*, 2006; Tribe y Thompson, 2017).
- Siempre se debe velar por el bienestar del intérprete y vigilar si corre el riesgo de sufrir un trauma vicario. Si es necesario atender dicha situación, hay que ofrecer al intérprete la información de contacto para apoyo subsecuente, por ejemplo: grupos de supervisión, asesoría entre pares, supervisión conjunta para el terapeuta y el intérprete (APS, 2013; Hlavac, 2017; Kluge, 2020; Tribe y Keefe, 2008; Tribe y Thompson, 2017).

4.2 Ejemplo 1: Testimonio de un intérprete de salud mental

A continuación presentaré dos ejemplos de casos de interpretación que surgen a partir de dos artículos, uno sobre la experiencia de ser intérprete en psicoterapia y el otro sobre la interpretación en terapia del habla. Me parecen destacables, pues ilustran cómo se ponen en práctica los lineamientos planteados en los manuales para trabajar con intérpretes.

El primer ejemplo es el de Lotfi Nia, intérprete de un centro psicoterapéutico en Francia, quien en su artículo “Devenir interprète en psychothérapie” comparte sus reflexiones sobre

su experiencia como intérprete en el ámbito de la salud mental. Nia (2020) trabaja en el centro Osiris de Marsella, un centro terapéutico para personas víctimas de tortura y represión política, conflictos étnicos, genocidio, exilio forzado, desplazamiento y masacre, que contrata y forma intérpretes. Es un centro con orientación psicoanalítica, con una perspectiva integral de cuidados: psíquicos (tres psicólogos y un psiquiatra), físicos y administrativos. El seguimiento puede ser individual, grupal o familiar.

El ejemplo de Nia destaca puesto que ilustra el caso de un intérprete que interpreta todas las sesiones de un mismo paciente. Analiza continuamente su propio trabajo, emociones y transferencia en las terapias que interpreta, además lleva una supervisión con sus colegas terapeutas. Reflexiona sobre su práctica como intérprete y también sobre la práctica terapéutica (p. 94) con el terapeuta con quien colabora y con sus colegas intérpretes. Relata la manera en que ha acrecentado su interés y conocimientos en psicoterapia y cómo ha resignificado y reflexionado sobre su labor como intérprete en salud mental. De este caso me parece sobresaliente que un intérprete interprete todas las sesiones de una terapia y realice una reflexión sobre el proceso, como lo recomiendan Miletic *et al.*, pues consideran que de esta manera se lograrán mayores avances (2006). Esto ayuda a generar confianza y un vínculo entre los tres participantes (Tribe y Thompson, 2017).

A diferencia de la situación en los Países Bajos, donde, como lo explica Bot (2005), no se garantiza la presencia de un mismo intérprete en todas las sesiones de una terapia, en el centro Osiris se contrata a los intérpretes a largo plazo. Un intérprete da seguimiento durante todo el proceso analítico del paciente asignado: “Ser intérprete en este centro de cuidados implica comprometerme con uno o varios pacientes, de manera continua y durante toda su terapia” (Nia, 2020, p. 96).

Nia visualiza el papel del intérprete como mediador transcultural y lingüístico. Relata que su experiencia en traducción literaria resultó útil para reflexionar sobre las dificultades de la interpretación en psicoterapia y establece una analogía entre el tratamiento del lenguaje en la traducción literaria y en una sesión terapéutica con el ejemplo del lapsus: en la traducción del mismo, la consigna consiste en “no reparar los enunciados y no restituir información alguna y poner particular atención a dónde engancha la palabra” (2020, p. 96).

En la interpretación en psicoterapia en preciso adoptar un enfoque similar al de la traducción literaria: que el intérprete

... identifique ciertas tendencias que deforman la traducción: la clarificación, homogeneización, simplificación [...] el principal defecto de los traductores consiste en reducir las irregularidades de un texto a la regularidad, a la norma, entregando así un texto de llegada sin relieves. Traspuse al terreno clínico esta exigencia respecto a las asperezas del texto a traducir, y me di a la tarea de estar atenta a los desvíos en las palabras de los pacientes (2020, p. 96).

Nia menciona la dificultad de memorizar y recordar lo que dice el paciente, sobre todo cuando se trata de intervenciones largas y discurso desorganizado, así como la imposibilidad de tomar notas por cuestiones de tiempo. Menciona que en ocasiones el paciente y el terapeuta toman consciencia de estas dificultades y hacen intervenciones breves. No obstante, en otras ocasiones el intérprete se ve obligado a interrumpir, alterando así el ritmo de la interacción. Sin embargo, también se da el caso de que el intérprete opte por no interrumpir, al ser muy delicado cortarle la palabra al paciente que finalmente se ha permitido expresarse libremente. En dichos casos, el intérprete renuncia a poder realizar una restitución óptima de la información.

El autor narra algunas de sus experiencias como intérprete de una terapia familiar, donde resulta más complicada la gestión de turnos de palabra al haber varios pacientes. Nia hace un recuento de sus reflexiones sobre su transferencia hacia los miembros de la familia en cuestión: su reacción hacia el desorden en la comunicación y ante su falta de reactividad o respuesta frente a las intervenciones de las terapeutas, que generó en él la necesidad de repetir lo que la terapeuta sólo enunció una vez.

Cuenta también su experiencia como intérprete de una mujer etíope que decidió llevar su terapia en árabe simplificado. Al no ser su lengua materna, la paciente se expresa con dificultad, con un léxico limitado, verbos mal conjugados, enunciando casi todo en presente. Tras una etapa de confusión que relata en su carnet de notas, Nia entiende que no es necesario y que sería incluso erróneo alterar el discurso o corregir al interpretar. Reconoce el mérito de la paciente al llevar una terapia en una lengua ajena a la materna y la carga simbólica que

podría representar para ella el hecho de poder expresarse a pesar de las limitaciones lingüísticas a las que se enfrenta.

Nia lleva un carnet de reflexiones sobre su trabajo como intérprete. Además, tras cada sesión interpretada, participa en una sesión posterior con el o los terapeutas e intérpretes que hayan participado. Narra la manera en que las sesiones intérprete-terapeuta posteriores a la terapia le ayudaron a elaborar su trabajo y su relación con el discurso interpretado: “Requerí tiempo y múltiples sesiones postinterpretación con los terapeutas para darme cuenta de que al intentar poner orden en el discurso, me estaba dejando llevar por el carrusel lingüístico de la familia” (2020, p. 98).

Este testimonio da cuenta de que la concepción del valor de una intervención terapéutica se basa en que el paciente, por el mero hecho de que la intervención sea enunciada, está obligado a recibirla y tiene un *insight*¹⁵. Sin embargo, no está contemplando que haya un sin número de procesos que puedan interferir en la “comprensión” de la intervención. Lo que se podría pensar como un error en la transmisión del mensaje, más bien resalta la pobreza de la concepción de la dinámica terapéutica.

Nia relata una experiencia en la cual sintió la necesidad de insistir en lo enunciado por el terapeuta y de repetirlo, cuando el original se pronunció en una sola ocasión. Nos permite vislumbrar la situación que refieren las investigaciones en interpretación en salud mental sobre el deseo del intérprete de traspasar su función.

De este modo intento obligar que se adhieran a dicha propuesta, desear que estuvieran en mi lugar y que entendieran como yo la evidencia subyacente [...] agregué una frase insistente, no presente en la formulación de la hipótesis de la psicóloga [...] esta infidelidad aparentemente anodina, que no está en el orden del sentido, es determinante: permite ver cómo el traductor puede sustituir el gesto del terapeuta con el suyo, y cuán grande es la tentación de forzar la escucha... Tuve que confiar en la capacidad de escucha de los

¹⁵ Insight: (in, interior, sight, visión) es un “anglicismo que refiere al acto de comprensión súbita” (Cosacov, 2007, p. 183).

pacientes, no repetir palabras que el/la terapeuta enunciara una sola vez y aprendí a reconocer que los actos del habla son importantes en psicoterapia (p. 98-99).

La cita ilustra igualmente la manera en que el intérprete reflexiona sobre su transferencia y posicionamiento respecto a lo que enuncia el terapeuta. Las sesiones posteriores a la terapia, las supervisiones y la formación le permitieron a Nia adquirir conocimientos y desarrollar reflexiones sobre la interpretación en psicoterapia. Todo ello, le permite tener una práctica colaborativa y cavilada.

4.3 Ejemplo 2: Técnicas de interpretación en terapia del lenguaje

El segundo ejemplo versa sobre la interpretación simultánea en la terapia del habla. Ilustra cómo se ha establecido un protocolo para realizar una interpretación literal, para detectar y reportar problemas y particularidades en el habla. También muestra un caso concreto en que el intérprete ha adquirido la terminología específica del campo. Finalmente, refleja cómo el intérprete brinda apoyo emocional al paciente a lo largo de los ejercicios de la terapia.

Merlini y Favaron (2007) presentan una investigación sobre la interpretación en terapias del habla. Analizan los conocimientos requeridos por parte del intérprete: conocimientos lingüísticos, de la comunicación no verbal, familiaridad con ambas culturas y con la terminología profesional y la capacidad para reproducir el lenguaje de individuos con trastornos del habla. La interpretación literal (*verbatim*) es sumamente importante; por ende, se le indica al intérprete que no deben editar lo enunciado ni cambiar sonidos. Aunado a ello, debe explicar a los terapeutas del habla qué dijo el paciente y qué debió haber dicho (con base en parámetros sintácticos, fonológicos y semánticos), para ayudarlos así a reconocer el grado y causas de las deficiencias del habla. Se espera que el intérprete "tenga la capacidad de reproducir el lenguaje de personas con trastornos del habla [de ahí la importancia de proporcionar] traducciones literales de las intervenciones de los paciente durante las sesiones de evaluación" (Merlini y Favaron, 2007, p. 102).

En este tipo de terapia, el médico controla los cambios de turno y existen unidades de construcción de turnos y reglas de asignación de turnos definidas. Hay un reconocimiento claro del involucramiento del intérprete en la interacción.

Los intérpretes desempeñan una tarea sumamente compleja: emulan el comportamiento prosódico del paciente. Las palabras omitidas, distracciones, dudas, pausas, ritmo de la elocución, alargamiento de vocales: todo ello se refleja. Los intérpretes toman en cuenta la prosodia, las características parasegmentales del habla, el ritmo, la duración del sonido y el volumen. También deben dar explicaciones metalingüísticas para el terapeuta, es decir, se invita a los intérpretes a "explicarle al terapeuta del habla qué se dijo y contrastarlo con qué debió haberse dicho, de esta manera puede ayudarlo a reconocer el grado y la causa del trastorno" (Merlini y Favaron, 2007, p. 103).

El estudio resalta la importancia de la empatía en el intérprete, quien tiene autorizado alentar al paciente cuando acierta en los ejercicios. También se notó que el intérprete suele realizar adiciones enfáticas y explicativas para el paciente. Se sigue un modelo de comunicación empático, consecuentemente, en ciertas ocasiones el intérprete "reitera la evaluación favorable a las respuesta del paciente de parte del terapeuta" (Merlini y Favaron, 2007, p. 110). El intérprete emula "la atención del terapeuta a las dificultades del paciente [y] manifiesta el mismo comportamiento prosódico en su traducción" (p. 129).

5 CONCLUSIONES

A lo largo de la elaboración del presente trabajo, enfrenté varias limitaciones. En primer lugar, cuento con una formación inicial en una rama de inclinación freudiana del psicoanálisis y desde luego no me considero una experta en el tema. No cuento con conocimientos en profundidad sobre las demás psicoterapias, por ende, el presente trabajo tiene la principal finalidad de ser un estudio exploratorio, en el que procuré señalar las principales

implicaciones del uso de diferentes tipos de interpretación en psicoterapia. Sin duda, el tema se podría seguir investigando a través de estudios empíricos multidisciplinarios.

Aunado a ello, actualmente no contamos con datos concretos que muestren los tipos de psicoterapia que se utilizan en las terapias con mediación de intérpretes, por lo cual solo me fue posible sugerir, a manera de ejemplo, las posibles ventajas y desventajas del uso de dos tipos de interpretación, en dos corrientes psicoterapéuticas.

El presente estudio es relevante porque hasta el momento se ha utilizado la interpretación dialógica como la modalidad por defecto en ámbitos de salud mental. No se ha realizado investigación sobre la posibilidad e implicaciones del uso de otra técnica de interpretación. Sin embargo, hemos podido constatar que la presencia del intérprete y la forma de trabajo en la psicoterapia afecta la terapia, su curso, sus resultados, es decir, afecta la vida psíquica de un paciente. La presente tesina podría ser de interés para intérpretes en ámbitos psicoterapéuticos y estudiantes de interpretación que deseen integrarse a este sector, pues versa sobre las particularidades de su área de trabajo y los invita a analizar elementos fundamentales en la psicoterapia como el lenguaje, la literalidad, el vínculo emocional y la empatía. Asimismo, puede resultar relevante para terapeutas, pues les informa sobre la posibilidad de utilizar distintas modalidades de interpretación y esboza algunas implicaciones del uso de cada modalidad.

Este trabajo genera un valor añadido porque retoma directrices formuladas en el ámbito de la psicoterapia y la psiquiatría para darlo a conocer a las personas interesadas en el área de la interpretación. Busca concientizar a terapeutas e intérpretes sobre elementos cruciales en las técnicas psicoterapéuticas y de interpretación que se deben tomar en cuenta cuando profesionistas de estas dos disciplinas colaboran.

Parte de la investigación sobre la interpretación en entornos sanitarios se ha centrado en la reflexión en torno al papel del intérprete, su nivel de implicación en la interacción y sus funciones. Gradualmente nos hemos alejado de la noción del intérprete como un simple conducto o máquina de traducción y de la prescripción de su invisibilidad. En el modelo del conducto, se percibe al intérprete como carente de emociones, como una máquina (Hsieh y

Hong, 2010). Tal modelo no es realista y los estudios muestran que no se puede negar la presencia del intérprete. Resultaría más conveniente reconocer que la dinámica de la psicoterapia asistida con interpretación no es estática y habría que reflexionar sobre el método de trabajo particular para cada caso y decidir en consecuencia cuál sería la modalidad de interpretación de acuerdo al tipo de terapia y la técnica de trabajo más apropiadas para el proceso.

Siguiendo esta misma línea, y a la luz de las investigaciones, resulta necesario primero reconocer al intérprete como un participante activo, que necesariamente influye en la terapia, el proceso comunicativo y la relación triádica. A partir de un análisis de las técnicas de trabajo y los objetivos de la psicoterapia, tomando en consideración los objetivos y preferencias del paciente, conviene decidir entre la interpretación simultánea o dialógica. En dicha decisión, es menester considerar dos elementos principales: lo lingüístico (el grado de literalidad en la interpretación, la frecuencia del cambio de turno de palabra, la longitud de las intervenciones y el tipo de interacción: diálogo o monólogo) y lo interrelacional (el grado de implicación del intérprete, su presencia o ausencia en la sala y el grado de apoyo emocional). El tipo de interpretación deseado puede elegirse de acuerdo con las características de la psicoterapia para promover que se alcancen resultados más favorables.

El intérprete y el terapeuta comparten un elemento rector y fundamental en su práctica: el uso del lenguaje. Cada uno conoce las distintas maneras en que puede utilizarse el lenguaje como herramientas de trabajo, sus límites y las posibles consecuencias según el modo en que se usa. Es importante entender cómo funciona el lenguaje y ser consciente de sus particularidades en las psicoterapias y en la interpretación.

Si el intérprete y el terapeuta adquieren conocimientos sobre las características de los campos de trabajo mutuos, sus técnicas, particularidades con respecto al lenguaje y objetivos, podrían colaborar de una manera más fructífera y armoniosa. Por ende, se recomienda la formación de ambas partes sobre cómo trabajar juntos.

Dicha formación bien podría tomar en cuenta el conjunto de manuales que reflexionan sobre el método de trabajo de intérpretes en el campo de la salud mental; de los cuales me gustaría

resaltar que existen coincidencias en la importancia y necesidad de tener sesiones previas y posteriores a la terapia entre el intérprete y el terapeuta, y la necesidad de un encuadre y directrices a seguir para el trabajo en conjunto.

El constante cambio en el empleo de las tecnologías con las que nos comunicamos puede habilitar nuevas formas de interacción que desafían los paradigmas ya establecidos, así como las ideas canónicas que se tenían sobre una interpretación y terapia presencial o incluso remota, ya que permite alterar aspectos de la comunicación que hasta el momento se habían dado por sentados.

A partir del presente trabajo surgen algunos temas para futuras investigaciones. Por ejemplo, se podría realizar un estudio sobre qué técnicas de psicoterapia se practican con la mediación de intérpretes, el perfil de los pacientes que reciben este servicio, las lenguas de trabajo, el país de origen de los participantes. También resultaría interesante entrevistar a pacientes, intérpretes y terapeutas que hayan participado en una psicoterapia con mediación de intérpretes, con el fin de conocer su particular punto de vista con respecto a la interpretación con la que se trabajó. De esta manera, se podría analizar con mayor profundidad las técnicas y los métodos implementados en los diferentes tipos de psicoterapias, así como las ventajas y dificultades que se presentan en éstas. Asimismo, se podría optar por la implementación de la interpretación simultánea en terapias en las que hasta el momento solo se ha usado la interpretación dialógica, para luego documentar los efectos y la viabilidad de este cambio. Finalmente, se podría optar por una investigación con una mayor inclinación social o filosófica, en torno a las implicaciones del bilingüismo, las diferencias culturales, o el debate entre la primacía del fondo o la forma.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, A. (2021). COVID's mental-health toll: How scientists are tracking a surge in depression. *Nature*, 590(7845), 194-195. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00175-z>
- ACNUR /UNHCR. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. (2020). *Tendencias globales desplazamiento forzado en 2019*. <https://www.acnur.org/5eeaf5664.pdf>
- Aguado Herrera, I., Aranda Boyzo, B., & Ochoa Bautista, F. (2011). El Método Psicoanalítico: Observaciones Sobre Algunas de sus Implicaciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2(1), <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22835>
- AIIC. (2019a). *AIIC: Directrices para la interpretación a distancia (Versión 1.0)*. Recuperado 7 de septiembre de 2021, de [https://aiic.org/document/4415/AIIC-%20Directrices%20para%20la%20interpretacion%20a%20distancia%20\(Version%201.0\)%20-%20SPA.pdf](https://aiic.org/document/4415/AIIC-%20Directrices%20para%20la%20interpretacion%20a%20distancia%20(Version%201.0)%20-%20SPA.pdf)
- AIIC, (2019b). *Glossary—AIIC*. Recuperado 10 de julio de 2021, de <https://aiic.org/site/world/conference/glossary>
- AIIC, (2019c). *Glosario de la Interpretación*, <https://aiic.org/site/es/profesion/definiciones>
- Angelelli, C. V. (2019). *Healthcare Interpreting Explained*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315310978>
- APS, Australian Psychology Society. Working with Interpreters: A Practice Guide for Psychologists. The Australian Psychological Society Limited, junio de 2013. https://ausit.org/wp-content/uploads/2020/02/APS-Working-with-Interpreters-Practice-Guide-for-Psychologists_2013.pdf
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966, diciembre 16). *ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

- AUSIT, Australian Institute of Interpreters and Translators. (2006) AUSIT Guidelines for Health Professionals Working with Interpreters. Accedido 9 de septiembre de 2021. https://ausit.org/wp-content/uploads/2020/02/AUSIT-Guidelines_For_Health_Professionals-working-with-Interps.pdf
- Bauer, A. M., y Alegría, M. (2010). Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61(8), 765-773. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.8.765>
- Benjamin, E., Swartz, L., Chiliza, B., y Hering, L. (2016). Language barriers in health : lessons from the experiences of trained interpreters working in public sector hospitals in the Western Cape. *South African Health Review*, (1), 73-81. <https://doi.org/10.10520/EJC189317>
- Bischoff, A., Perneger T. V., Bovier P. A., Loutan L., y Stalder, H. (2003a). Improving Communication between Physicians and Patients Who Speak a Foreign Language. *British Journal of General Practice*.
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutan, L. (2003b). Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine (1982)*, 57(3), 503-512. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00376-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00376-3)
- Black, A. (2019). *Cross-cultural health translation exploring methodological and digital tools* (M. Ji, Ed.). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bolton, Jonathan. (2002). The Third Presence: A Psychiatrist's Experience of Working with Non-English Speaking Patients and Interpreters. *Transcultural Psychiatry* 39(1): 97-114. <https://doi.org/10.1177/136346150203900104>
- Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Rodopi.
- Bot, H., (2015). Interpreting in Mental Health Care. *The Routledge Handbook of Interpreting*. Routledge Handbooks Online. <https://doi.org/10.4324/9781315745381>

- Bot, Hanneke. (2019). Mental health interpreting: Challenges and opportunities. En *Multicultural Health Translation, Interpreting and Communication*. Routledge.
- Brach, C., Fraser, I., & Paez, K. (2005). Crossing The Language Chasm. *Health affairs (Project Hope)*, 24, 424-434. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.424>
- Braun, S. (2015). *Remote interpreting*. Routledge Handbooks Online. <https://doi.org/10.4324/9781315745381.ch22>
- Brown, C. A., & Weisman de Mamani, A. (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), 1-10. <https://doi.org/10.1037/pro0000125>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Bustos Arcón, V.A. (15 de enero de 2016): Analyst's desire, transference and interpretation: an analytic perspective. *Psicología desde el Caribe*, 33(1) 97-112. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8060>.
- Cambridge, J., Swaran P. S., y Johnson M. (abril de 2012): The Need for Measurable Standards in Mental Health Interpreting: A Neglected Area. *The Psychiatrist* 36(4), 121-24. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.031211>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (11 de junio de 2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 394, 240-248.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de la Psicología*. (3a ed.) Editorial Brujas.

- Echauri Galván, B. (2014). Towards more positive environments: A fieldwork on the importance of pragmalinguistics in mental health interpreting. *Babel (Frankfurt)*, 60(4), 464-486. <https://doi.org/10.1075/babel.60.4.04ech>
- Elderkin-Thompson, V., Cohen Silver, R., & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: A study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1343-1358. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00234-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00234-3)
- Eurostat. (2021). *Migration and migrant population statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics
- Farooq, S., y Fear, C. (2003): Working through Interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(2), 104-109. <https://doi.org/10.1192/apt.9.2.104>.
- Fernández, E. I., & Russo, M. (2020). A multidisciplinary theoretical and methodological framework for the study of telephone interpreting. *The Interpreter and Translator Trainer*, 14(3), 240-258. <https://doi.org/10.1080/1750399X.2020.1800363>
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria y tecnica de las psicoterapias*. Nueva Vision. <https://documento.mx/documents/fiorini-teoria-y-tecnica-de-las-psicoterapiaspdf-5c1141af05ef2>
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical care research and review: MCRR*, 62, 255-299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>
- Goguikian Ratcliff, B., y Pereira, C. (2019). L'alliance thérapeutique triadique dans une psychothérapie avec un interprète: un concept en quête de validation. *Pratiques psychologiques*, 25(1), 63-77. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.02.001>.

- Griner, D., & Smith, T. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531–548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Hallock, J., Batalova, J. y Zong, J. (8 de febrero de 2018). *Frequently Requested Statistics on Immigrants and Immigration in the United States*. Migrationpolicy.Org. <https://www.migrationpolicy.org/article/frequently-requested-statistics-immigrants-and-immigration-united-states-2016>
- Hlavac, J. (2017). *Mental Health Interpreting Guidelines for Interpreters*. Monash University.
- Hornberger, J. C., Gibson, C. D., Wood, W., Dequeldre, C., Corso, I., Palla, B., & Bloch, D. A. (1996). Eliminating Language Barriers for Non-English-Speaking Patients. *Medical Care*, 34(8), 845-856. <https://doi.org/10.1097/00005650-199608000-00011>
- Hsieh, E., & Hong, S. J. (2010). Not all are desired: Providers' views on interpreters' emotional support for patients. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.004>
- Jidong, D. E., Tribe, R. y Gannon, K. (2020) Challenges Faced by Mental Health Interpreters in East London: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Counselling Psychology Review* 35(2), 40-51.
- Kaufert, J. M., y Koolage, W. (1984). Role Conflict among 'Culture Brokers': The Experience of Native Canadian Medical Interpreters. *Social Science & Medicine*, 18 (3), 283-86. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90092-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90092-3)
- Kluge, U. (2020). The Role of the Interpreters in Intercultural Psychotherapy. en M. Schouler-Ocak & M. C. Kastrup (Eds.), *Intercultural Psychotherapy*, Springer, Cham. 93-101. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24082-0_7
- Kriz, J. (1990). *Corrientes Fundamentales en Psicoterapia* (Trad. J. L. Etcheverry). Amorrortu editores. https://www.academia.edu/42654490/CORRIENTES_FUNDAMENTALES_EN_PSI_COTERAPIA

- Laplanche, J. y Pontalis J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Laws M.B., Heckscher, R., Mayo, S., Li, W., y Wilson, I. (2004). A New Method for Evaluating the Quality of Medical Interpretation. *Medical care*, 42(1), 71-80. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000102366.85182.47>
- Leanza, Y. (2005). Role of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167-192. <https://doi.org/10.1075/intp.7.2.03lea>
- Merlini, R., y Favaron, R. (2007). Examining the voice of interpreting in speech pathology. en *Healthcare interpreting discourse and interaction*, John Benjamins, 101-137. [slsp-unige.primo.exlibrisgroup.com](http://unige.primo.exlibrisgroup.com)
- Metzger, M. Sign language interpreting. (1999). *Deconstructing the myth of neutrality*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Mezcua, Aurora Ruiz. (2010) La enseñanza de la interpretación social en el contexto biosanitario: la preparación psicológica del intérprete médico. *TRANS: revista de traductología*, (14), 143-60.
- Mirdal, G. M., Ryding, E. y Sondej M. E. (2012). Traumatized Refugees, Their Therapists, and Their Interpreters: Three Perspectives on Psychological Treatment. *Psychology and Psychotherapy* 85(4), 436-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x>
- Miletic, T., Piu M., Minas H., Stankovska, M., Stolk, Y., y Klimidis S., (2006). *Guidelines for Working Effectively with Interpreters in Mental Health Settings*.
- Mirza, M., Harrison, E. A., Chang, H., Salo, C. D. y Birman, D. (2017). Making Sense of Three-Way Conversations: A Qualitative Study of Cross-Cultural Counseling with Refugee Men. *International Journal of Intercultural Relations* 56, 52-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2016.12.002>
- Mori, A. (2020). *The Influence of Different Kinds of Interpreter on a Mental Health Care Encounter*. [Tesis de maestría] Université de Genève.

- National Center for PTSD. (2015). *Tratamientos eficaces para el TEPT: Considerar la Terapia Conductual Cognitiva (TCC) como el tratamiento de primera elección*. https://www.ptsd.va.gov/spanish/docs/EffectiveTreatmentPTSD_Physicians_SP.pdf
- Nia, L. (2020). Devenir interprète en psychothérapie: Du décalage en traduction. *L'Autre*, 21(1), 94-102. <https://doi.org/10.3917/lautr.061.0094>
- Olfson, M., Lewis-Fernández, R., Weissman, M., Feder, A., Gameroff, M., Pilowsky, D., & Fuentes, M. (2002). Psychotic Symptoms in an Urban General Medicine Practice. *The American journal of psychiatry*, 159, 1412-1419. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1412>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Parrilla Gómez, L. (2020). *La interpretación en el contexto sanitario aspectos metodológicos y análisis de interacción del intérprete con el usuario*. Peter Lang.
- Parrilla Gómez, L. and Postigo Pinazo, E. (2018). *Intercultural communication and interpreter's roles: Widening taxonomies for effective interaction within the healthcare context*. *Current Trends in Translation Teaching and Learning*. 5, 236–314. http://www.cttl.org/uploads/5/2/4/3/5243866/cttl_e_2018_7.pdf
- Passerieux, C. (2000). Psicoterapias. *EMC - Tratado de Medicina*, 4(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(00\)70057-2](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(00)70057-2)
- Pian, A., Hoyez, A.C. y Tersigni, S. (2018) Interpreting in Mental Health: Social, Moral and Spatial Divisions of Labor in Health Care for Migrants. *Revue Européenne Des Migrations Internationales* 34(2-3). <https://doi.org/10.4000/remi.12095>
- Pochhacker, F. (2015). *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315678467>

- Price, E. L., Pérez-Stable, E. J., Nickleach, D., López, M., & Karliner, L. S. (2012). Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 226-232. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.006>
- Pugh, M. A., & Vetere, A. (2009). Lost in translation: An interpretative phenomenological analysis of mental health professionals' experiences of empathy in clinical work with an interpreter. *Psychology and Psychotherapy*, 82(3), 305-321. <https://doi.org/10.1348/147608308X397059>
- Resara, E., Tribe R., y Lane P. (2015). Interpreting in Mental Health, Roles and Dynamics in Practice. *International Journal of Culture and Mental Health* 8(2), 192-206. <https://doi.org/10.1080/17542863.2014.921207>
- Rey, L. (2011). *Des ponts linguistiques pour mieux guérir l'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse*. Office fédéral de la santé publique OFSP.
- Searight, H. R. (2009). Working with Foreign Language Interpreters: Recommendations for Psychological Practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 40(5) 444-451. <https://doi.org/10.1037/a0016788>
- Seeber, K. G. (2015). *Simultaneous interpreting*. Routledge Handbooks Online. <https://doi.org/10.4324/9781315745381.ch5>
- Shlesinger, M., & Pöchhacker, F. (2007). *Healthcare interpreting discourse and interaction*. John Benjamins.
- Tribe, R., y Keefe, A. (2009). Issues in Using Interpreters in Therapeutic Work with Refugees. What Is Not Being Expressed? *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 11(4), 409-424. <https://doi.org/10.1080/13642530903444795>.
- Tribe, R., y Thompson, K. (2017). Working with Interpreters: Guidelines for Psychologists. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24082.56009>
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Longman.

Zimányi, K. (2013). Somebody has to be in charge of a session: On the control of communication in interpreter-mediated mental health encounters. *Translation and Interpreting Studies*, 8(1), 94-111. <https://doi.org/10.1075/tis.8.1.05zim>