

LA INTERPRETACIÓN MÉDICA MAYA-ESPAÑOL: MEDIACIÓN ESTRATÉGICA EN UN CONTEXTO INTERCULTURAL

Alessio Zanier Visintin
Universidad de Quintana Roo
azanier@uqroo.edu.mx

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es demostrar la importancia de la mediación estratégica intercultural, es decir, la capacidad del intérprete de remover las barreras a la comunicación, más allá de la comunicación verbal, conociendo la cosmogonía y las características culturales distintivas de las culturas originarias, actuando con neutralidad, sin prejuicios, con atención a su papel preciso, evitando intromisiones y recurriendo a sus habilidades sociales de intermediación. De este trabajo surgen dos sugerencias: la creación de un Consejo Nacional de Intérpretes Interculturales, así como la inclusión de la lengua maya en el Programa de Maestría en Traducción e Interpretación que está desarrollando la Universidad de Quintana Roo, como primeros pasos para atender esta problemática que afecta a las personas maya-hablantes del sureste mexicano.

PALABRAS CLAVE

MEDIACIÓN ESTRATÉGICA, INTERPRETACIÓN MÉDICA, INTERCULTURALIDAD, COSMOGONÍAS ORIGINARIAS, LENGUA MAYA

ABSTRACT

The aim of this paper is to underline the significance of intercultural strategic mediation, that is the skills of interpreters in removing communication hurdles beyond verbal communication, by knowing the cosmogony and the distinctive cultural features of the original cultures, acting with neutrality, without prejudices, sticking to his/her precise role, avoiding third-party interventions and resorting to social intermediation skills. Two suggestions derive from this paper: the creation of a National

Council of Intercultural Interpreters, as well as the inclusión of the Maya language in the forthcoming Master Program in Translation and Interpreting, being developed by the University of Quintana Roo, as initial steps in facing these predicaments which concern the Maya-speaking population of southeastern Mexico.

KEY WORDS

STRATEGIC MEDIATION, MEDICAL INTERPRETING, INTERCULTURALITY, NATIVE COSMOGONIES, MAYA LANGUAGE

Introducción

La interpretación médica se inserta en un contexto más amplio conocido como traducción oral comunitaria, que implica el acceso a servicios sociales comunitarios, de asistencia legal, administrativa, educativa y de salud. El concepto fundamental de la traducción oral comunitaria es la “autonomía comunicativa” que se define como: “la capacidad de cada parte en un encuentro de ser responsable de y poder controlar su comunicación” (Allen y Bancroft, 2016, p. 19).

En la interpretación médica, este principio guía las actividades de los intérpretes médicos: en muchos casos, y en especial en situaciones de comunicación intercultural, como por ejemplo en los hospitales y centros de salud de la zona maya de la península de Yucatán, México, la falta de intérpretes médicos preparados profesionalmente conlleva a situaciones en las que amigos o familiares del paciente tratan de interpretar entre paciente maya-hablante y médico hispanohablante, agregando elementos al mensaje, modificándolo, eliminando partes, resumiendo o dando opiniones, distorsionando así la comunicación, perjudicando el diagnóstico, el tratamiento y poniendo en riesgo el bienestar y hasta la vida misma de los pacientes.

En este sentido, el objetivo de la interpretación médica es fomentar la autonomía comunicativa, facilitando la comunicación entre las partes que no tienen un idioma en común. Este trabajo se enfoca en la mediación estratégica en la interpretación médica intercultural, que se puede definir como la facilitación de la comunicación precisa y eficaz entre pacientes, sus familias y el personal médico con el fin de lograr el acceso a los servicios de salud en un entorno intercultural, en este caso con la combinación lingüística maya-español.

Las sugerencias que emanan de este trabajo incluyen la creación de un Consejo Nacional de Intérpretes Médicos, capacitados también en la interpretación en len-

guas originarias, así como la creación de cursos de formación de intérpretes médicos que puedan desempeñarse en ámbitos interculturales. En atención a estas apremiantes necesidades sociales, la Universidad de Quintana Roo está desarrollando un proyecto de Maestría en Traducción e Interpretación que incluye el idioma maya, con especial atención en la formación de intérpretes médicos, confirmando el compromiso institucional de coadyuvar en la resolución de los problemas sociales y culturales de la entidad.

La interpretación médica intercultural

El intérprete médico se define como “una persona bilingüe o multilingüe calificada profesionalmente para fungir como intérprete en los servicios de salud” (Allen y Bancroft, 2016, p. 22).

Hay diferentes tipos de intérpretes en los servicios de salud de la mayoría de los países más desarrollados, los cuales cuentan con traductores que pertenecen al personal de los hospitales o que son contratados *ad hoc*, o pueden ser enfermeros o asistentes médicos bilingües, o voluntarios, familiares o amigos. Sin embargo, por razones ligadas a la seguridad de los pacientes, la mayoría de los hospitales trata de no recurrir a los intérpretes voluntarios sino en casos urgentes y excepcionales.

En la zona maya del estado de Quintana Roo, especialmente en los hospitales de las ciudades de Chetumal, Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos y Bacalar, la última opción es la más utilizada, ya que la figura del intérprete médico intercultural profesional no existe en estos centros de salud. Sólo en los últimos años las autoridades del sector salud se han percatado de la necesidad de disponer de personal con estas características, tomando en cuenta también los fenómenos migratorios interestatales que implican un aumento del número de personas maya-hablantes en la zona maya del estado de Quintana Roo.

En el estado de Quintana Roo, según los datos del INEGI (2020), hay 175 mil personas maya-hablantes, que representan 11.7 por ciento de la población total, mientras que en el estado de Yucatán tenemos 519 mil maya-hablantes, es decir 23.7 por ciento de la población.

Por lo que se refiere a la cobertura de los servicios de salud en la zona maya de Quintana Roo, la situación es muy peculiar y presenta retrasos y carencias importantes, como ha sido evidenciado por un estudio sobre los motivos de consulta de la población maya que acude al Hospital General de Chetumal.

En este estudio transversal y descriptivo se hace hincapié en el hecho de que en el estado de Quintana Roo existen aproximadamente 150 centros de salud para atención primaria, la mayoría ubicados en áreas de alta marginación, con carencias importantes en infraestructura y personal médico. Por la tanto, es muy frecuente que las personas que requieren atención médica más específica o urgente sean canalizadas al Hospital General de Chetumal, capital del estado. En este mismo estudio se señala que los testimonios de las personas entrevistadas indican que a menudo no se atiende a la población maya-hablante de manera satisfactoria, debido al desconocimiento de su lengua por parte de los servidores públicos de estas instituciones sanitarias. Hay cinco municipios que no tiene hospitales, hay tres que no están bien equipados y dos más que no están terminados en su construcción. Hay una carencia de infraestructura hospitalaria pero también de atención médica. Existen en el estado dos mil 300 médicos, cuando la necesidad profesional es de cinco mil (SESA, 2007).

En el marco de las políticas públicas con un enfoque intercultural en el sector salud, el programa “Médico en tu Casa” logró proporcionar atención médica a más de 100 mil familias. Sin embargo, no hay datos que confirmen el grado de eficacia de esta iniciativa en los núcleos familiares indígenas.

Existen también las “Caravanas de la Salud”, en las que un cámper con dos o tres médicos se traslada desde Chetumal hacia las diferentes comunidades de la zona maya para diagnosticar enfermedades en la población, aplicar los tratamientos adecuado en los casos más simples y dirigir a los pacientes al hospital más cercano, que es todavía el Hospital General de Chetumal.

Desafortunadamente, estas caravanas funcionan de manera intermitente, sin planeación ni calendarización adecuadas, y a menudo son víctimas de los caprichos y las prioritizaciones de las autoridades de la salud, dentro de un marco de extendida corrupción y búsqueda de enriquecimiento personal a costa de la salud; la mayoría de la población maya-hablante no puede permitirse acceder a los servicios de salud particulares, que tienen costes estratosféricos para la mayoría. Es legítimo, entonces, definir a los servicios de salud en el área maya de Quintana Roo como precarios, discriminatorios y sin pertinencia cultural; la propuesta de inclusión de traductores-intérpretes en lenguas originarias en estos servicios podría mejorar esta situación en contingencias específicas, a falta de una reorganización general y exhaustiva del sector salud en su totalidad.

El sector salud, en toda la República Mexicana, está plagado de problemas y retrasos estructurales de gran envergadura que conjugan corrupción, atraso científico y falta de infraestructuras. Esta cultura social configura una situación en la que la

presencia de intérpretes interculturales profesionales es considerada como una especie de lujo, como algo que pertenece al “primer mundo” y que no encaja en un universo de salud pública que presenta lagunas, carencias y retrasos macroscópicos. En el caso de Estados Unidos:

Los proveedores de servicios médicos tienen la obligación profesional y ética de tratar a todos los pacientes según unos estándares determinados por sus sectores de actividad. Estas obligaciones no pueden ser atendidas en los casos de pacientes con limitados conocimientos del inglés sin recurrir a intérpretes médicos. Para mejorar los servicios de interpretación hay que enfocarse en procesos estandarizados de certificación y contratación para aumentar el número de intérpretes disponibles en el sistema de cuidado de la salud (Tonkin, 2017, p. 13).

El impacto indiscutiblemente positivo de la presencia de intérpretes médicos especializados fue evidenciado por un estudio sistemático sobre la literatura especializada en este tema (Karlner et al., 2007), en el cual se subraya la disminución de errores en la comunicación paciente-médico, la optimización del uso de los servicios de salud, la mejora en los diagnósticos y las curaciones y el aumento de la satisfacción de los pacientes.

La ausencia de intérpretes en la comunicación estratégica en los cuidados de la salud conlleva a situaciones difíciles, a veces trágicas, especialmente en los casos en que culturas muy diferentes entran en contacto, como es el caso de la interacción entre la cultura maya de la península de Yucatán —con su cosmogonía y creencias subyacentes— y la cultura mexicana hispanohablante, profundamente influenciada por un estilo de vida que imita en muchos casos los modelos culturales norteamericanos y europeos.

Existen muchos ejemplos de lo que puede suceder como consecuencia de la falta de comunicación entre pacientes y médicos, y creo conveniente describir aquí unos casos, referentes a esta situación en hospitales de Estados Unidos, para darnos cuenta de la gravedad de las situaciones que pueden surgir:

A una niña vietnamita de sólo nueve años se le pidió interpretar para su caso, hasta que ella colapsó como reacción a un medicamento que le fue prescrito. A este punto, su hermano trató de interpretar para sus padres. Desafortunadamente, cuando los doctores se dieron cuenta de lo que estaba pasando, la niña ya había fallecido. En el juicio que siguió, un perito médico, testigo de lo sucedido, declaró: “Llevar a cabo la comunicación sin un intérprete profesional no correspondió a los estándares de cuidado de la salud que se esperan de estos doctores y

la institución involucrada. Como consecuencia, ella no recibió los tratamientos adecuados. Los padres no entendieron sus necesidades de salud. En mi opinión, la falta por parte de los doctores y la institución en utilizar un intérprete médico profesional fue un factor sustancial en provocar la muerte de la paciente (Allen y Bancroft, 2016, p. 27).

Otro ejemplo nos ilustra las complicaciones que pueden surgir de un error de traducción en la comunicación médica:

Una madre británica perdió sus pechos como consecuencia de una doble mastectomía innecesaria en España hace ocho años, después de que un error de traducción llevó a los doctores a creer que ella tenía un historial familiar de cánceres de pecho. Según el *Daily Mail*, ella declaró que los doctores creían que su madre y su hermana habían sufrido de cáncer de pecho al leer su historial clínico que presentaba errores de traducción. Ella intentó hablar con los doctores, sin resultado. El absceso que tenía no era canceroso. Después de perder su trabajo y vivir, en sus palabras “un infierno de ocho años”, ahora demandó al hospital por una compensación de 600,000 libras (Allen y Bancroft, 2016, p. 29).

Un caso emblemático, entre miles, fue el de una migrante mexicana que sufrió un ataque al corazón, y nadie en el hospital pudo explicarle lo que le pasaba, ya que su lengua materna es el triqui, hablado en el noreste del estado de Oaxaca; motivada por esta experiencia, empezó a trabajar como intérprete empírica en los hospitales de su comunidad de Oxnard, en el sur de California. En el mismo reportaje se subraya que la Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos espera un aumento de 46 por ciento en el empleo de traductores e intérpretes médicos entre 2012 y 2022 en el sur de Estados Unidos (Raff, 2015).

En la zona maya del estado de Quintana Roo, los problemas de atención médica surgen no sólo de la falta de infraestructuras, personal capacitado y cultura de la salud (Sánchez Cordova et al., 2013), sino que,

en gran medida tienen que ver con las fronteras lingüísticas y culturales que existen entre los pacientes maya hablantes y los médicos hispanohablantes. Las complicaciones que surgen por los usos de terminologías médicas y comunitarias para nombrar las enfermedades y las cuestiones culturales para el entendimiento y el tratamiento de la salud y la enfermedad no permiten a los doctores ofrecer ni a los enfermos recibir un buen servicio de salud con calidad (Chi Canul, 2013, p. 13).

En palabras de una paciente maya-hablante en el Centro de Salud de la comunidad de Naranjal Poniente, Quintana Roo:

Te kóonsuultao abligaadoech a t'an espaniool, wa ma'an t'aan espenioole' ku k'eyi-kech le doktooro. Tene' astaj yaan k'line s'aajkenn bin K'oonsuultar maik ma' in na'atik le espanioolo' menos u páajtal in t'anik.

En el hospital te obligan a hablar el español, si no habla el español, te regañan por el doctor. Yo hasta hay días que tengo miedo de ir a consulta porque no entiendo el español y menos lo puedo hablar (Chi Canul, 2013, p. 13).

En una entrevista con un médico, la situación se hace todavía más clara:

Yo aquí les pido que hablen español, si no saben español, que traigan a sus hijos. Las madres tienen hijos que van a la escuela, ellos pueden acompañarlas a sus consultas para que les traduzcan. A mí la verdad no me interesa aprender el maya (Chi Canul, 2013, p. 13).

En el mismo estudio etnográfico, Chi Canul reporta un diálogo iluminador, ocurrido en una consulta médica entre una paciente maya hablante y un médico hispanohablante:

Médico (M): buenos días, señora, pase, siéntase.

Doña Victoria (DV): *"Doktor tene' chen táalen konsultaar tumen jach taj yaj u ch'iich k'i'ina'an u jool in puksi'ik'al... aayyy.* [Doctor, yo sólo vine a consultar porque tengo un fuerte dolor punzante en la puerta de mi corazón.¹]

Doña Victoria tocó su frente y se quejó del dolor, doblándose encima de su estómago para contraer y aguantar el dolor punzante de su corazón que le explicaba al doctor.

M: ¿cuándo empezó su dolor de cabeza abuela?

Doña Victoria volteó a ver a su nieta y le pregunta:

DV: *¿Ba'ax ku ya'alik?* [¿Qué dice?]

Nieta (N): *¿Ba'ax k'iinak bin káajak tech?* [¿Que cuándo te empezó?]

1 Traducción mía.

DV: *Vs'oka'an dóos diyas k'aajak ten, ts'oka'an in sen uk'ik xiiwo'ob pero ma' un máan.* [Ya tiene dos días que me empezó, ya tomé varias hierbas, pero no pasa.]

M: ¿Dos días? ¿Has tomado algún medicamento?

Doña Victoria se quedó sin contestar, me imagino que no entendió. Entonces el doctor terminó recetándole medicamento para el dolor de cabeza, aunque la abuela tenía fuertes dolores en su corazón.

M: Bueno, vas a tomar estas tabletas. Éste, uno cada ocho horas y el otro uno cada seis horas. Si no pasa tu dolor de cabeza, regresas en dos días para ver qué podemos hacer o qué otro medicamento te podemos dar (Chi Canul, 2013, p. 14).

Aquí vemos una situación en la que el médico sí recurre a una traducción, pero se trata de una traducción proporcionada por un familiar de la paciente, llevada a cabo de manera parcial, irregular, con omisiones, malentendidos y una obvia falta de interés para una correcta comunicación intercultural por parte del doctor, al que:

No le importa saber si al menos lo que se tradujo al español se acercó un poquito a lo que se expresó en maya, como podemos ver esta comunicación fue un total fracaso, ya que se dio medicamentos para dolor de cabeza en lugar de atender un problema cardíaco (Chi Canul, 2013, p. 14).

Lo anterior evidencia una clara situación crítica conformada por negligencias médicas derivadas de obstáculos lingüístico-culturales en una comunicación intercultural, que se pueden identificar como un rechazo de la lengua maya por parte del proveedor de salud, dificultades en la traducción en los dos sentidos y en la comprensión de la explicación de la enfermedad a través de la lógica cultural de una comunidad indígena, distante años luz de la concepción del mundo prevalente en la cosmogonía occidental.

Por lo anterior, aunque Chi Canul sugiere como posible solución una capacitación de los médicos en lengua y cultura maya, yo subrayo la falta de disponibilidad de los médicos para este ejercicio, debido a cuestiones de tiempo, de ausencia de remuneración, falta de sensibilidad o de interés. De tal forma, lo más viable resulta ser la capacitación de intérpretes especializados que posean un “conocimiento amplio de las enfermedades de los mayas desde lo maya y con lo maya, es decir desde la concepción cultural y con el metalenguaje de los mismos pacientes mayas” (Chi Canul, 2013, p. 14), es decir, intérpretes que sepan incluir en su trabajo de puentes comunicativos una mediación estratégica con profundas raíces interculturales.

Es preciso aquí hacer referencia a algunos trabajos que aportan académicamente a lo que se puede definir como interrelación entre lenguas indígenas y el sector salud: el *Manual de Comunicación para Médicos*, de Briceño Chel (2013), de la Universidad Autónoma de Yucatán, material que proporciona una serie de competencias necesarias para llevar a cabo una comunicación intercultural adecuada en el ámbito médico, especificando de manera muy puntual los contenidos lingüísticos básicos que el intérprete debería conocer; el texto de Jiménez Balam (2020), de la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo, que explora las emociones y las normas culturales de expresión de las mismas; el artículo de Güemes Pineda (2002) sobre el presente y posible futuro de la partería en Yucatán; además del vocabulario médico bilingüe de Castillo Tzec (2013).

Resulta necesario, entonces, que los médicos y los proveedores de salud entiendan la historia y el trasfondo lingüístico y cultural de los mayas, incluyendo los términos médicos más frecuentes, las características culturales distintivas, las creencias religiosas, sus actitudes hacia la salud, para llegar a un acercamiento equilibrado en el tratamiento de los problemas de salud en este entorno intercultural. Un entorno intercultural que está reconocido y plasmado en el marco constitucional de los Estados Unidos Mexicanos desde 2001: los significativos cambios en materia de derechos indígenas prohíben todo tipo de discriminación, reconocen la pluriculturalidad del país, el legado de los pueblos originarios que les otorga derechos sobre sus costumbres y lenguas, garantizan el derecho a la educación, a una vivienda digna, a un medio ambiente adecuado y, fundamental para esta investigación, el derecho a la salud. Este proceso legislativo se liga al concepto de interculturalidad, como lo explica Weller-Ford (2004), señalando, con un enfoque crítico, que:

Durante trescientos años de colonialismo y casi dos siglos de vida independiente, el tratamiento que han recibido los pueblos indígenas ha oscilado de la negación total hasta el reconocimiento de sus derechos, respeto y aceptación de su participación como un componente fundamental en la definición de nación, actualmente expresado en la interculturalidad (Weller-Ford, 2004, p. 576).

Una interculturalidad aceptada y reconocida por ley, lo que sin embargo no se ha traducido todavía en una transformación de las percepciones sociales sobre lo que significa ser indígena, de los comportamientos en las interacciones individuales y en un cambio de perspectiva en las políticas públicas, como reconoce el mismo Programa Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012, que nos explica como:

En muchas de las regiones indígenas prevalece la escasez de empleos, los bajos salarios y las relaciones asimétricas entre la población indígena y no indígena. La población indígena todavía enfrenta graves rezagos, entre los cuales destacan desnutrición y deficiencias nutricionales, mortalidad y morbilidad materna e infantil, rezago educativo y migración. El reconocimiento constitucional a los pueblos y comunidades indígenas como sustento de una nación pluricultural todavía no se ha traducido en una acción pública con profundo sentido cultural.

La mediación estratégica en la interpretación médica intercultural

La mediación estratégica en la interpretación hospitalaria o médica se define como “cualquier acto o expresión por parte del intérprete que va más allá del interpretar y mira a remover una barrera a la comunicación o al ofrecimiento de un servicio” (Bancroft, 2016, p. 131).

Por ejemplo, dada una situación en la cual el paciente se siente intimidado por el médico, o en la cual un doctor critica al enfermo, o critica al mismo intérprete, el intérprete puede verse tentado a intervenir más allá de la interpretación. Además, hay situaciones en las que el médico dice algo que el intérprete cree que el paciente no entendió: en este caso, no se aconseja que el traductor cambie el registro lingüístico, o trate de simplificar el mensaje. La mejor manera de lidiar con este problema es la de informar al médico sobre el problema de comunicación.

El intérprete tiene que comunicar exacta y claramente el diagnóstico y las curaciones sugeridas por el doctor, manteniéndose en una situación de neutralidad, sin extralimitarse en sus funciones.

Hay que tener en cuenta que en este tipo de situaciones entran los prejuicios del intérprete y del médico, mismos que son definidos como “una opinión preconcebida que no está fundada en la razón o en la experiencia real” (*New Oxford Dictionary of English*, 2008).

Por ejemplo, puede suceder que el intérprete considere correcto cambiar el registro del mensaje, con el fin de lograr una mejor comunicación con el paciente, pero en esta situación se corre el riesgo de modificar el mensaje, con consecuencias impredecibles. En este caso lo mejor es avisar al médico de que hay una barrera en la comunicación derivada de las diferencias culturales entre paciente y doctor con respecto a la manera de transmitir un mensaje. Una tentación que debe evitarse es el paternalismo, es decir, la interacción con un adulto como si fuera un niño, o demostrar un excesivo respeto por la figura del médico, en el sentido de obedecer a instrucciones de éste para

hacer algo que no le compete al intérprete, tal como explicar autónomamente un procedimiento o cómo seguir un tratamiento, sin interpretarlo de la viva voz del médico.

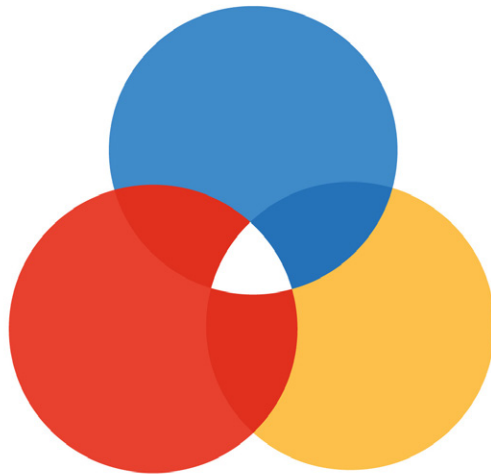
Hay que tomar en cuenta los prejuicios de los médicos, examinados en profundidad por Chen (citado por Bancroft, 2016), en un estudio de las barreras comunicativas entre pacientes y doctores, en el cual destacó, por ejemplo, que a veces, debido a constricciones temporales o a situaciones anómalas, el médico decide no utilizar a un intérprete y llevar a cabo la comunicación directamente, especialmente cuando está tratando con un situación “simple” o rutinaria en la que el doctor usa el lenguaje corporal, las mímicas, su conocimiento —a veces peligrosamente limitado— del idioma del paciente o recibe ayuda de los familiares para poder comunicar.

Los prejuicios sociales pueden jugar un papel importante en unos casos, tomando en cuenta las ideas sobre raza, religión, color, procedencia, pertenencia a una clase social, afinidades cognitivas y percepciones de pertenencia o no al mismo “grupo” cultural.

Además, el apoyo emocional por parte del intérprete puede ser un obstáculo a la comunicación exacta entre las partes, por eso “no es recomendable que los intérpretes interactúen con los pacientes a tal grado que el paciente empiece a confiar en el intérprete más que en el doctor. Si el paciente se abre hacia el intérprete al grado de volverse emotivo, puede tener un colapso emocional. Esto puede interferir masivamente con el proceso de curación” (Hsieh y Hong, 2010, p. 6). Las relaciones de poder pueden jugar un papel en el intercambio de informaciones entre paciente y doctor, especialmente en el caso de pacientes que pertenecen a grupos sociales vulnerables, tales como migrantes o indígenas: hay que evitar el riesgo de caer en conductas demasiado compasivas: “el intérprete no debería ser el amigo del paciente, agarrarle las manos y abrazarlo, pero sí debería ser humano y actuar demostrando interés y preocupación” (Hsieh y Hong, 2010, p. 5).

Hsieh (2016) sugiere tres diagramas para explicar las diferentes dinámicas interpersonales que pueden surgir dentro de los encuentros entre médico y paciente mediados por intérpretes. En la Figura 1, los tres participantes tienen unos roles equilibrados, interviniendo en turnos, “creando espacios conversacionales dentro de un evento comunicativo más amplio: en este modelo, el intérprete es conceptualizado como un participante activo en la interacción paciente-médico. Los procesos de comunicación no son necesariamente lineales, es decir paciente-intérprete-médico y viceversa, sino todos los individuos que participan en el evento comunicativo participan en el mismo a través de su comprensión de estos espacios conversacionales” (Hsieh, 2016, p. 119).

FIGURA 1

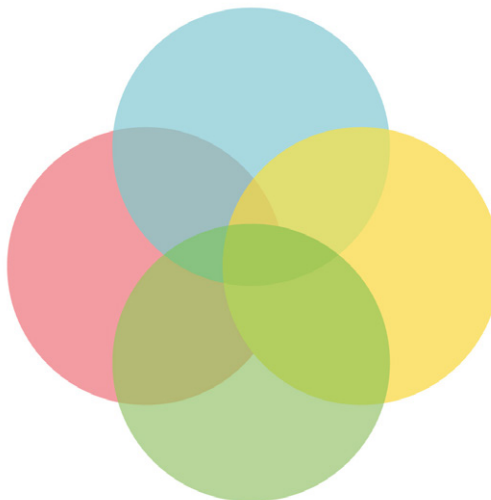


Dinámicas interperso

rete (Hsieh, 2016, p.119).
 3.

En la Figura 2 vemos otra situación, en la cual otro actor toma parte en el intercambio comunicativo entre paciente, médico e intérprete: por ejemplo, un miembro de la familia, una enfermera, un amigo, todos con el objetivo de ayudar en la procuración de salud al paciente. Sin embargo, a veces estas intervenciones pueden crear tensiones y dificultar la comunicación (Hsieh, 2016, p. 120).

FIGURA 2



Dinámicas interperso
 nas (Hsieh, 2016, p.

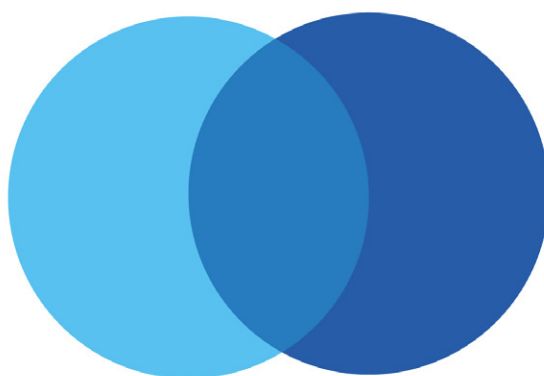
érprete con otras perso-
 niente; amarillo= otros.

Una tercera posibi... ciones entre los acto-
 res en un evento comunicativo intercultural en ámbito médico no son estáticas, sino

que pueden variar en forma, intensidad y grado de participación— se da cuando “el paciente no tiene capacidad para expresarse en otro idioma y un intérprete empírico, sea un familiar, un conocido o un trabajador en la institución de salud asumen el papel de puente comunicativo entre las partes, arriesgando convertirse en proveedor de salud y abogando por la salud del paciente, dejando a este último parcialmente o completamente aislado durante la interacción comunicativa” (Hsieh, 2016, p. 121).

La Figura 3, que se presenta a continuación, nos permite visualizar esta situación:

FIGURA 3



Dinámicas interpersonales en encuentros médicos mediados por un intérprete: familiares que actúan como intérpretes con pacientes sin conocimiento del idioma (Hsieh, 2016, p. 121). Azul= intérprete; turquesa= médico; rojo= paciente.

Con el fin de llegar a una mediación estratégica eficaz, sería importante tomar en cuenta algunos aspectos del *performance* del intérprete, tales como: demostrar el mismo respeto por el paciente y el doctor; presentarse de la misma forma a los dos; prescindir del grado de educación de las partes; intervenir, si es el caso, con el mismo mensaje dirigido a los dos; evitar cambiar el registro lingüístico, aunque parezca rudo y a veces vulgar; y tomar en cuenta el lenguaje corporal, que a veces de manera muy sutil puede tener una influencia en la comunicación.

Bancroft y sus colegas indican cuatro causas que pueden requerir la intervención del intérprete en una situación comunicativa entre paciente y doctor:

1. Desafíos lingüísticos referentes a situaciones en las cuales las partes hablan al mismo tiempo, demasiado rápidamente o por mucho tiempo.

po, posibles distracciones, empleo de términos desconocidos, registros lingüísticos inadecuados, pérdida de una parte del mensaje, cansancio o estrés.

2. Confusión de los roles, es decir si al intérprete se le pide una opinión, una explicación sobre profundas diferencias culturales, hacer algo que está claramente en contra del código de ética profesional o que no entra en las atribuciones del intérprete.
3. Malentendidos culturales, falta de equivalentes culturales en otro idioma, diferencias de significado de un término en diferentes lugares.
4. Obstáculos en el sistema de servicios, como en el caso de que el doctor no está acostumbrado a trabajar con un intérprete y le pide hacer cosas que están ajenas a su papel, o lo deja solo con el paciente, o un paciente que requiere ayuda y se la pide al intérprete (Bancroft, 2016, p. 145-147).

La misma autora sugiere escribir notas, útiles para determinar de antemano el comportamiento a seguir en las diferentes situaciones, estableciendo un modelo de conducta, especialmente en los casos de ser necesarias aclaraciones por parte del doctor o del paciente y sugiere cinco pasos a seguir para lograr una mediación intercultural eficaz:

1. Interpretar lo que se ha dicho o comunicado con lenguaje de señas.
2. Identificarse como intérprete.
3. Mediar brevemente.
4. Reportar la mediación a la otra parte.
5. Seguir interpretando (Bancroft, 2016, p. 158-159).

En opinión de Call (2009, p. 1), “los intérpretes médicos necesitan una comprensión profunda de la terminología médica y coloquial en ambos idiomas, junto con una sensibilidad cultural acerca de cómo el paciente recibe la información. Tienen que permanecer alejados, pero conscientes de las sensaciones y del dolor del paciente”.

Los intérpretes médicos no son expertos culturales, son especialistas en comunicación multilingüe, y hay situaciones en las que, en lugar de explicar las diferencias culturales, es mejor indicarlas a los presentes y dejar que el paciente las explique, para evitar situaciones como la siguiente:

Una muchacha de 15 años nacida en un país de América Latina fue violada y brutalmente lastimada por su pareja con la que vivía. El caso fue llevado al tribunal, pero el intérprete certificado proporcionó “información” cultural a la defensa, afirmando que era típico de los machos en América Latina pegarle a la mujer con la quien vivían. La información fue proporcionada al fiscal, que determinó que el intérprete “certificado” era creíble en virtud de la propia certificación. Los cargos fueron reducido a violencia doméstica, y llevaron a que el acusado obtuviera libertad condicional (Framer et al., 2010, p. 60).

Otros consejos se refieren a evitar dar explicaciones sobre un medicamento o compartir informaciones con los parientes del paciente; sólo interpretar lo que el médico proporciona, y expresar a las partes los posibles malentendidos derivados de diferencias culturales profundas, mismas que serán aclaradas por las partes con la mediación del intérprete, y no por el intérprete mismo: él es un informador cultural, no un solucionador de enigmas interculturales.

En un interesante estudio sobre la competencia intercultural de los intérpretes médicos y sus percepciones de la colaboración con los profesionales de la salud, llevado a cabo en Noruega por Hanssen y Alpers (2010), los autores señalan que más de la mitad (52%) de los intérpretes médicos consideran que los profesionales de la salud en aquel país no tienen conocimientos sobre las filosofías de las enfermedades y de las curaciones diferentes de las que imperan en la biomedicina occidental, y subrayan en sus conclusiones la afirmaciones de un intérprete médico profesional, según las cuales “los intérpretes médicos tienen que ser biculturales, es decir, tener una profunda comprensión de y empatía con las dos culturas, usando sus habilidades para evitar malentendidos y falta de comunicación” (Pistillo, 2003).

Conclusiones

Los intérpretes médicos profesionales deberían ser utilizados en diferentes ámbitos del cuidado de la salud, tales como hospitales, departamentos de salud, centros de salud comunitarios —existentes en la zona maya de Quintana Roo, pero subutilizados—, despachos de doctores, servicios de especialidades clínicas, centros de salud mental, facultades universitarias de medicina, centros de asistencia para niños, mujeres y ancianos, y en todas las situaciones en las que se necesita un puente comunicativo multilingüe entre paciente y médico, y especialmente en situaciones de comunicación intercultural entre idiomas originarios y el castellano.

Hay la necesidad, en el México de hoy, en el que conviven personas que hablan decenas de lenguas indígenas diferentes, de la creación de un Consejo Nacional de Intérpretes Médicos Interculturales, tomando la inspiración, por ejemplo, del National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) en Estados Unidos, que inició sus actividades en 1994, y que hoy en día es la voz principal para el acceso lingüístico en los cuidados de la salud, y que se ocupa de la especialización de los intérpretes médicos, la seguridad de los pacientes, el acceso a los idiomas necesarios y busca ayudar en el cuidado de la salud en situaciones interculturales, dada la presencia, cada año más importante, de migrantes centroamericanos y asiáticos cuyo manejo del idioma inglés no es suficiente para garantizar una comunicación eficaz en situaciones de riesgo para su salud.

La NCIHC organiza seminarios, publica códigos de ética profesional y artículos sobre temas específicos relacionados, tales como la interpretación por teléfono con hospitales, la credencialización de los intérpretes, el comportamiento que un intérprete debe tener en diversas situaciones de riesgo, y la importancia de la comunicación intercultural, especialmente en los casos de hablantes de lenguas indígenas de Latinoamérica.

En México, el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), creó el Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas, con el propósito de ofrecer información sobre los intérpretes y traductores en lenguas indígenas para atender este problema en los siguientes ámbitos:

- ◇ Impartición de procuración y administración de justicia, con interpretación oral y traducción;
- ◇ Atención en su lengua materna a población hablante de lenguas indígenas en programas sociales;
- ◇ Promoción de programas públicos de salud a la población indígena;
- ◇ Apoyo a la incorporación y desarrollo de las figuras solidarias e institucionales en lengua indígena y español como segunda lengua (INALI, s/f).

De lo antedicho se desprende que el INALI ha avanzado en este intento de atender los problemas de comunicación intercultural; sin embargo, en este programa no se hace referencia a un padrón específico para promover la interpretación intercultural en el sector de la salud pública, lo que representa una tarea todavía pendiente para el sistema sanitario nacional.

También con el objetivo de contribuir a sanar estas situaciones, la Universidad de Quintana Roo, campus Chetumal, se encuentra en un proceso de organización de una Maestría en Traducción e Interpretación en la que, por supuesto, la lengua maya será incluida, con especial atención a la creación de asignaturas específicas de interpretación médica maya-español, atendiendo las necesidades apremiantes en la comunicación médica intercultural, y reiterando sus compromisos sociales con las comunidades maya-hablantes del sureste de México.

El programa de maestría se encuentra al momento estancado, debido a que diferentes profesores que se ocuparon de su redacción y estructuración están terminando sus estudios de doctorado, requisito necesario para conformar un Núcleo Académico Básico (NAB) que pueda permitir al programa su ingreso en el padrón de excelencia a nivel federal.

El programa de maestría vigente en la Facultad de Idiomas de la Universidad Autónoma Bénito Juárez de Oaxaca podrá ser considerado como una referencia académica necesaria para conformar una vinculación interinstitucional con la intención de llegar a una cooperación académica y científica, sin duda potencialmente fructífera, en beneficio de la población y de los estudiantes y profesores implicados en el proceso.

Las experiencias y los proyectos de la asociación civil Centro Profesional Indígena de Asesoría, Defensa y Traducción Asociación (Cepiadet),² activa en el estado de Oaxaca, serán referentes obligatorios dentro del marco de este proyecto, ya que incluyen talleres dirigidos a autoridades y comunidades indígenas, profesionalización de intérpretes y traductores de lenguas indígenas-español en el ámbito de la procuración de justicia, investigación académica en materia de derechos indígenas, con publicaciones entre las que destacan manuales, ensayos e informes dedicados a la protección de los derechos de los hablantes de lenguas indígenas, principalmente en el sector de la procuración de justicia.

Como última reflexión, de la antedicho surge la necesidad implícita de realizar investigaciones para profundizar temas específicos dentro de este contexto, que puedan servir como referencias teóricas y prácticas en la formación y capacitación de los futuros intérpretes médicos.

2 Cepiadet, A.C.: <http://cepiadet.org>

AGRADECIMIENTO

Agradezco al maestro Hilario Chi Canul, profesor-investigador de la Universidad de Quintana Roo, por su valiosa colaboración y guía durante el desarrollo del presente trabajo.

Referencias

Allen, K. y Bancroft, M.

(2016). An Overview of Medical Interpreting, En M. A. Bancroft (ed.), *The Medical Interpreter, A Foundation Textbook for Medical Interpreting* (pp. 19-81). Culture & Language Press.

Bancroft, M.

(2016). Strategic Mediation, En M. A. Bancroft (Ed.), *The Medical Interpreter: A Foundation Textbook for Medical Interpreting*, (pp. 130-178). Culture & Language Press.

Call, M.

(2009). Why Medical Interpreters are Healthcare Professionals. *Medical Interpreting and Cultural Services. University of California Davis Health Systems*. <http://www.lifeprint.com/asl101/topics/interpreting-medical-01.html>.

Castillo Tech, F. de J.

(2013). *U áanalte'il u tsikbalil ts'aak. Manual de frases médicas*. Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán.

Chi Canul, H.

(2013). Pacientes maya hablantes, médicos hispanohablantes. Problemas lingüísticos-culturales en la atención médica de los habitantes de Naranja Poniente. *Razones Prácticas. Revista Sociocultural y de Salud Bilingüe Maya-Español*, 1(3), 13-14.

Framer, I. Bancroft, M. Feuerle, L. y Bruggeman J.

(2010). *The Language of Justice: Interpreting for the Legal Services. Training Manual*. Ayuda.

Güemes Pineda, M.

(2002). De la hegemonía a la subordinación obligatoria. Visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán. *Revista Temas Antropológicos*, 24(2).

Hanssen, I. y Alpers, L. M.

(2010). Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication* 23(4). <http://immi.se/intercultural/nr23/hanssen.htm>

Hsieh, E.

(2016). *Bilingual Health Communication. Working with Interpreters in Cross-cultural Care*. Routledge.

Hsieh, E. y Hong, S.

(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>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI

(2020). *Censo de población y vivienda 2020. Perfil Sociodemográfico*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, INALI

(s/f). Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas (Panitli). Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. <http://inali.gob.mx/es/comunicados/645>

Jiménez Balam, D., Castillo León, T. y Cavalcante, L.

(2020). Las emociones entre los mayas: significados y normas culturales de expresión-supresión. *Península*, XV(1), 41-65. <http://researchgate.net/publication/340173284>

Karliner, L. Elizabeth, J. Chen, A. Mutha, S.

(2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Services Research*, 42 (2), 727-754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>

Martin, P. y Briceño Chel, F.

(2013). *Manual de Comunicación para Médicos*. UADY.

The New Oxford Dictionary of English

(1998). Oxford University Press.

Pistillo, G.

(2003, 20-22 de noviembre). *The Interpreter as Cultural Mediator*. 10th NIC Symposium on Intercultural Communication, Gothenburg, Noruega.

Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012

(2009). Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

Raff, J.

(2015, 28 de septiembre). Mexican Indigenous Immigrants' Dire Need for Medical Interpreters. *KQED. State of Health*. <https://www.kqed.org/stateofhealth/83818/need-a-medical-interpreter-try-looking-in-californias-strawberry-fields>

Sánchez Cordova, César, J. Marrufo, R. Kauil, F. y González, J.

(2013). Motivos de consulta externa de la población maya que acude al Hospital General de Chetumal, Quintana Roo, periodo enero-junio de 2013. *Razones Prácticas. Revista sociocultural y de salud bilingüe maya-español* 1(1), 9-10.

Secretaría de Salud

(2007). *Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas en México*. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2011.

Tonkin, E.

(2017). The Importance of Medical Interpreters. *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal* 12 (8), 13. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120806>.

Weller Ford, G.

(2004). Reflexiones para la enseñanza de técnicas de traducción a la vista del español al maya. Actas del III Congreso "El Español, Lengua de Traducción". Contacto y contagio. https://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/esletra_03.htm