



La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos

Adil Qureshi Burckhardt

Doctor en Psicología. Programa de Psiquiatría Transcultural, Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Hilda-Wara Revollo

Psicóloga. Programa de Psiquiatría Transcultural, Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; Doctoranda en Psicopatología por la Universitat Autònoma de Barcelona.

Francisco Collazos

Psiquiatra. Coordinador del Programa de Psiquiatría Transcultural, Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; Profesor asociado de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Cristina Visiers Würth

Logoterapeuta. Programa de Psiquiatría Transcultural, Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Jannat El Harrak

Mediadora intercultural. Programa de Psiquiatría Transcultural, Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen: La comunicación es una pieza esencial en el desafío que implica una asistencia sanitaria de calidad a los pacientes inmigrantes o de minorías étnicas. Las diferencias lingüísticas y culturales pueden afectar seriamente el proceso comunicacional comprometiendo seriamente la evaluación diagnóstica y el tratamiento médico. Una manera de superar estas barreras es la mediación intercultural. El mediador intercultural facilita la comunicación y la relación terapéutica, actuando como un puente cultural y lingüístico entre usuario y profesional con el fin de neutralizar las diferencias en la calidad asistencial a los grupos culturalmente diferentes de nuestro medio. El trabajo del mediador intercultural es complejo y requiere conocimientos específicos y habilidades que se llevan a cabo en una esfera de autorreflexión. Que la mediación intercultural todavía no sea reconocida como una profesión significa que la figura está sometida a una serie de desafíos respecto a su propia actuación y su adaptación al sistema sanitario.

Palabras clave: Mediación intercultural; inmigración; comunicación intercultural, competencia cultura.

Abstract: Communication represents one of the key challenges to the delivery of quality health care to immigrant and ethnic minority patients. Linguistic and cultural differences can strongly impact the communicative process to the extent that the medical treatment can be seriously compromised. One means of overcoming these barriers is intercultural mediation. The intercultural mediator facilitates communication and the therapeutic relationship, acting as a cultural and linguistic bridge with the objective of neutralizing differences in the quality of care of culturally different groups. The work of the intercultural mediator is complex and requires specific knowledge and skills that are carried out in the context of an attitude of self-reflexion. That intercultural mediation has yet to be formally recognized as a profession means that the figure is all the most subject to a series of challenges to his or her direct work and to his or her adaptation to the health care system.

Key words: Intercultural mediation, immigration, intercultural communication, cultural competence.



Introducción

A medida que la sociedad avanza hacia la multiculturalidad, resultado del progresivo incremento de la inmigración en los últimos años, se hace más evidente la necesidad de adaptar los recursos asistenciales a esta diversidad demográfica. La presencia de usuarios pertenecientes a grupos étnicos o culturales minoritarios es cada vez más apreciable en los dispositivos asistenciales sanitarios, lo que requiere plantearse si estos están preparados para ofrecer una asistencia de la misma calidad a todos los usuarios, independientemente de su pertenencia a un grupo u otro. El derecho a la salud queda en entredicho si entre los criterios de calidad asistencial no se contempla el de la competencia cultural.

La competencia cultural representa una respuesta íntegra y a múltiples niveles a las barreras que impiden el acceso, el tratamiento, y el diagnóstico. En concreto, consiste en el conjunto de conocimientos, o lo que hay que saber, y habilidades, o lo que hay que saber hacer para realizar una asistencia satisfactoria a cualquier miembro de la sociedad. Finalmente, se entiende la actitud del profesional como clave en la prestación de la asistencia médica a pacientes de otras culturas, precisamente porque “la diferencia” puede tener un impacto importante sobre el desarrollo de ésta. En breve, la competencia cultural habilita al profesional sanitario a responder a la totalidad del paciente, tomando en cuenta el posible impacto de la cultura, la inmigración y la etnicidad.

La competencia cultural es un objetivo a largo plazo que implica cambios a todos los niveles. Entre ellos, la posible incorporación de mediadores interculturales sociosanitarios en los equipos médicos. Actualmente, la mediación cultural sociosanitaria no cuenta con un reconocimiento profesional formal, pese al amplio acuerdo sobre la necesidad de esta figura. Al mismo tiempo, se desconocen cuáles son sus funciones, sus competencias y la forma más

adecuada de utilizar este recurso. El objetivo de este artículo es dar a conocer la figura del mediador intercultural planteando los aspectos principales de su papel y los retos que se derivan de trabajar en el ámbito sociosanitario.

La comunicación intercultural

La adecuada comunicación entre el personal sanitario y el usuario es una de las claves para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz. Un creciente número de estudios demuestra que las habilidades técnicas son inútiles si no hay una buena comunicación (1–3). Sin embargo, no se suele hacer especial hincapié en la importancia de la comunicación en la formación de los profesionales. Esto lleva a que los profesionales sanitarios la fundamenten más en experiencias personales que en un conocimiento formalizado. Esta manera de funcionar puede resultar más o menos eficaz con pacientes pertenecientes a la misma cultura, aunque no son pocas las quejas referidas a los problemas de comunicación incluso entre pacientes autóctonos. Ahora bien, si el paciente y el profesional sanitario provienen de contextos culturales diferentes, la posible aparición de problemas en la comunicación y en la relación asistencial se multiplica (4–6).

Los retos de la comunicación con el paciente culturalmente diferente se pueden dividir en dos tipos. El primero es *indirecto*, o sea, no se debe a la comunicación en sí, sino a las asunciones más o menos automáticas que el personal sanitario y el paciente tienen de que no solamente son diferentes, sino que a veces son incompatibles. El segundo tipo es *directo*, es decir, debido a las diferencias en los estilos de la comunicación y el proceso de interpretar los significados.

Indirectos

La cultura puede ser entendida como un filtro interpretativo que le da sentido a nuestro mundo. Cuestiones básicas relacionadas con el



significado de la vida, con la manera de relacionarse con los demás, con la forma de comportarse, con las expectativas vitales, etc., están muy influidas por los valores culturales.

Estas diferencias pueden afectar a la comunicación si los participantes en la misma no son conscientes de ellas y esperan que el otro actúe de una manera consistente con la suya, como suele suceder cuando no hay grandes diferencias culturales. Pero cuando el paciente no comparte ni los valores culturales del personal sanitario ni los valores de la medicina occidental, pueden presentarse importantes problemas en la relación asistencial y la comunicación. Si, por ejemplo, el paciente considera que sus problemas médicos son fruto de la voluntad de Dios, por lo que su solución está fuera de su control, mientras que el profesional sanitario tiene otra interpretación, sin conciencia de que estas diferencias son culturales tanto en el uno como en el otro, la comunicación se va a resentir porque no estarán hablando de lo mismo. Además, es posible que el profesional sanitario piense que el paciente es incapaz, de alguna manera, de entender adecuadamente lo que le sucede (por su manera de entender el problema), mientras que el paciente no se va a sentir respetado ni entendido por el profesional sanitario.

Cuando no se comparte la misma manera de interpretar el mundo puede ocurrir que cada participante espere algo diferente de la naturaleza y la forma de la relación asistencial (7). Estas diferencias a menudo son atribuidas a deficiencias personales y no a las diferencias culturales, lo que impide la comunicación. Si el profesional sanitario no es consciente de estas diferencias de perspectiva y valores es posible que, aunque haya un intercambio comprensible de palabras, no exista comunicación efectiva porque el contexto y los significados son diferentes. De eso puede resultar que ambas partes piensen que el otro no les entiende ni respeta.

Directas

Los estilos de la comunicación tienen que ver con *cómo* una persona se expresa. El tono de voz, la expresividad, o la manera de desarrollar una conversación están muy influidas por la cultura (8). En algunas culturas, por ejemplo, se hace una pequeña charla introductoria que sirve para establecer un primer contacto social, antes de entrar en el objetivo o tarea de la comunicación. En otras culturas, por el contrario, se trata el tema en cuestión sin preámbulos ni formalidades.

Se estima que hasta el 70% de la comunicación es no verbal, o mejor dicho, extra verbal (9). El tono de voz, la mirada, el lenguaje corporal, etc., comunican mucho, y normalmente su interpretación es automática y se realiza sin grandes problemas, precisamente porque son compartidas; aunque no siempre es así. Si la evitación del contacto ocular, por ejemplo, es una muestra de respeto en una cultura y de vergüenza en otra, las posibilidades de una comunicación ineficaz serán evidentemente altas. Cabe destacar que, normalmente, interpretamos el lenguaje extra verbal automáticamente, sin ser conscientes de ello. Incluso cuando nos damos cuenta de este proceso creemos estar más o menos seguros de lo que significan los diferentes elementos. Así, en la cultura occidental, si la persona habla en voz alta, significa que está excitada o irritada, si se acerca al otro mucho, significa que pretende intimidar, si afirma o niega algo sin mirar al otro a los ojos, está mintiendo, etc. Parece obvio pero, sin embargo, sabemos que no siempre es así, y que muchas veces la comunicación fracasa porque los mismos elementos son interpretados de manera muy diferente (5). Cada participante piensa, o está convencido, de que tiene razón, así que no hay posibilidad para la comunicación porque las claves utilizadas para descifrar dicha comunicación son esencialmente diferentes.

Si a esto se añaden las posibles diferencias en la expresión y descodificación de las emo-



ciones, tenemos una base más que suficiente para una comunicación ineficaz (10). El contexto, los contenidos, la manera, y los códigos son diferentes. Si el profesional sanitario no está capacitado para manejarse en la comunicación intercultural la probabilidad de que la asistencia sea eficaz es bajísima.

La mediación intercultural

La función principal de la mediación intercultural sociosanitaria es ayudar en la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario y, de este modo, facilitar la relación asistencial (11). La metáfora del “puente” sirve para describirla, ya que permite ver que el objetivo es conectar, vincular, sin necesidad de que llegue a existir un conflicto, sino simplemente favorecer la comunicación entre dos partes.

Una habilidad clave del mediador cultural debe ser la capacidad para adaptarse a las necesidades de la situación. La labor de mediación dependerá de las características de las dos partes en juego en el proceso de la comunicación. Puede suceder que los dos, profesional sanitario y usuario, compartan el mismo idioma, y sin embargo la comunicación no sea adecuada a causa de los diferentes códigos culturales. Otras veces no hay problema con los códigos culturales pero sí con el idioma. Por último, puede ocurrir que haya problemas con los dos, idioma y códigos culturales. La plasticidad, pues, para adaptarse a cualquier situación, resulta clave.

Dado que la asistencia médica depende de la comunicación, la mediación ha de ser absolutamente fiable. Aspectos como la interpretación, por ejemplo, requieren una total garantía. Se debe interpretar todo, sin omitir ni añadir nada. Por eso, se hace tan necesaria la regulación de la formación en mediación intercultural sociosanitaria.

La mediación intercultural está considerada como una parte imprescindible de la compe-

tencia cultural institucional (12). Sin embargo, las tareas y funciones no están actualmente regladas, en parte debido a la falta de reconocimiento oficial de esta figura. También influye la falta de una formación regulada, y la existencia de múltiples formatos de formación, con diversos objetivos, número de horas, requisitos, contenidos, etc.

A continuación, se describen brevemente las bases teóricas de la mediación intercultural en el ámbito sanitario.

1. Inmigración y salud: Aspectos sociales y culturales de la salud

La inmigración y la cultura tienen un impacto sobre la salud y la asistencia sanitaria. Es fundamental que el mediador intercultural tenga en cuenta las repercusiones sociales y culturales que la inmigración tiene sobre la salud y la asistencia sanitaria. Los mediadores interculturales conocen la situación de la inmigración y la multiculturalidad del contexto en el que trabajan, basados en los principios de la antropología médica para poder así examinar los aspectos culturales de la enfermedad, la salud, y la curación. Dado que “la inmigración” o “la diferencia cultural” representan aspectos incompletos de la compleja relación entre ser “diferente” y la salud, se tratan estos elementos teniendo en cuenta las definiciones y los conceptos básicos de salud y asistencia sanitaria de su comunidad y del contexto local. Esto incluye aspectos culturales, sociales, económicos, religiosos, de género, familiares, y educacionales. Aspectos básicos de la inmigración y la multiculturalidad como la identidad cultural y el proceso migratorio son contemplados en el contexto de su relación con la salud. Asimismo, se valoran las representaciones sociales y culturales de la salud y la enfermedad en diferentes grupos culturales.

2. La biomedicina y el sistema sanitario

Para entender el objetivo de la asistencia médica y la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario en nuestro medio es impres-



cindible tener una base del modelo de pensamiento biomédico occidental. Como el objetivo es facilitar la entrada del paciente en el sistema, resulta imprescindible que el mediador intercultural entienda bien no solamente la estructura y el funcionamiento del sistema sino también la filosofía subyacente tras la medicina occidental. Aunque no se pretende que el mediador intercultural explique temas médicos a los pacientes, competencia ésta del personal sanitario, todo resulta más fluido si el mediador intercultural tiene una comprensión básica de la medicina. El aprendizaje del vocabulario médico en ambas lenguas forma una parte importante de los conocimientos de esta figura.

3. La competencia cultural

Pertenecer a un grupo étnico minoritario o ser inmigrante no significa disponer automáticamente de la capacidad suficiente para manejar la interculturalidad de una manera eficaz, aunque sin duda esto supone una ventaja importante. La competencia cultural se considera clave porque la base de la mediación intercultural es la capacidad de moverse con facilidad entre dos o más culturas. Esto requiere el desarrollo de ciertas habilidades cognitivas, es decir, del manejo de los conocimientos sobre la relación entre la cultura, la inmigración, la salud y la curación. Los conocimientos no tienen ningún valor si no se saben aplicar. La competencia cultural técnica, basada en habilidades, implica la aplicación activa de los conocimientos, en cuanto a la interpretación y respuesta a las diferencias culturales. Finalmente, los conocimientos y las capacidades son muy poco útiles si son bloqueados por prejuicios y sesgos culturales o religiosos. Las actitudes del mediador intercultural hacia su propia cultura, la cultura mayoritaria, y la cultura sanitaria pueden afectar a su trabajo, por lo que es esencial que se preste atención al autoconocimiento cultural (13).

4. La mediación intercultural y la identidad profesional

Dada la identidad bicultural que necesariamente desarrollan los mediadores intercultural-

les se hace necesario por su parte reflexionar sobre sus propias perspectivas frente a la salud, la inmigración y el vivir entre dos culturas. De esta manera, se ponen de manifiesto las dificultades que ello implica con el objetivo de tomar conciencia de la importancia de diferenciar su rol profesional de su rol personal en su comunidad. Además, la falta de una clara identidad profesional de la mediación intercultural dentro del equipo médico tradicional hace que los mediadores interculturales se conviertan en los embajadores de su profesión, por lo que resulta esencial que entiendan bien cuáles los límites de su rol. Esto implica también el desarrollo de la capacidad para defender su profesión, enseñar a los profesionales sanitarios cuál es el motivo de la misma, sus tareas y funciones, así como la manera de trabajar junto a un mediador intercultural.

Otro elemento esencial es el manejo de la entrevista triangular, columna vertebral de la mediación intercultural. En la entrevista triangular se crea un sistema de tres elementos: mediador intercultural, equipo médico y usuarios; en el que el mediador se sitúa en el triángulo como una presencia ausente facilitando que el contacto primordial se desarrolle entre los otros dos, minimizando las diferencias posibles entre ellos tanto a nivel lingüístico como cultural.

5. La relación asistencial

Se asume que la calidad de la relación asistencial está relacionada con la calidad del diagnóstico y el tratamiento por un lado y, por otro, con la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente. Los resultados médicos son superiores cuanto mejor es la relación médico-paciente. La introducción de una tercera parte, el mediador intercultural, en la consulta médica puede complicar la relación asistencial. El peligro está relacionado con el hecho de que le mediador pertenece tanto al mundo del paciente como el mundo del médico, así que es fácil que estos últimos desarrollen un vínculo más fuerte con el mediador intercultural.



ral que entre ellos mismos y que la relación médico-paciente quede en el segundo plano.

El mediador intercultural debe tener la capacidad de evitar que el paciente o el profesional sanitario se conecten con él en lugar de hacerlo entre ellos o que lo hagan uno encima del otro. Este proceso requiere que esta tercera figura esté muy atenta a la relación, es decir, que tenga la capacidad de averiguar qué está pasando a nivel relacional y redirigir la relación como sea necesario.

6. La interpretación lingüística

Con la intención de enfatizar que la mediación intercultural es mucho más que la interpretación lingüística, a veces se menosprecia la importancia de ésta. Sin embargo, la parte lingüística es esencial para una asistencia de calidad y el conocimiento de ambos idiomas no es suficiente. En este sentido, se suele señalar que la traducción se refiere solamente al proceso escrito, mientras que la parte oral es la que se define como interpretación. La interpretación lingüística siempre implica aspectos culturales, dado que los significados en cualquier idioma van mucho más allá de lo que está reflejado en un diccionario. La investigación muestra que incluso intérpretes médicos bien formados cometen errores en la interpretación con importantes consecuencias sobre el significado final de lo interpretado. El desarrollo de listas de vocabulario médico bilingües constituye una parte clave de una buena formación en mediación intercultural.

7. La ética

El trabajo del mediador intercultural implica elementos éticos muy delicados debido a que esta figura es una tercera presencia dentro de la relación asistencial. Es más, de alguna manera, actúa como un filtro a través del que fluye toda la comunicación. Por este motivo, es esencial que el mediador intercultural esté familiarizado con los códigos deontológicos de las diferentes profesiones sanitarias, pero también que se identifiquen y formalicen los aspectos

éticos particulares de la mediación intercultural para elaborar un código deontológico provisional. Nuestra propuesta de código deontológico provisional incluye como elementos de vital relevancia en la ética del mediador intercultural los siguientes: la confidencialidad, la precisión, la imparcialidad y la neutralidad; entendiendo los dos primeros como objetivos alcanzables y obligados y, los dos últimos como metas difícilmente alcanzables en su totalidad pero importante desarrollar en la mayor medida posible. El mediador intercultural ha de ser capaz de aplicar dicho código deontológico a las situaciones que se encuentre en su trabajo. De ello se deriva la necesidad de tomar en consideración explorar la relación entre ética y cultura, y la elaboración de pautas para detectar cuándo hay conflictos entre sistemas éticos de diferentes culturas.

8. Áreas de actuación y aspectos sanitarios

La flexibilidad en adaptarse tanto a las distintas áreas de actuación como a las necesidades particulares de los servicios de atención y prevención de la salud se hace imprescindible. Cada centro trabaja según las demandas específicas de la población que atiende y dentro de las competencias del mediador intercultural se incluye detectar las necesidades de su propia comunidad en referencia al centro en que está destinado. De nuevo, esta figura hace de puente, esta vez entre la institución sanitaria y el colectivo de procedencia para minimizar las diferencias en cuanto a la calidad asistencial que puede existir en comparación con la población autóctona.

9. La salud mental y el proceso migratorio

El proceso migratorio en sí, o el simple hecho de pertenecer a un grupo étnico minoritario, son fuentes de estrés que pueden afectar a la salud mental del individuo. La expresión de los posibles trastornos psiquiátricos, la interpretación y explicación que se les da, o la búsqueda de alivio en uno u otro recurso, están muy condicionadas por la cultura del individuo. De éstos, entre otros aspectos, se ocupa la Psi-



quiatria Transcultural, disciplina en que la mediación intercultural se hace un recurso imprescindible al trabajar con pacientes culturalmente diferentes.

10. La mediación intercultural en el ámbito comunitario

Una de las competencias del mediador intercultural es desarrollar estrategias y técnicas de actuación e incorporar una metodología básica en el trabajo con el fin de mejorar las intervenciones y la atención individualizada a los usuarios de su colectivo, así como la cooperación con los equipos médicos. La capacidad de generar proyectos y acciones educativas de promoción de la salud con el equipo médico puede facilitar que sean culturalmente sensibles estando más adaptados a las necesidades de cada colectivo, así como mejorando su implementación haciendo que sean más fácilmente aceptados.

Retos relacionados con la mediación intercultural sociosanitaria

Conseguir llevar a cabo las tareas y funciones del mediador intercultural es un arte complejo que requiere integrar conocimientos sobre sanidad e interculturalidad, desarrollar habilidades comunicativas y empáticas para ambas culturas y un nivel de reflexión de las actitudes que se tienen frente a temas tabú y un manejo de aquellas actitudes que resulten proclives a involucrarse de forma personal en los casos atendidos. A todo ello se le añade la dificultad de ser una disciplina que todavía no está formalizada. El mediador interculturalidad tiene que trabajar en un contexto en el que su profesionalidad no está totalmente reconocida y puede verse cuestionada. A la vez, a menudo se espera de éste que resuelva cualquier problema relacionado con la inmigración y, por tanto, que no necesariamente esté dentro de sus competencias. La combinación de estos elementos da lugar a varios retos tanto para esta figura como para el sistema sanitario.

Puente o portero

El mediador intercultural a pesar de ser una tercera presencia cuyo papel es el de ayudante del personal sanitario, a la hora de la mediación, sobre todo cuando la interpretación lingüística constituye una de las tareas, es éste el que tiene un control casi absoluto sobre el flujo de información. Es él el único que entiende plenamente lo que está pasando y es la persona que puede transmitir o no esta información. Si no lo hace, ni el personal sanitario ni el paciente tienen maneras para saber que el mediador intercultural ha omitido, añadido o cambiado la información. Por este motivo, el lingüista Norteamericano Davidson (14) denomina al mediador intercultural un "portero" de la comunicación.

En la comunicación coexisten el significado lingüístico, el significado cultural y el significado clínico. El significado lingüístico y cultural son del ámbito del mediador intercultural, pero el significado clínico, aunque muy ligado al significado cultural y lingüístico, no es de su competencia, sino del personal sanitario. Distinguir lo que es importante clínicamente tampoco es competencia del mediador intercultural, así que es importante que éste interprete toda la información, sin corregir, reducir, o añadir. A veces, el mediador intercultural considera que algo que dice el paciente no tiene importancia, o quiere que el paciente aclare algo antes de traducírsele al personal sanitario. En ambas situaciones, se puede perder información importante, pero como el personal sanitario no entiende lo que dice el paciente, esta información poca clara o poco relevante según el mediador intercultural puede perderse para siempre.

Se han señalado que ciertos tabúes culturales impiden que el mediador intercultural interprete todo. (15, 16). Por ejemplo, en algunas culturas, una mujer joven no puede tratar temas relacionado con los órganos sexuales de un hombre mayor, como tampoco se pueden tratar temas de mortalidad con pacientes



ancianos directamente. De esto resultan dos elementos claves: uno es que el mediador intercultural y el personal sanitario se reúnan por su parte antes de la sesión con el paciente, para que se puedan identificar los tabúes que posiblemente emergerán durante la sesión y las estrategias para manejarlos, como puede ser el incluir a otros miembros de la familia, por ejemplo, o buscar personal sanitario del otro sexo. El otro elemento está relacionado con el mediador intercultural. Muchas veces le puede incomodar tratar ciertos temas, y por este motivo la precisión de la interpretación y el lenguaje extra verbal pueden afectar a la comunicación. Con buenas habilidades de comunicación, la toma de conciencia de cómo esto afecta al rol personal del mediador intercultural y la capacidad para desarrollar una buena relación asistencial la influencia de estos tabúes se minimiza.

La transferencia intercultural en la entrevista triangular

La transferencia, un concepto psicológico, se refiere a la reacción al otro. No está directamente relacionado con la persona en sí, sino con otras experiencias previas independientes de esta persona. En la atención sociosanitaria intercultural es muy común que el profesional sanitario y el paciente reaccionen, sin darse cuenta, según sus preconcepciones, prejuicios y experiencias previas del otro (17). Si a esto se añade el mediador intercultural, en lugar de ser dos personas las que reaccionan entre sí, son tres las que interaccionan con los otros dos. Para el mediador intercultural puede ser un proceso realmente complejo.

Éste está en una situación complicada. Por una parte trabaja en el sistema sanitario y forma parte del equipo médico, y por otra es miembro de un grupo étnico minoritario. O sea, comparte algo con el personal sanitario y algo con el paciente, está sometido, pues, a dos alianzas. Pero estas alianzas no son absolutas, porque siempre además de ser miembro del

grupo de uno es miembro del grupo del otro. Las posibilidades para que se den complejas reacciones transferenciales en ambas direcciones son muchas. Dado que la mayoría del trabajo del mediador intercultural sucede en el contexto de la entrevista triangular es bastante habitual que la reacción a una parte esté relacionada con la reacción a la otra (11).

Aunque hay diferentes posibilidades, la más común es que el mediador intercultural se identifique con el paciente. Puede ser porque haya vivido experiencias muy parecidas a las del paciente, o porque éste le recuerde a algún familiar, o simplemente porque proviene del mismo pueblo o región. Esta sobreidentificación puede afectar emocionalmente al mediador intercultural y evocarle recuerdos desagradables, o puede provocarle deseos de proteger al paciente. En cualquier caso, es posible que pierda la posición de neutralidad. Es posible, además, que en su identificación con el paciente, se muestre más que exigente hacia el personal sanitario, pidiendo respuestas fuera de sus competencias (11).

La presencia de una fuerte transferencia del mediador intercultural hacia alguna de las partes eleva el riesgo de sesgo en su papel como “portero”, ya que tiene un motivo para influir en lo que se ha dicho. Precisamente por esto el mediador intercultural ha de prestar mucha atención a su desarrollo profesional, bicultural y a los aspectos éticos de su papel. Este proceso requiere un profundo autoconocimiento, así como el desarrollo de las herramientas necesarias para minimizar su presencia e influencia en su trabajo.

La competencia cultural

Ser bicultural no implica ser culturalmente competente. De hecho, uno de los aspectos importantes para la formación en mediación intercultural está relacionado con este punto. Algunas personas se presentan como mediadores interculturales gracias a su biculturalismo y



al conocimiento de diferentes idiomas. La competencia cultural requiere habilidades en la interacción intercultural y, como se ha señalado, implica además competencias cognitivas, técnicas y actitudinales. Los mediadores interculturales, a veces, rechazan la idea de que un miembro de un cierto grupo étnico pueda tener carencias en sus conocimientos relacionados con su grupo, o que puedan existir ciertas actitudes suyas que estén dificultando una buena comunicación. El concepto de la *humildad cultural* (18) es clave aquí, porque nos recuerda que ser realmente culturalmente competente requiere un esfuerzo, compromiso, y dedicación que dura toda la vida. El papel de la cultura es tan sutil y complejo que la experiencia directa de las culturas implicadas no es suficiente, aunque quizás sí necesaria, para desempeñar una mediación intercultural eficaz. Ser experto en una cultura no es lo importante en la mediación intercultural, sino ser experto en la interculturalidad.

El lugar del mediador intercultural en el contexto hospitalario y su identidad profesional

Como la figura del mediador intercultural todavía no está formalizada, encontrar su sitio dentro del hospital o cualquier otro centro sanitario es una tarea complicada. Existen muchas concepciones diferentes, algunas erróneas, sobre lo que se puede esperar de ésta respecto a cuáles son sus funciones, y cómo se debe trabajar con ellos (19). No está claro si es un miembro del equipo médico y, por ejemplo, puede o no tener acceso a la historia clínica o al paciente sin la presencia del personal sanitario. Para algunos profesionales sanitarios, la presencia del mediador intercultural es una intrusión o una pérdida de tiempo. Por supuesto, la mayoría aprecia mucho su trabajo, pero estos primeros también existen y dificultan el ejercicio profesional del mediador intercultural. ¿Qué deben hacer cuando un profesional sanitario hace una demanda que queda fuera de sus funciones? Dado que dentro de la jerarquía

hospitalaria el mediador intercultural tiene muy poco poder y además es miembro de un grupo étnico minoritario, requiere habilidades importantes para adaptarse a las necesidades, por un lado, y, por otro, mantener su identidad profesional, a pesar de las demandas de personal sanitario de más estatus. Además, es imprescindible que tenga la facilidad para informar cuáles son sus funciones y cómo trabajan.

Las carencias del sistema sanitario y el burn-out de los profesionales de la salud

El sistema sanitario adolece de problemas estructurales (las listas de espera, el breve espacio de tiempo de los médicos con los pacientes, etc.) que, ante la presencia de personas pertenecientes a minorías étnicas, se ponen aún más de manifiesto. Los profesionales, sometidos a la presión asistencial y a la tensión entre las exigencias de los pacientes y las del sistema, pueden sufrir mucho estrés profesional. Ante esta situación, la atención a personas pertenecientes a minorías —que requiere a menudo un esfuerzo añadido por las dificultades que hemos mencionado relacionadas con el idioma, con la comunicación, y también con los prejuicios de la sociedad y del propio profesional— puede resultar menos prioritaria o incluso generar incomodidad en el profesional. Las funciones del mediador intercultural pueden ser vistas entonces como superfluas e incluso injustas (en relación al trato proporcionado a los usuarios autóctonos o pertenecientes a la cultura mayoritaria).

El autocuidado del mediador intercultural

Los mediadores interculturales ocupan una posición especial: por un lado, se pueden identificar fácilmente con los usuarios, con quienes comparten aspectos culturales y también experiencias relacionadas con la migración. Por otro, son profesionales sanitarios que deben asumir e identificarse al máximo con el funcionamiento y los ideales del centro social o sani-



tario en el que trabajan. Mantener la neutralidad y asegurar la confianza de ambas partes, a menudo enfrentadas, es una tarea que requiere habilidades de comunicación y de relación y, además, un espacio en el que puedan ser escuchados de modo imparcial y no interesado, y trabajar aspectos como la transferencia y la contratransferencia, la sobreidentificación, o las situaciones conflictivas o con un alto contenido emocional. Por ello, el autocuidado de esta figura, así como la de cualquier profesional socio-sanitario, requiere una importante inversión de recursos personales para evitar el burn-out. Es importante que el mediador intercultural se responsabilice de sus funciones y ponga límites ante demandas que no forman parte de su papel. Por último, dada la implicación emocional de esta tarea y ciertas carencias del sistema sanitario hay que poner especial atención en evitar la sobrerresponsabilización del mediador intercultural tanto por su parte como por la del resto de profesionales hacia él. Éste es un profesional de la comunicación y la interculturalidad y la responsabilidad de la intervención asistencial será, por tanto, compartida por él, los profesionales sanitarios y el usuario.

Conclusión

La mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario es una necesidad creciente para mejorar la atención (diagnóstico, tratamiento y seguimiento) de los pacientes pertenecientes a los grupos étnicos minoritarios. La traducción e interpretación y también la mediación intercultural facilitan la comunicación entre el personal y los usuarios de los servicios socio-sanitarios, que no sólo pueden hablar idiomas diferentes sino que pueden tener diferentes modos de entender el mundo (*worldviews*),

incluidos conceptos fundamentales en este contexto como la salud, la enfermedad, la curación o el cuerpo; así como diferentes maneras de percibir la realidad que les rodea y las situaciones que están viviendo.

La mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario es una nueva profesión que todavía no ha sido formalmente reconocida y, por lo tanto, definida. La competencia de esta figura está basada en la relación médico-paciente (en lugar de, por ejemplo, “ayudar” al paciente inmigrante) lo cual significa que el mediador intercultural requiere una serie de habilidades y conocimientos, desarrollados en el contexto de una actitud de auto-exploración y humildad. El manejo de la relación asistencial intercultural es complejo y vulnerable a: la competencia cultural de los distintos profesionales, la transferencia intercultural en la entrevista triangular y el autocuidado del personal socio-sanitario del que el mediador intercultural forma parte.

Es necesario definir la figura del mediador intercultural para homogeneizar sus competencias y funciones en nuestro país, así como las actuaciones en el ámbito socio-sanitario. También sería conveniente definir los criterios comunes de la formación requerida para trabajar como mediador intercultural.

Correspondencia:

Adil Qureshi Burckhardt
Programa de Psiquiatria Transcultural
Servei de Psiquiatria
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron 119-129
08035 Barcelona
93.489-4294; asfqureshi@yahoo.com





BIBLIOGRAFÍA

1. Beck RS, Daughtridge R, Sloane P. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002;15(1):25-38.
2. Cruz M, Pincus HA. Research on the influence that communication in psychiatric has on treatment. *Psychiatr Serv* 2002;53:1253-1265.
3. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287(2):226-35.
4. Misra-Herbert AD. Physician cultural competence: Cross-cultural communication improves care. *Cleve Clin J Med* 2003;70(4):289-303.
5. Perloff R, Bonder B, Ray G, Ray E, Siminoff LACSU, Case Western Reserve U. Doctor-Patient Communication, Cultural Competence, and Minority Health. *Am Beh Sci* 49, no 2006;6:835-852.
6. Skelton JR, Kai J, Loudon RF. Cross-cultural communication in medicine: questions for educators. *Med Educ* 2001;35:257-261.
7. Ayonrinde O. Importance of cultural sensitivity in therapeutic transactions. *Dis Manag Health Outcomes* 2003;11(4):233-248.
8. Ulrey KL, Amason P. Intercultural communication between patients and health care providers: exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Commun* 2001;13(4):449-463.
9. Singh NN, McKay JD, Singh AN. Culture and mental health: Nonverbal communication. *J Child Fam Stud* 1998;7(4):403-409.
10. Effenbein HA, Ambady N. Universals and cultural differences in recognizing emotions. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12(5):159-164.
11. Collazos F, Qureshi A, Casas M. La mediación cultural en salud mental. *Monogr Psiquiatr* 2005;4:18-23.
12. U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in health care. Washington DC: United States Government Printing Office; 2000.
13. Qureshi A, Collazos F. El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles Psicólogo* 2006;27(1):50-57.
14. Davidson B. The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *J Sociolinguistics* 2000;4/3:379-405.
15. Kaufert JM, Putsch RW, Lavalée M. Experience of aboriginal health interpreters in mediation of conflicting values in end-of-life decision making. *Int J Circumpolar Health* 1998;57 Suppl 1:43-8.
16. Kaufert JM, Putsch RW. Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power. *J Clin Ethics* 1997;8(1):71-87.
17. Blue HC, Gonzalez CA. The meaning of ethnocultural difference: Its impact on and use in the psychotherapeutic process. In: Greenfield D, editor. *Treating diverse disorders with psychotherapy New directions for mental health services*. New York: Jossey-Bass; 1992. p. 73-84.
18. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved* 1998;9(2):117-125.
19. Granger E, Baker B. The role and experience of interpreters. In: Tribe R, Raval H, editors. *Working with interpreters in mental health*. Hove, UK: Brunner-Routledge; 2003. p. 99-121.