

RUIDO Y BARRERAS LINGÜÍSTICAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA PARA PERSONAS
HISPANOHABLANTES

por

Jack Wisneski

Presentado al Departamento
de Lenguas y Literaturas Romances
Tesina de Honores

Universidad de Michigan
Ann Arbor, Michigan

21 de marzo de 2022

Comité:

Supervisor: Dr. Javier Sanjinés, Depto. de Lenguas y Literaturas Romances
Lector: Dr. Mar Freire Hermida, Depto. de Lenguas y Literaturas Romances

Word Count: 12786

Resumen

La atención médica se ha convertido en uno de los temas más importantes de la academia moderna. Respecto a la atención médica estadounidense, un grupo que se encuentra en una posición bastante única son los hispanoamericanos. Aunque forman el grupo minoritario más grande de los Estados Unidos, se enfrentan con desafíos significativos que dificultan el acceso a la atención médica adecuada, como las barreras lingüísticas. Mi trabajo analiza las interacciones entre los médicos de habla inglesa y los pacientes de habla hispana, cómo las barreras lingüísticas producen una atención deficiente y las estructuras comunicativas que son fundamentales en la construcción de estas barreras en primer lugar. En la tesina, analizamos otros factores que influyen en la atención médica hispana (por ejemplo, la identidad minoritaria, el acceso a la atención médica y el estatus socioeconómico) y aislamos el lenguaje como un correlato con la atención de calidad inferior. Además, utilizamos una amplia muestra de estudios centrados en la atención médica de los hispanohablantes para mostrar la importancia de dos conceptos lingüísticos. Nos referimos al ruido, en forma de sesgo y deficiente capacidad lingüística, y a los campos de experiencia, o los contextos lingüísticos y culturales que los comunicadores deben compartir. Examinamos las interacciones de estas estructuras y cómo pueden explicar las fallas en la comunicación entre los pacientes hispanohablantes y los médicos angloparlantes. Por último, sugerimos la aplicación de medidas específicas, especialmente un mayor entrenamiento interpretativo/cultural para los sanitarios, para combatir las barreras lingüísticas.

Palabras claves: atención médica, hispanohablantes, barreras lingüísticas, comunicación, interpretación

Tabla de contenido

Introducción	5
Revisión de la experiencia hispanoamericana	7
Proceso de la interpretación	11
1. La interpretación profesional	12
2. La interpretación no profesional	14
3. Las teorías de la comunicación	15
4. Aplicación	18
5. Ruido	20
6. Resumen de la experiencia hispanoamericana y de la interpretación	21
Análisis de las investigaciones relevantes	22
1. Investigaciones etnográficas	22
2. Investigaciones numéricas	27
3. Cuando las barreras son insignificantes	36
4. Conclusiones	38
Aplicaciones posibles	40
Limitaciones	43
1. La literatura	43
2. Este trabajo	45
Referencias	47

Introducción

Aunque existen varios factores que pueden afectar la calidad de la atención médica que los pacientes hispanohablantes reciben en los Estados Unidos, un área que merece atención es la comunicación entre el paciente y el médico, en particular, el “factor ruido” o la interferencia que ingresa y complica el proceso de comunicación. Respecto a la relación entablada entre los médicos y los pacientes, también debe considerarse la falta de “campos de experiencia” comunes, es decir, la carencia de la necesaria habilidad lingüística y cultural que médicos y pacientes deberían tener al inicio de la comunicación. Tanto el factor ruido, como la falta de campos de experiencia compartidos, suelen quedar afectados por la tarea del intérprete que, al intervenir en la conversación, complica aún más la comunicación.

La investigación de la comunicación entre los pacientes y médicos solo es útil si se puede identificar el idioma como factor determinante. Debido a ello, las preguntas centrales de esta investigación serán las siguientes: ¿Están los desafíos de la comunicación entre los médicos y los pacientes vinculados con la calidad de atención médica que los pacientes reciben? ¿Cuáles son los desafíos precisos—ruido, campos de experiencia etcétera—de la comunicación entre los médicos y los pacientes hispanohablantes? Respecto a la primera pregunta, esta investigación no intentará establecer una relación de causa y efecto entre la comunicación y la atención médica. Antes bien, averiguará si hay una correlación entre ellas. Aun así, una conexión entre la lengua y la calidad de atención médica no será útil si no se identifica exactamente por qué la comunicación está fallando. Ello deriva también en la segunda pregunta. Responder a ésta no sólo ayudará a explicar el punto central de la investigación, es decir, cómo el idioma está conectado a la calidad de atención médica que un paciente recibe; también ofrecerá un marco que podría ser usado para mejorar la situación presente. En otros términos, si el hablar en español

está relacionado con una deficiente calidad de atención médica, y se puede identificar que algún ruido específico o alguna falta de experiencia compartida es central en la causa de esa falla de comunicación, entonces el problema se vuelve más tangible y específico. En ese momento, podemos sugerir las estrategias apropiadas para remediar la situación.

El tema de la atención médica es algo complejo e intrincado. Con respecto a los hispanoamericanos, la experiencia de éstos es aún más complicada debido a que son una minoría con una situación lingüística desfavorable. A fin de llevar a cabo esta tesina, empezaremos por una revisión de la experiencia hispanoamericana con respecto a la atención médica. Esto nos ayudará a entender algunos de los factores que, además del idioma, podrían afectar la atención que este grupo suele recibir. En segundo lugar, deberemos entender el proceso de la interpretación, además de las teorías comunicativas que lo explican. Ambos, el proceso y las teorías, serán necesarios para la investigación, y serán empleados en el análisis y en las discusiones que siguen. Cumplido ello, estudiaremos varias investigaciones enfocadas en la intersección de los temas referidos a la atención médica de los pacientes hispanohablantes. Intentaremos formular respuestas a las dos preguntas centrales de esta investigación: “¿cuáles son los desafíos de la comunicación entre los médicos y los pacientes hispanohablantes?”, y “¿están estos desafíos vinculados con la calidad de atención médica que los pacientes reciben?”. Dicha sección analizará estos estudios y su aplicabilidad a aquellos hispanoamericanos que hacen uso de recursos lingüísticos para obtener atención médica adecuada. Esta tesina pasará entonces a hablar sobre algunas soluciones posibles y cómo pueden ser implementadas en el ambiente actual de la atención médica. Finalmente mencionaremos tanto las limitaciones de los estudios publicados, como las del trabajo. Plantearemos la investigación que será necesaria en el

futuro para avanzar en la comprensión de cómo el español interactúa con el sistema de atención médico estadounidense.

Además de la estructura descrita, teníamos la intención de administrar una encuesta a los pacientes hispanohablantes en el hospital de la Universidad de Michigan. Ella se habría enfocado en medir la competencia en inglés y la satisfacción con los servicios lingüísticos y la atención que los pacientes recibían durante las consultas. Los resultados de la encuesta nos habrían ofrecido la oportunidad para comparar las conclusiones de esta tesina con un ejemplo de nuestra comunidad. Sin embargo, esta pieza de nuestra investigación volvía a ser imposible debido a la falta de oportunidad para trabajar con el hospital durante la pandemia de COVID. Por eso, esta tesis emplea solo la literatura existente, y señala a continuar la investigación de los factores comunicativos que impiden con la atención a los pacientes hispanohablantes.

I. Revisión de la experiencia hispanoamericana

Es importante comprender la situación desventajosa en la que se encuentran los pacientes hispanohablantes, teniendo un resumen básico del lugar que los latinos ocupan en el tejido de la sociedad norteamericana. Según la oficina de censos, los hispanos forman más o menos el 19% de la población, siendo el grupo minoritario más grande. (U.S. Census, 2021). Sin embargo, en 2013 sólo el 41% de los hispanoamericanos podían hablar el inglés “muy bien”, y por los menos el 33% de ellos no podían hablar este idioma en absoluto (Krogstad et al., 2020). En comparación con otras minorías, el grupo latino es más grande y experimenta barreras lingüísticas distintas en la sociedad estadounidense.

Aunque la desventaja de la lengua coloca a los hispanoamericanos en una situación particular, ellos también están sometidos a muchos de los mismos problemas que son característicos de otros grupos minoritarios. Estas tendencias se pueden ver especialmente en lo

que concierne a la atención médica. Como sucede con otras minorías, los hispanos suelen emplear menos recursos médicos preventivos, incluyendo el relacionado con la atención primaria. Según la investigación de Timmins (2002), esta diferencia muestra que los hispanos sólo buscan atención médica cuando sus trastornos empeoran. En esta misma investigación, Timmins anota que la forma de atención médica más recurrida por los hispanos es la sala de emergencias.

Puesto que es importante que las personas tengan acceso a los recursos de atención médica apropiados, no se debe minimizar el carácter problemático de estas falencias. No se puede esperar que los trastornos de salud lleguen al punto en que sea necesario acudir a la sala de emergencias. Factores culturales también inciden en que ello suceda. En cuanto al uso frecuente de las salas de emergencias, se sabe que en países como Colombia, ellas son más baratas y de uso prioritario en comparación con las clínicas privadas (Ovalle, 2021). Tiene sentido entonces que los colombianos tengan una percepción diferente de la sala de emergencias que la que se tiene en los Estados Unidos. Por ende, y en un sentido más amplio, se puede decir que la cultura tiene que ver con el modo en que las personas perciben y utilizan los recursos médicos (Nielsen-Bohlman, 2004). La cultura es un aspecto primordial que debe ser tomado en cuenta por cualquier investigación que se enfoque en asuntos raciales o étnicos. En lo que nos concierne, la cultura es un tema crucial a lo largo de la investigación. Puede observarse la importancia que tienen las diferencias culturales en las explicaciones estadísticas y porcentuales que separan a la sociedad norteamericana de las sociedades hispanoamericanas.

Otro tema que debe ser tenido en cuenta es el rol que la identidad de las minorías cumple en la evaluación de la salud. Por varias razones, la comunidad científica y médica ha reconocido durante muchos años que ser parte de un grupo minoritario conlleva mayores problemas de

salud. En el caso de los hispanos, “A pesar de que están creciendo más rápidamente que las otras minorías en los Estados Unidos, los latinos experimentan un estado de salud desproporcionadamente desfavorecido” (Timmins, 2002, p. 81) . Cabe recordar que la desventaja sufrida en la salud de las minorías puede variar de acuerdo a cuál sea el grupo minoritario. En relación con el sector de los blancos estadounidenses, la salud de los afroamericanos, de los hispanoamericanos, al igual que la de las otras minorías, resulta ser mucho peor (Centers for Disease Control, 2015). Sin embargo, los trastornos más problemáticos para los afroamericanos no son los mismos que los que presentan los hispanoamericanos. Los hispanos padecen de diabetes y de problemas hepáticos que no son tan frecuentes en otros grupos, incluyendo los blancos y los afroamericanos. Por su parte, los afroamericanos suelen padecer de hipertensión y de derrames cerebrales más que otros grupos. Lo importante de esto es reconocer que el estatus minoritario es un problema en sí mismo, hecho que debe ser tenido en cuenta. Sin embargo, se puede ver que cada experiencia minoritaria es única. Por ello, no es posible formular conclusiones generalizadas basadas en las investigaciones de sólo un grupo. Esto significa que las aplicaciones de nuestra investigación están limitadas a los hispanoamericanos. Además, el reto de esta investigación tiene que ver con el tema de separar los factores de la identidad hispana del lenguaje y el español. Entonces establecemos aquí donde se posicionan los hispanos con respecto a los otros norteamericanos. Al interior de este conjunto de ubicaciones, queremos además identificar dónde se emplazan los hispanos angloparlantes y dónde lo hacen los que solamente hablan español.

Como otros grupos minoritarios, los hispanoamericanos a menudo reciben una atención médica inferior a la media. Un factor que contribuye a este fenómeno es el acceso a recursos y clínicas adecuadas, ya que existen varios escollos que impiden a los hispanoamericanos obtener

la atención médica adecuada (Tienda et al., 2006). Caldwell et al. (2017) muestra que la segregación geográfica, es decir, donde las personas viven, afecta la calidad de la atención médica, que se torna inaccesible para los grupos minoritarios segregados. No sorprende entonces que las áreas donde las minorías viven suelen tener recursos inferiores y clínicas de menor calidad. Ello puede deberse al hecho de que hay menos recursos dedicados a apoyar a las personas que no hablan inglés. Además, el hecho de que los hispanoamericanos suelen recibir una atención deficitaria puede también deberse a que esta minoría tiene dificultades para acceder a los recursos ya indicados. Otra tendencia preocupante sugiere que los problemas no están limitados a la obtención de los recursos: en comparación con otros grupos, los pacientes hispanohablantes suelen responder que están menos satisfechos con la atención y con el tratamiento que reciben. Las estadísticas están de acuerdo con esta percepción, ya que los pacientes de habla hispana son más propensos a recibir pruebas y diagnósticos innecesarios (Timmins, 2002). Este tipo de errores puede costar dinero y tiempo, lo que explica el mayor descontento de los pacientes hispanohablantes.

Los hispanoamericanos suelen también encontrarse en una posición socioeconómica desfavorable. Un informe dado por el Comité Conjunto Económico al Congreso de los Estados Unidos (2015) señala que: “La comunidad latina va a la zaga de la mayoría de la población blanca no hispana en muchos indicadores importantes de bienestar económico, incluyendo el empleo, los ingresos y la acumulación de riqueza”. Es obvio que el nivel socioeconómico está relacionado con la calidad de atención médica que se recibe, inclusive si se consideran los refuerzos económicos que provee Medicare. Es probable que el impacto más significativo tenga que ver con la posibilidad de acceder a los seguros médicos. Perez-Escamilla (2009) indicó que los latinos son tres veces más propensos a no tener un seguro médico. Entre los latinos que sí

tenían seguro, solo 64% de ellos gozaban de un seguro privado, en comparación con el 86% de la población blanca, según el mismo estudio. En los Estados Unidos, resulta más difícil que el hispanohablante pueda acceder a una atención médica adecuada porque muchas clínicas no trabajan con pacientes que no están asegurados. En una nación capitalista, la mejor atención médica casi siempre es la más cara, y las barreras financieras impiden que los pacientes sin seguro puedan obtener tratamiento adecuado en estas clínicas. Como resultado, grupos compuestos por minorías, como los latinos, están expuestos a una atención médica deficitaria. Estas disparidades, junto con las disparidades geográficas y culturales, contribuyen a las experiencias frustrantes en torno a los servicios de salud que suelen tener las minorías, aunque no las explican completamente.

II. Proceso de la interpretación

Presentada la identidad latina y cómo ella se relaciona con la atención médica, retornamos ahora al tema principal: las barreras lingüísticas. Debido a que muchos latinos no tienen competencia en el idioma inglés (Krogstad et al., 2020), el sistema de atención médica ha desarrollado estructuras que permiten interpretar mejor el tratamiento, y que reducen las disparidades que se dan en la atención médica de los grupos hispanohablantes. Presentamos los procesos de la interpretación y comunicación en lo que concierne a los pacientes hispanohablantes. Sin embargo, se vuelve difícil formar una imagen completa de la interpretación debido a que ella no está estandarizada. Por eso existe mucha variación en la aplicación y ejecución de este servicio. Además, hay una multitud de tipos de interpretación implementados en el campo médico, pero hablamos aquí de tres: la interpretación profesional cara a cara, la interpretación profesional virtual y la interpretación no profesional.

1. La interpretación profesional

Debido a una multitud de factores, como la rapidez y el acceso a los recursos financieros, la interpretación profesional es variada. Sin embargo, hay dos formas básicas: una, cara a cara, y la otra, virtual. Cuando se trata de interactuar con los médicos estadounidenses, ambas tienen una característica común: el empleo de un intérprete profesional. Esto no implica necesariamente que el intérprete se dedique completamente a la interpretación, pero sí que tenga alguna experiencia y algún entrenamiento en el campo de la interpretación.

Puesto que los mismos intérpretes profesionales pueden trabajar cara a cara o virtualmente, entonces la diferencia más importante entre los dos tipos de interpretación profesional tiene que ver con un tema lingüística/comunicativa que es el canal. Pierce et al. (2009) introduce muchas de las ideas centrales de las teorías de comunicación actuales y define canal como: “el medio por el que se transmite el mensaje”. Este medio permite distinguir los dos tipos de interpretación profesional. Por un lado, el canal cara a cara, por otro lado, la interpretación virtual puede ser por el teléfono o por medio de los servicios de videochat como Zoom o Skype. Sin embargo, el canal siempre tiene forma virtual e introduce una distancia entre el intérprete y los comunicadores. Una de las preocupaciones de la interpretación virtual es que puede introducir ruido físico o externo (Wofford et al., 2013). Un ejemplo de esto es la distorsión que puede existir en el teléfono o en Zoom gracias a problemas con el internet. En este sentido, la variabilidad de la interpretación virtual puede introducir problemas que no son pertinentes a la interpretación cara a cara donde se puede eliminar este tipo de ruido o distorsión. Por estas razones, la interpretación cara a cara se pensó como superior a la interpretación virtual durante muchos años. Sin embargo, investigaciones recientes han mostrado que los pacientes suelen estar satisfechos con los servicios de interpretación digitales (Wofford et al., 2013). Es cierto que la

satisfacción no necesariamente es una representación perfecta de la eficacia de estos servicios, pero el pensamiento de que la interpretación virtual es considerablemente inferior a la interpretación cara a cara está cambiando.

Se mencionó que la interpretación no es un servicio estandarizado. Aunque existe un mandato federal en los Estados Unidos que obliga a las instituciones financiadas con fondos federales a proporcionar servicios lingüísticos a las personas que los necesitan, no hay un estándar federal para la certificación de los intérpretes médicos. Martínez-Gibson y Gibson (2007) explican que: “A diferencia del ámbito legal, donde el gobierno federal exige intérpretes con entrenamiento y certificación federal para proporcionar acceso al idioma a sus clientes con competencia limitada en inglés y la mayoría de los estados tienen su propia certificación; en el ámbito de la atención médica esto no existe” (p. 117). Además, pocos estados (como Massachusetts y California) tienen un estándar para la interpretación (Martínez-Gibson y Gibson, 2007). A la mayoría de los estados les falta un estándar de competencia que resulte en una notable variación de las habilidades y del entrenamiento de los intérpretes. En los peores casos, no existe ningún entrenamiento de intérpretes por parte de las instituciones que los emplean.

Otro problema principal para la interpretación profesional es que requiere muchos recursos para organizarla de una manera que sea eficaz y eficiente. Otra vez, los recursos que una clínica puede dedicar a servicios lingüísticos varían mucho. Martínez-Gibson y Gibson (2007, examinaron los servicios de ocho clínicas en Carolina del Sur. La proporción de intérpretes a pacientes hispanohablantes cada año osciló entre 1:284 a 1:17,000, y solo una de las ocho clínicas tenía intérpretes profesionales a tiempo completo en su personal. Además, esta clínica es la más grande y recibe fondos federales, entonces tiene más recursos para dedicar a estos servicios. Las clínicas más pequeñas y las que no reciben fondos federales a menudo tienen

dificultades en mantener un nivel adecuado de servicios lingüísticos. Esto puede retrasar las consultas y disminuir la eficiencia y la eficacia de las interacciones entre los pacientes y los médicos. En clínicas como éstas, también se ve el uso de la interpretación no profesional. Obviamente este es solo el estudio de un área de los Estados Unidos, pero llega al meollo del problema: la interpretación es un servicio desigual e imperfecto debido a varios factores.

2. La interpretación no profesional

La otra forma común de interpretación médica es la interpretación no profesional. Ella se refiere a cualquier modo de interpretación que usa los servicios de alguien con habilidades bilingües, pero sin ser intérprete profesional. En este caso, no incluí las categorías “cara a cara” y “virtual”. Es cierto que en el caso de intérpretes no profesionales, utilizar un canal virtual puede aumentar la confusión. Sin embargo, los aspectos más problemáticos de la interpretación no profesional dependen más de las habilidades del intérprete que de factores como los canales de comunicación. Por eso, decidimos omitir estas categorías para simplificar esta discusión. La interpretación no profesional se ve más cuando los pacientes usan a miembros de sus familias para interpretar las interacciones con los profesionales médicos. Este tipo de interpretación también se usa cuando a las clínicas les faltan intérpretes profesionales, entonces ellas utilizan empleados bilingües como intérpretes. De cualquier manera, esto puede ser problemático porque el tener solo habilidades bilingües no es suficiente para poder interpretar, especialmente en contextos médicos. Martínez-Gibson y Gibson (2007) señalan el hecho de que hay vocabularios específicos, distintos y extensivos que el intérprete necesita saber en ambas lenguas para comunicar el mensaje entre las dos partes. Además, hay factores sociales que pueden afectar cuál información el paciente decide compartir con los médicos. Estos factores sociales pueden producir problemas para mantener la confidencialidad del paciente. Chen (2006) dice

simplemente que “Estudio tras estudio ha demostrado que los intérpretes sin entrenamiento en entornos médicos como maridos, amigos, secretarios y porteros que tienen algunas habilidades bilingües y que resultan estar disponibles son poco fiables”(p. 812). Esto no quiere decir que siempre sea malo usar los servicios de un intérprete no profesional, como por ejemplo un pariente. Hay circunstancias donde estos parientes tienen experiencia en contextos médicos y conocen el vocabulario bastante bien. También se debe considerar el tipo de consulta, ya que los niveles de vocabulario que sean necesarios para tener una comunicación efectiva pueden ser menores en algunas situaciones. Sin embargo, el promedio nos dice que suele ser mejor usar los servicios de un intérprete profesional, y que ambas formas de interpretación profesional (virtual y cara a cara) son más fiables que la interpretación no profesional.

3. Las teorías de la comunicación

La interpretación como las otras formas de comunicación es un proceso que se puede modelar teóricamente. Es verdad que hay bastantes teorías y estructuras diferentes que intentan explicar el proceso de comunicación. Aquí discutimos tres tipos de modelos comunicativos: las teorías lineales, las interaccionales, y las transaccionales.

Lineales

Las estructuras lineales son las más básicas: hay un emisor que comunica un mensaje a un receptor. El emisor codifica el mensaje y lo envía a través del canal. El receptor recibe el mensaje y lo descifra (Pierce y Correy, 2009). La comunicación sólo puede viajar en una dirección: del emisor al receptor, en la que faltan detalles contextuales como los campos de experiencia que influyen en el proceso comunicativo. Los modelos lineales incluyen el concepto de “ruido”, es decir, la interferencia que puede entrar en el proceso comunicativo y causar distorsión y problemas para producir una comprensión compartida del mensaje. El ruido es una

estructura fundamental en la teoría de comunicación y existe en todos los modelos que presentamos aquí.

Interaccionales

Un grupo de teorías más cíclicas son los modelos interaccionales. Estos modelos mantienen el proceso básico de las teorías lineales: el emisor codifica el mensaje y lo envía por un canal al receptor para que él/ella pueda descifrarlo. Sin embargo, los modelos interaccionales introducen algunos conceptos cruciales para entender el proceso comunicativo. El primero es la retroalimentación: un mensaje que el receptor envía al emisor como una respuesta al mensaje original. Según Pierce y Correy (2009) “In the move to a more dynamic view of communication, interactional models follow two channels in which communication and feedback flow between sender and receiver (Para pasar a una visión más dinámica de la comunicación, los modelos interaccionales siguen dos canales en los que la comunicación y la retroalimentación fluyen entre el emisor y el receptor)”. Este concepto le da a los modelos interaccionales su estructura cíclica, ya que permite que la comunicación viaje en ambas direcciones. La retroalimentación es más intrincada cuando viene de la interpretación. El intérprete no es un comunicador que tiene el objetivo de transmitir sus ideas y emociones, siendo una mera conexión entre el médico y el paciente. Si el intérprete participa en comunicación individual con el paciente o el médico, el proceso comunicativo entero está afectado. La mejor interpretación minimiza estos efectos y usa al intérprete solamente para codificar y descifrar el mensaje de una forma que ambas partes puedan entender. En resumen, el intérprete no debe dar retroalimentación a los otros comunicadores. Por otro lado, la retroalimentación sí debe existir entre los pacientes y los médicos. Ambas partes pueden ofrecer la retroalimentación no verbal a través de gestos como una sonrisa o un guiño de la cabeza. Estos mensajes se saltan al intérprete y viajan directamente

al otro comunicador. Sin embargo, si uno quiere dar la retroalimentación de manera verbal, tiene que enviarla a través del intérprete. Entonces se vuelve difícil y a veces arbitrario decidir si un mensaje es retroalimentación o algo nuevo.

Los modelos interaccionales también introducen los campos de experiencia de los comunicadores. Para cada comunicador, su campo de experiencia está compuesto de su perspectiva y la experiencia particular. El éxito del proceso comunicativo depende de la superposición de estos campos de experiencia que lo facilitan. En el caso de médicos angloparlantes y de pacientes hispanohablantes por ejemplo, la superposición de los campos es mínima y, en el mejor de los casos, casi siempre inferior a la que tiene lugar con los pacientes angloparlantes.

Transaccional

El último modelo principal de comunicación se llama el modelo transaccional. Este modelo es el más dinámico y fluido de todos los modelos. A él le faltan las etiquetas de emisor y receptor. En lugar de eso, se identifican ambas partes involucradas en un proceso de comunicación como transmisores que trabajan juntos para crear el proceso comunicativo. Es decir, ambos comunicadores funcionan constantemente como receptores y emisores porque la comunicación es constante. Los mensajes están relacionados con otros mensajes y existen de una manera interdependiente en el modelo transaccional. En la práctica, se dice que un mensaje afecta e influye al próximo mensaje, entonces no se puede entender un mensaje como algo independiente de los otros, sino que debemos tomar una perspectiva integral de todo el proceso comunicativo para entender cómo se produce un entendimiento compartido entre los comunicadores (Pierce y Correy, 2009). Esta teoría contrasta con los otros modelos que tienen un mayor enfoque en los pasos individuales e independientes de la comunicación de cada mensaje,

desde su codificación hasta su descifrado. En resumen, el modelo transaccional dice que la comunicación es dinámica y es un trabajo compartido entre ambos comunicadores. Este principio también aplica a los campos de experiencia en este modelo. Según la teoría transaccional, la superposición de los campos de experiencia es necesaria para permitir a los dos comunicadores producir un significado compartido. Sin esta superposición, el significado del mensaje nunca puede ser compartido por ambas partes y el proceso comunicativo falla.

4. Aplicación

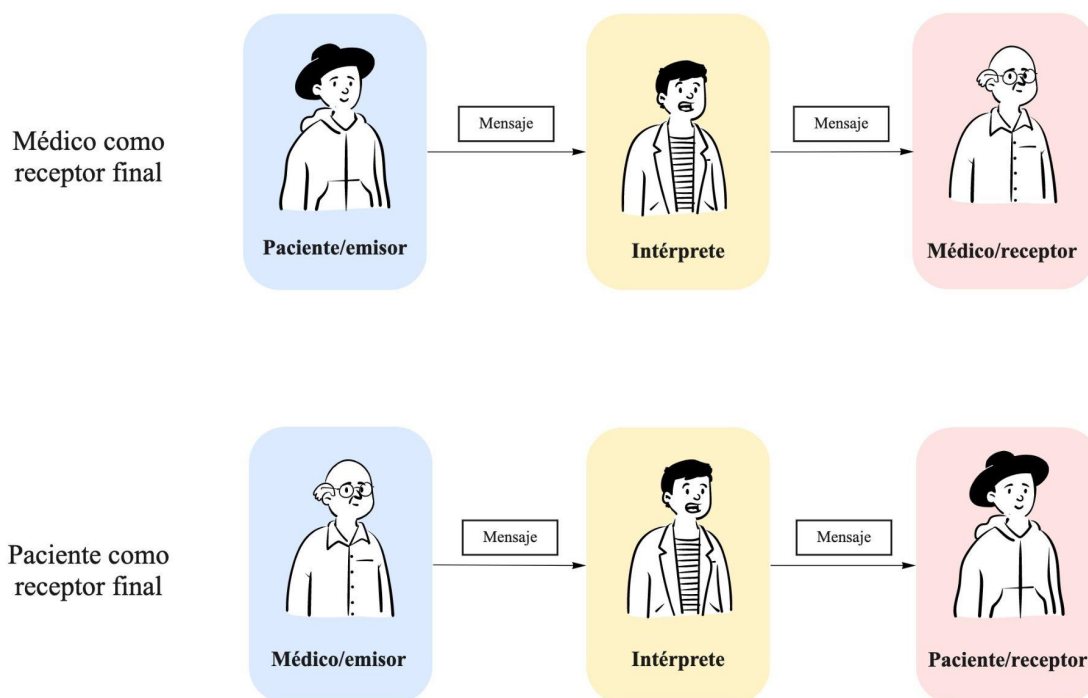
Para esta discusión, decidimos emplear el modelo interaccional de comunicación con algunos principios de los otros modelos que participan en la interpretación. Aunque hoy en día gran parte de la teoría comunicativa usa el modelo transaccional, una estructura interaccional funciona bien para la interpretación porque mantiene la direccionalidad de los mensajes. Debido a que el mensaje siempre tiene que viajar del emisor al intérprete y después a la otra parte, es útil mantener y etiquetar quien es el receptor y el emisor de cada mensaje. El modelo transaccional pone menos énfasis en los mensajes individuales, ya que propone la interdependencia de todos los mensajes. Mientras tanto, el modelo interaccional permite seguir cada mensaje e investigar los factores que lo afectan. En resumen, sería difícil y confuso aplicar el modelo transaccional a esta situación debido a la presencia del intérprete como un tercer factor a la complejidad del modelo. Además a este modelo le faltan otras piezas como la direccionalidad necesaria para entender cada mensaje individualmente.

Nuestro modelo interaccional de la interpretación dice que el paciente empieza como emisor y envía el mensaje por el canal (cara a cara o virtual) al intérprete, quien es el receptor. El intérprete se convierte en emisor y repite el proceso de enviar el mismo mensaje por el mismo canal al médico. Este proceso puede ser invertido para que el médico pueda enviar un mensaje al

paciente. En este caso el médico empieza como emisor, el intérprete todavía va de receptor a emisor, y el paciente funciona como receptor final (Figura 1).

Figura 1

Proceso de la interpretación médica



miro

La codificación del mensaje es crucial en este modelo y en el contexto de la interpretación. Cuando el paciente sea el emisor, el mensaje siempre se codifica en español, y cuando el médico sea el emisor, el mensaje siempre se codifica en inglés. Esto presenta una diferencia de código que solo se puede resolver por la presencia del intérprete. Una vez que recibe el mensaje inicial, es su responsabilidad descifrarlo del idioma primario y codificarlo de nuevo en el idioma secundario. Mientras tanto, el intérprete tiene que asegurar que el significado del mensaje no sea cambiado durante el proceso de descifrar y cifrar de nuevo el mensaje.

El intérprete además necesita tener una superposición de su campo de experiencia con los campos del paciente y el médico. Sabemos que la superposición de los campos de experiencia es necesaria para permitir un significado compartido. Sin el intérprete, a los dos comunicadores les falta esta superposición debido a sus diferencias lingüísticas. El intérprete conecta los campos del paciente y del médico para crear la nueva secuencia de la superposición. Sin embargo, las habilidades bilingües permiten solo una superposición básica. Por esto vemos la importancia de tener un intérprete profesional. Para maximizar la superposición de los campos, el intérprete necesita tener un entendimiento matizado de las culturas e identidades de ambos partidos. Cuando los parientes funcionan como intérpretes en el proceso de interpretación no profesional, a menudo crean una superposición con el paciente bastante marcada, pero una superposición menor con el médico. Si en vez de un pariente, un empleado con habilidades bilingües funciona como el intérprete, muchas veces vemos que lo opuesto ocurre. En ambos casos, la estructura comunicativa resultante no es fiable.

5. Ruido

Un aspecto crucial de nuestro modelo de interpretación es el ruido que ingresa en el proceso comunicativo. Como se mencionó anteriormente, el ruido se identifica como cualquier fuerza exterior que interfiere en la comunicación (Shannon and Weaver Model, 2014). Es decir, se explica como la combinación de todos los factores que hacen que el proceso de comunicación se vuelva más turbio. Un tipo de ruido que ya discutimos es el ruido físico, que se refiere a la interferencia ambiental como sonidos ruidosos. Este tipo de ruido puede ser pertinente para la interpretación virtual. Sin embargo, los tipos de ruido más significativos para la interpretación médica y para esta investigación son el ruido psicológico/cultural y el ruido semántico. Por un lado, los estereotipos y las presunciones que los médicos tienen sobre la cultura y las habilidades

de sus pacientes pueden alterar el sentido del mensaje que se intenta comunicar. A eso llamamos “ruido psicológico” (Pierce y Correy, 2009). Por otro lado, la dificultad que muchos pacientes tienen en emplear el lenguaje puede causar problemas debido a la intromisión del ruido semántico, un tipo de ruido que se caracteriza por presentar barreras lingüísticas que dificultan el entendimiento del mensaje.

6. Resumen de la experiencia hispanoamericana y de la interpretación

Esto completa el análisis de la experiencia hispanoamericana y la explicación básica de la interpretación médica. En resumen, los pacientes hispanos tienen una experiencia única y problemática en el sistema de atención médica de los Estados Unidos. Como otros grupos minoritarios, hay varias disparidades que existen para los hispanos, como peor acceso y calidad de atención médica. Además, los hispanos suelen usar menos recursos preventivos y recurrir más a las salas de emergencia. Como otros grupos minoritarios, los hispanos suelen ocupar una posición socioeconómica peor en comparación con el promedio. Por lo tanto, a un gran porcentaje de hispanos le falta el seguro médico adecuado. La lengua española introduce un problema único para los latinos: aunque el español es el segundo idioma más popular en los Estados Unidos, hay una falta de recursos y servicios apropiados para apoyar a todos los pacientes que necesiten ayuda lingüística en el contexto médico. El uso de intérpretes sin calificaciones o entrenamiento adecuado introduce problemas e inconsistencia en las interacciones entre los pacientes hispanohablantes y los médicos angloparlantes. Para entender esta comunicación e interpretación empleamos el uso de una estructura interaccional: una teoría comunicativa más dinámica que las teorías lineales que mantiene la direccionalidad e individualidad de los mensajes transmitidos. Además de la lengua española, las culturas de las personas hispanoamericanas pueden influir en sus tendencias médicas. Por lo tanto, debemos

tener en cuenta las diferencias culturales en nuestras discusiones y análisis. Debido a los factores culturales y especialmente lingüísticos, la experiencia hispanoamericana se vuelve distinta de la de las otras minorías. Por ello, los resultados de las investigaciones enfocadas en personas latinas no deben ser aplicados a otros grupos.

III. Análisis de las investigaciones relevantes

Esta sección de la tesina presenta las investigaciones que indican la relación entre las barreras lingüísticas con la mala calidad de la atención médica de las personas hispanohablantes. Las investigaciones que discutimos en esta sección fueron elegidas debido a su relevancia para la cuestión de la calidad de atención médica y la presencia de barreras comunicativas. Por eso, los estudios que enfocan en el acceso a la atención para pacientes hispanohablantes o los que investigan solo el grupo étnico de hispanos sin las consideraciones lingüísticas fueron omitidos. Además, algunos estudios publicados repiten las conclusiones de otros, entonces decidimos limitar las investigaciones que presentamos a los que reflejan puntos distintos y fundamentales para la discusión actual de nuestro tema. Mostramos la correlación de las barreras lingüísticas con una peor calidad de atención médica para los pacientes hispanohablantes. Además, implicamos los factores del ruido psicológico y semántico como centrales a las fallas del proceso comunicativo. También mencionamos brevemente las limitaciones importantes cuando sean aplicables.

1. Investigaciones etnográficas

Sherraden y Barrera (1996) se trata de la atención médica que las madres embarazadas reciben durante el proceso del embarazo hasta el alumbramiento, y empleó la aproximación etnográfica. La pieza más importante para la recopilación de los datos fue una serie de entrevistas detalladas con madres mexicanas en Chicago. Hay dos aspectos preocupantes en la

estructura de este estudio. El primero es que las madres elegidas para el estudio ya habían tenido sus bebés. El segundo es que la selección de las madres no fue al azar, sino que Sherraden y Barrera (1996) decidieron entrevistar a 19 madres con bebés que nacieron con pesos normales, y 22 madres con bebés que nacieron con pesos bajo los niveles normales. 86% de las madres eran monolingües en español, y todas las entrevistas se realizaron en español.

Seguidamente, este estudio apoya la afirmación de que hablar español presenta problemas para recibir atención adecuada: 44% de las madres respondieron que las barreras lingüísticas causaron problemas con la atención que recibieron. Estas madres respondieron que no entendieron muy bien las direcciones que recibieron. No sorprende encontrar que existe una falta de entendimiento en una situación caracterizada por diferencias lingüísticas. Esta falta de entendimiento es preocupante porque se da al interior de un ambiente en el que detalles pequeños pueden tener efectos significativos para los pacientes. La comprensión de los pacientes aumenta en importancia cuando se trata de decidir sobre el tratamiento y seguir los pasos del tratamiento elegido. Un ejemplo bastante obvio que veremos más tarde tiene que ver con los medicamentos: es crucial que los pacientes sepan qué medicamentos y cuantas pastillas deben tomar, y cuándo deben tomarlos. Por lo menos en este estudio, Sherraden y Barrera (1996) concluyeron que en el caso de madres embarazadas, esta comprensión fue un problema.

Otros problemas que fueron observados en este estudio tenían que ver con malas relaciones con los empleados gracias a las limitaciones en la comunicación, barreras para acceder servicios ancilares como WIC y problemas con la interpretación. En el tema de la interpretación, las mujeres respondieron que a menudo tenían que usar parientes, como hijos o hermanas, como intérpretes durante las visitas. Una madre dijo que tenía que ser intérprete para otras madres que no tenían un pariente que interpretarse durante las visitas (Sherraden y Barrera, 1996). Este tipo

de interpretación no profesional puede ser bastante problemático, como ya hemos visto. El estudio concluyó que “las experiencias con la atención prenatal están moldeadas, de maneras importantes, por la experiencia inmigrante. La recencia de la llegada, la falta de competencia en inglés y los niveles mínimos de educación afectaron cómo las mujeres utilizaron la atención, y la calidad de la atención que recibieron (Sherraden y Barrera 1996). Las conclusiones de este estudio reflejan las preocupaciones de los inmigrantes que recientemente llegaron a los Estados Unidos. En comparación con los inmigrantes que han pasado más tiempo en la sociedad estadounidense, este grupo suele tener menor competencia en inglés. Dicho esto, los problemas con el uso de intérpretes no profesionales pueden ser mejorados con ciertas medidas: mejor financiación para garantizar mejores servicios de interpretación para los pacientes necesitados. Sherraden y Barrera (1996) no ofrece mucha información sobre cómo la comunicación fallaba en las interacciones observadas.

Presentamos ahora una investigación que desarrolla más el trabajo de Sherraden y Barrera (1996), aunque se realizó antes de su estudio. Seijo et al. (1989) investigaron el impacto de las barreras lingüísticas en el ámbito de medicina interna. Como Sherraden y Barrera, el estudio de Seijo et al. empleó principios etnográficos. Se eligió un grupo de observadores para estar presente a lo largo de las consultas de pacientes hispanos. De estos pacientes, 80% tenían habilidades medianas y pobres en inglés. Los observadores apuntaron toda la información de las consultas y realizaron entrevistas con los pacientes una vez que las consultas habían concluido. Se usaron las entrevistas para medir cuánta información los pacientes entendían y recordaban en sus consultas. La comprensión y recolección son cruciales para el tratamiento de los pacientes, a fin de que ellos entiendan los procedimientos elegidos y cómo deban seguirlos después de las consultas. Los resultados para los pacientes que vieron médicos de habla en inglés fueron

comparados con los resultados para los pacientes que vieron médicos bilingües. De los pacientes que vieron médicos monolingües, la mayoría no usaron los servicios de interpretación (sólo nueve de los 27 usaron un intérprete). Los pacientes que no usaron intérprete se comunicaron en inglés (15/27) o en español con el uso de formas no verbales (3/27).

Seijo et al. (1989) no sólo emplearon métodos parecidos a Sherraden y Barrera (1996) sino que hallaron resultados que apoyaron las mismas conclusiones. Seijo descubrió que los pacientes que vieron médicos bilingües obtuvieron en promedio 20% más de información que los pacientes que vieron médicos monolingües. Un aspecto interesante fue que entre los pacientes que vieron médicos monolingües, los que usaron intérpretes solían obtener menos información que los pacientes que hablaban directamente con estos médicos en español y en inglés. Esta observación es curiosa porque sugiere que puede ser ventajoso comunicarse en una lengua común, aun si una de las participantes tiene limitaciones con esta lengua, en vez de emplear el uso de un intérprete. Por lo menos esto parece ser el caso cuando se tiene que ver con la necesidad de maximizar la recolección de la información presentada al paciente. La estructura interpretativa que hemos detallado en esta tesina tal vez pueda ayudarnos a entender este fenómeno. Sabemos que la presencia de un intérprete induce a la necesidad de enviar cada mensaje dos veces: la primera vez el mensaje viaja del emisor al intérprete, y la segunda vez del intérprete al receptor final. Dijimos que este proceso podría amplificar cualquier ruido que esté presente en el ambiente. Por otro lado, se esperaría ver altos niveles de ruido semántico en la comunicación de los pacientes y médicos monolingües que no hicieron uso de la interpretación. Si trabajamos con la suposición que una interferencia causó los problemas en la recolección, entonces podemos decir que el ruido producido en la interpretación es mayor que el ruido semántico presente en los pacientes que se comunicaron con los médicos monolingües sin la

ayuda de la interpretación. Sin embargo, hay evidencia de que factores psicológicos, como la comodidad con el medio de comunicación elegido, también pueden afectar el éxito de las interacciones entre el paciente y el médico (Marcos et al., 1973).

Además de una mejor recolección, Seijo et al. (1989) encontró que los pacientes que vieron médicos bilingües hicieron más preguntas a sus médicos durante sus consultas. Una explicación posible para esta observación sería que los pacientes se sienten incómodos con la presencia del intérprete. Este sentimiento podría limitar el deseo de los pacientes de pedir información adicional o de hacer preguntas a los médicos. Varios médicos han notado que “patients are often afraid to ask questions for fear physicians will feel challenged. Or that the doctor will think they are ignorant (los pacientes a menudo tienen miedo de hacer preguntas porque están preocupados de que los médicos se sentirán cuestionados. O que el médico pensará que son ignorantes)” (Korsch y Harding, 1999, p. 65). Esta cita ni siquiera se refiere a los pacientes que se encuentran con barreras comunicativas: algo que sin duda añadiría una capa de incomodidad a la situación. Korsch (1998) además menciona que “Some doctors believe that patients should be frightened a little so that they will do what the doctor tells them (Algunos médicos creen que los pacientes deben tener un poco de miedo para que hagan lo que les dice el médico)” (p. 25). Si los pacientes sienten aprehensión de hacer preguntas a sus médicos, ello tiene que ver con el sentimiento de incomodidad que se fomenta, y puede ser aliviado con el entrenamiento de los médicos dedicado a minimizar el sentimiento de incomodidad y ansiedad, y hacer que las interacciones entre los pacientes y los médicos sean más cómodas. Por otro lado, es posible que la razón por la cual los pacientes con intérpretes no hicieron tantas preguntas tenía que ver con otras fallas del proceso comunicativo. Como dijimos antes, la interferencia amplificada que existía en la comunicación para los pacientes que usaron intérpretes fue extrema

y parecía estar asociada con una peor comprensión y recolección. Si los pacientes no tienen un buen entendimiento de lo que está sucediendo, o están constantemente intentando descifrar el mensaje de sus intérpretes durante las consultas, tiene sentido que hagan menos preguntas.

Seijo et al. concluyeron que los resultados que observaron tenían más que ver con la segunda explicación, es decir con la interferencia amplificada. No pienso que debamos dejar las consideraciones psicológicas completamente, pero podemos decir que este estudio apoya la existencia de un vínculo entre el español y la calidad de atención médica. Los autores insisten que “este estudio demostró que la discordancia del lenguaje entre el médico y el paciente puede tener un efecto en la interacción de estas dos partes y su resultado” (Seijo et al., 1989). Además, nuestro análisis de los resultados implica la presencia de un ruido que era más grave cuando se usó un intérprete. Es difícil decir exactamente cuáles fueron las fuentes de este ruido, ya que el estudio no se enfocó en etiquetar estas piezas lingüísticas. Sin embargo, tiene sentido que una combinación de ruido semántico y cultural/psicológico estaba presente. Sobre el ruido psicológico, nos preguntamos si los médicos prejuiciaban a los pacientes que usaron intérpretes porque pensaban que eran menos inteligentes o menos hábiles en comunicarse. Este estudio sugiere que la presencia de un intérprete sí podría afectar la percepción de los médicos sobre sus pacientes.

2. Investigaciones numéricas

Pasamos de las investigaciones etnográficas a las numéricas, y presentamos la investigación de Cohen et al. (2005). Este estudio investigó los errores médicos que tuvieron lugar en una clínica pediátrica para determinar si las barreras lingüísticas o el uso de un intérprete profesional estaban correlacionados con esos errores que son frecuentes en pacientes hispanohablantes. Para medir las relaciones de las barreras lingüísticas, los investigadores

compararon la frecuencia con que un intérprete estaba presente en los casos que resultaron en errores con los casos que no resultaron en estos tipos de errores.

Los resultados de estas comparaciones indicaron que la probabilidad de un error médico aumentó 100% para los pacientes hispanohablantes que solicitaron el uso de un intérprete. Estos resultados son curiosos, ya que esperaríamos que el uso de un intérprete profesional aliviaría muchos los efectos de las barreras lingüísticas que existen entre el paciente y el médico. Sin embargo, los pacientes que solicitan un intérprete suelen tener menos competencia en inglés, en comparación con los pacientes que deciden no usar un intérprete. Cohen et al. básicamente usaron la variable de la solicitud de un intérprete como apoderado para las limitaciones lingüísticas de los pacientes. Esta medida tiene limitaciones—por ejemplo, las percepciones de los pacientes no siempre corresponden con la realidad de sus habilidades—pero nos ayuda a entender los resultados observados. Trabajando con esta asunción, podemos decir que los pacientes con las limitaciones lingüísticas más graves, los que solicitaron un intérprete, habían sufrido de errores médicos con más frecuencia que los otros pacientes.

Como Sherraden y Barrera (1996), el estudio de Cohen et al. no ofrece mucha perspicacia sobre que aspectos de la comunicación fueron problemáticos para los pacientes que experimentaron errores médicos. Sin embargo, nos presenta evidencia numérica que apoya los hallazgos de las investigaciones etnográficas porque sugiere que el riesgo de complicaciones evitables aumenta para pacientes pediátricos a quienes les falta competencia en inglés. En otros términos, Cohen et al. encontraron que los pacientes hispanohablantes tienen un mayor riesgo para recibir atención médica de una calidad inferior cuando les falta la capacidad para comunicarse directamente con los médicos. Además, este estudio solo usó pacientes hispanos, lo que nos permite controlar las variables culturales y aislar la variable de competencia en inglés.

Podemos ver que hay un mayor riesgo para problemas en la comunicación entre el paciente y el médico cuando se añade el intérprete, profesional o no profesional, como mediador entre los dos comunicadores debido a la aumentación de la interferencia comunicativa.

David y Rhee (1998) investigaron las barreras lingüísticas entre los pacientes hispanohablantes y los médicos angloparlantes en un contexto diferente. Esta investigación hizo uso de encuestas para recopilar estadísticas cuantitativas de pacientes que usaban servicios ambulatorios. Las encuestas preguntaban a los pacientes sobre su satisfacción con las consultas y su entendimiento de los medicamentos que los médicos les recetaron, incluyendo los efectos secundarios de estos medicamentos. Aplicaron las encuestas a dos grupos: los pacientes que hacían uso de intérpretes y los pacientes con dominio del inglés que no los necesitaban. El segundo grupo funcionó como la variable de control en el estudio. Es importante notar que ambos grupos eran en su mayoría hispanohablantes, pero que habían otras razas/etnias incluídas en el estudio.

Los resultados de las encuestas y las pruebas estadísticas de chi-squared—un método para medir la diferencia entre los datos esperados y los recopilados—mostraron unas diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que usaron intérpretes y los pacientes de control. Por ejemplo, pacientes con intérpretes dijeron que a menudo los efectos secundarios de sus medicaciones no fueron explicados (David y Rhee, 1998). Además, un mayor número de pacientes que usaron intérpretes dijo que a sus médicos les faltaban una buena comprensión de sus condiciones y síntomas en comparación con el grupo de control; también estuvieron menos satisfechos con la atención que recibieron. El hecho de que a los pacientes en este estudio les faltaba una apropiada comprensión de los aspectos fundamentales de sus consultas sigue el patrón que hemos visto en los otros estudios. Una pieza interesante es que los pacientes sintieron

que a sus médicos les faltaba información importante sobre sus estados de salud. Si los médicos no comprenden bien lo que sus pacientes intentan comunicar, la implicación será que existe una distorsión cuando el mensaje viaja del paciente al médico. Ya hemos visto que hay una distorsión cuando el mensaje viaja en la dirección opuesta, es decir del médico al paciente. Esta observación significa que el proceso comunicativo falla independientemente de la dirección en la que el mensaje viaja y que el proceso comunicativo entero es a menudo ineficaz. Debido a esto, entendemos que puede existir una interferencia producida por el intérprete y su inhabilidad para descifrar y codificar eficazmente los mensajes.

Según David y Rhee (1998), los resultados indican que comunicarse directamente con un médico va conectado en una mejor atención en vez de la dependencia de la interpretación. Sin embargo, este estudio no explicó muy bien si los médicos cambiaron sus mensajes cuando estaban intentando comunicarse a través de un intérprete. Nos referimos al mismo ruido psicológico que toca el estudio de Seijo et al.: los médicos podrían tener la percepción de que los pacientes con intérpretes tienen una menor capacidad para entender la información de la consulta, y por eso los médicos podrían decidir cambiar sus mensajes para limitar la cantidad de información que comunican a sus pacientes. El hecho de que una mayoría de los pacientes respondieron que recibieron buena información sobre servicios preventivos tal vez implica este prejuicio. Pues los pacientes no estaban confundidos sobre todos los aspectos de la atención que recibieron, sino que solamente faltaba información sobre temas específicos: como por ejemplo los medicamentos. David y Rhee no se refirieron al posible prejuicio de los médicos, pero sí concluyeron que las barreras lingüísticas estaban asociadas con la deficiente atención de los pacientes que hacían uso de intérpretes.

En el tema del ruido psicológico, o el prejuicio de los médicos, Marcos et al. (1973) nos presenta unos hallazgos bastante importantes. En este estudio, diez pacientes esquizofrénicos fueron entrevistados en inglés y español. Para todos estos pacientes, el español era el idioma nativo. Después de las entrevistas, les dieron a los pacientes una puntuación del uno a diez para representar la severidad de sus síntomas psicóticos. Una vez que todas las entrevistas fueron completadas, se compararon los resultados para ver si había una diferencia significativa en las puntuaciones que correspondía con el idioma en el que las entrevistas se realizaron.

Marcos et al. descubrieron que los pacientes solían recibir puntuaciones significativamente más altas cuando las entrevistas se realizaban en inglés. Dos factores influyeron en estos resultados, según los autores de este estudio. El primero tenía que ver con las dificultades de los pacientes para completar las entrevistas cuando se realizaron en inglés. El personal clínico respondía que había algunos cambios importantes en los pacientes cuando tenían que comunicarse en inglés en vez de español. Estos cambios tuvieron el efecto de presentar la imagen de algunos síntomas más graves. En el contexto de la comunicación, estos “cambios” probablemente fueron una manifestación del ruido semántico creado por los pacientes. En otros términos, la interferencia en el proceso comunicativo debido a las dificultades de los pacientes para comunicarse efectivamente en inglés les hicieron aparentemente más psicóticos de lo que realmente eran. Este es un ejemplo de los efectos tangibles que pueden resultar del ruido anormal producido por las barreras lingüísticas.

El segundo factor influyente en las observaciones tenía que ver con el “marco de referencia” del personal clínico. Aunque el personal clínico usó los mismos criterios para medir los síntomas de los pacientes en ambas lenguas, Marcos et al. afirmaron que las señales de una sintomatología psicótica no son las mismas para los pacientes hispanohablantes que a los que

hablan en inglés. Esta observación refleja dos estructuras comunicativas importantes: los campos de experiencia y el ruido cultural/psicológico. Cuando este estudio habla del marco de referencia del personal clínico, podemos inferir que éste se refiere a una falta de superposición de los campos de experiencia de los pacientes y de los del personal. Esto ayuda a explicar porque los síntomas psicóticos se manifiestan de una manera distinta para los pacientes que son hablantes nativos de español versus inglés. También podemos inferir que el ruido cultural/psicológico estaba presente en estas entrevistas debido a las fallas del personal clínico para entender las diferencias en la sintomatología psicótica que surgen al cambiar el idioma en el que se realizan las entrevistas. Los resultados de este estudio indican que un mejor dominio de la lengua que se elige para realizar las entrevistas (español en vez de inglés) estaba asociada con menores síntomas observados. Por otro lado, esto refleja el prejuicio del personal médico que hemos notado en las investigaciones anteriores.

El estudio de Marcos et al. también indica que el ruido semántico y el ruido cultural pueden tener un efecto amplificado. Cuando los pacientes tienen más dificultades para comunicarse, el ruido semántico es elevado. Al mismo tiempo, el personal clínico observa este ruido y piensa que los pacientes son menos inteligentes, lo que aumenta el prejuicio del personal y el ruido psicológico que resulta. Las interacciones de estos tipos de ruido y la falta de una superposición adecuada en los campos de experiencia de los dos comunicadores paraliza el proceso comunicativo. Este vistazo de la amplificación de la interferencia que puede formar en las interacciones médicas sugiere que es aún más crucial en el intento de minimizar el ruido semántico y psicológico y de maximizar la superposición de los campos de experiencia que facilitan la comunicación entre los pacientes y los médicos.

Los resultados de este estudio son fundamentales para el análisis del idioma en el contexto de la atención médica actual y han sido citados por una multitud de estudios subsiguientes. Sin embargo, se debe notar que otros estudios han contradicho estas conclusiones. Milun et al. (1980), por ejemplo, encontró que los pacientes esquizofrénicos se presentan como más psicóticos durante entrevistas realizadas en español en vez de inglés. Aunque este estudio encontró lo opuesto de lo que vimos de Marcos et al., todavía implica las barreras lingüísticas en los resultados de evaluaciones psicológicas de una forma u otra. Probablemente había variaciones en las habilidades lingüísticas de los pacientes y de los evaluadores en los dos estudios. Además, debemos reconocer que este tipo de estudio tiene limitaciones debido a la introducción de evaluaciones subjetivas. Aun así, tenemos bastante evidencia para implicar los problemas lingüísticos como factor contribuyente a las diferencias percibidas de síntomas psicóticos. Como los otros estudios, entendemos que la presencia de ruido específico y la falta de superposición de los campos de experiencia fueron fundamentales en la creación de una atención menos fiable y más variada para los pacientes que se enfrentan con barreras lingüísticas.

Barr y Wanat (2005) refuerzan el ruido psicológico como un problema central en la comunicación entre los pacientes hispanohablantes y los médicos. Los investigadores reclutaron a 41 adultos y los dividieron en cuatro grupos de sondeos étnicamente homogéneos de pacientes afroamericanos, latinoamericanos, isleños del pacífico y nativos americanos. Los investigadores entrevistaron a los miembros de los distintos grupos sobre sus experiencias con la atención médica que solían recibir, y sus respuestas fueron analizadas estadísticamente para determinar las quejas más comunes y los patrones que existen para los diferentes grupos étnicos.

Los latinoamericanos respondieron que habían “barreras lingüísticas significativas” para acceder y obtener atención adecuada. Una de las quejas más comunes era que el personal clínico

a menudo demostraba una intolerancia dirigida a los pacientes con habilidades limitadas en inglés (Barr y Wanat, 2005). Esta reivindicación es consistente con el patrón que hemos visto en otras investigaciones con respecto a las percepciones del personal clínico sobre los pacientes con limitada capacidad verbal en inglés. Esto fortalece el argumento de que el sesgo y el prejuicio, o el ruido psicológico, son centrales en la disrupción de la comunicación entre los pacientes y los médicos cuando las barreras lingüísticas son introducidas. Barr y Wanat (2005) encontró que los pacientes percibían la discriminación como un problema importante que afectaba la calidad de la atención que recibían. La discriminación más común tenía que ver con la manera en que el personal clínico interactuaba con los pacientes, sobre todo cómo ellos mostraban la falta de competencia en inglés. Los pacientes afirmaron que a menudo fueron tratados como inferiores por el personal debido a sus deficientes habilidades lingüísticas (Barr y Wanat, 2005).

Curiosamente, muchos de los hispanoamericanos en el grupo de sondeo respondieron que la discriminación estaba todavía presente aun si el personal clínico fuese latinoamericano o de otro grupo minoritario. Los pacientes insistían en que el personal se comportara de una manera que les hacía sentir inferiores debido a sus limitaciones lingüísticas. Podemos decir que el ruido psicológico estaba presente en las interacciones entre los pacientes y los médicos, pero es posible que este ruido tuviese un origen distinto del que hemos visto en las otras investigaciones. Sabemos que las percepciones del personal sobre los pacientes hispanohablantes a menudo resultan en ruido psicológico. Sin embargo, esta investigación indica que las inseguridades de los pacientes sobre sus limitaciones con el inglés probablemente tienen un impacto en la discriminación percibida. Es posible que el personal hispano discriminara contra los pacientes que carecían de dominio del inglés tanto como los sanitarios de otras etnias, pero los autores notaron que muchos pacientes se sentían inferiores debido a su incapacidad de poder

comunicarse en inglés. Este tipo de inseguridad estaría presente independiente de la etnia del médico que interactuaba con los pacientes. El resultado para los pacientes sería la percepción de una discriminación más grave de la que realmente existe. Pero debemos entender que los pacientes no son culpables de sus inseguridades. Los médicos y los otros sanitarios deben dedicarse a esta área para asegurar que los pacientes no se sientan inferiores debido a sus habilidades lingüísticas. Minimizar las preocupaciones de los pacientes y asegurar que el ambiente clínico es seguro para ellos es la responsabilidad del personal clínico. En este caso, el personal falló para hacer justamente eso.

Las comparaciones que hicieron entre los distintos grupos de sondeos son un pedazo novedoso del estudio de Barr y Wanat (2005). La conclusión que se dio de estas comparaciones fue que el sentimiento de discriminación se aplicaba a casi todos los grupos. Durante las consultas, una variedad de pacientes de los grupos respondieron que los médicos aplicaban estereotipos a propósito del hecho de que eran un grupo de minorías (Barr y Wanat, 2005, p. 203). No es sorpresa que el ruido psicológico existe en interacciones con otras minorías; sin embargo, esto aumenta la evidencia de que los estereotipos y las presunciones que los médicos tienen sobre sus pacientes están presentes y son problemáticos, especialmente para los pacientes que ya tienen dificultades para comunicarse efectivamente con estos médicos. La otra conclusión que surgió de las comparaciones era que los latinos tenían quejas que no estaban presentes en los otros grupos. La principal era que los médicos recetaron a los pacientes latinos medicamentos genéricos, y que los pacientes pensaban que estos medicamentos genéricos eran inferiores a los de marca (Barr y Wanat, 2005, p. 202). Sabemos que no hay una diferencia entre estos medicamentos, pero esta creencia refleja las diferencias culturales en la fabricación y distribución de drogas en los Estados Unidos versus los países latinoamericanos. Esta creencia

también refleja que los médicos no hicieron un buen trabajo en explicar los medicamentos prescritos a los pacientes e indica las complicaciones de no tener una superposición adecuada de los campos de experiencia. Debido a que a los médicos les falta el buen conocimiento de las culturas de sus pacientes hispanohablantes, probablemente no estén familiarizados con ciertas preocupaciones que son comunes a las personas que provienen de esas culturas. Esto ayuda a explicar por qué el personal clínico no corrigió las preocupaciones de los pacientes sobre los medicamentos genéricos. En este caso, el personal clínico se beneficiaría de una mejor educación cultural que les ayudaría a ser consciente de estas preocupaciones y responder a ellas de una manera más adecuada.

La investigación de Barr y Wanat (2005) presentó evidencia de atención inferior para pacientes latinos e identificó el ruido psicológico como un factor que contribuyó a ello. Este ruido psicológico parecía no ser limitado a las presunciones que los médicos tenían sobre sus pacientes, pero también se aplicaba a las inseguridades que los pacientes latinos tenían sobre sus propias habilidades para comunicarse en inglés efectivamente. Podemos decir que este estudio continúa el patrón que hemos visto en la temática del ruido psicológico en las comunicaciones fallidas de los pacientes que tenían limitaciones con el inglés, pero añade la capa de complejidad de las otras fuentes de este tipo de ruido. Más importante, nos sugiere que los médicos pueden hacer más que minimizar el sentimiento de inferioridad que los pacientes latinos suelen experimentar y para responder a las preocupaciones de estos pacientes sobre aspectos de la atención que resultan ser diferentes culturalmente.

3. Cuando las barreras son insignificantes

La literatura presentada aquí muestra un patrón de ciertos tipos de interferencia que son comunes en la comunicación entre pacientes hispanos con limitaciones para hablar en inglés. Las

investigaciones nos dicen que esta interferencia a menudo está vinculada con una atención de peor calidad si se compara con pacientes que no tienen estas barreras lingüísticas. Sin embargo, no toda la literatura está de acuerdo con estas conclusiones. Un estudio importante que va en contra de muchas de las tendencias que hemos presentado es el Enguinados y Rosen (1997). Esta investigación se enfocó en la atención médica que los pacientes hispanohablantes reciben en la sala de emergencias. Eligieron un grupo de pacientes principalmente hispanohablantes y un grupo de angloparlantes y realizaron entrevistas con todos los pacientes de los dos grupos. Las entrevistas se enfocaron en la satisfacción con la atención recibida y la comunicación con el personal clínico, y también en el número de pacientes que asistieron a sus citas de seguimiento. Los resultados fueron comparados entre los dos grupos de pacientes.

Enguinados y Rosen (1997) no encontraron ninguna diferencia estadísticamente significativa en las categorías mencionadas antes. Los pacientes hispanohablantes estuvieron satisfechos con la calidad de la atención y la comunicación que experimentaron, aunque todos usaron un intérprete o hablaron con un médico hispanohablante. Como hemos visto, los pacientes que necesitan intérpretes encuentran a menudo que la comunicación es problemática e inadecuada. Entonces es sorprendente ver que estos problemas no se detectaron en los pacientes de esta investigación. La explicación probablemente tiene que ver con la competencia de los intérpretes de la sala de emergencias. Enguinados y Rosen mencionan que los intérpretes que interactuaron con los pacientes son empleados del hospital, y que están presentes todo el día. Con esta información, debemos entender que este hospital tiene los fondos para proveer servicios lingüísticos adecuados y que usan intérpretes calificados. Sabemos que la calidad de los servicios lingüísticos es una determinante que repercute en la calidad de la atención médica (Timmins, 2002). Este es un ejemplo de la situación ideal donde hay suficientes recursos para facilitar

atención y resultados adecuados para los pacientes hispanohablantes. Aunque otros estudios que hemos presentado han conectado el uso de la interpretación con la atención deficiente de estos pacientes, Enguinados y Rosen mostraron que la interpretación y los otros servicios lingüísticos que ya existen son suficientes para producir resultados deseables para los pacientes cuando son adecuados.

4. Conclusiones

Una de las preguntas centrales de esta investigación era la siguiente: ¿Están los desafíos de la comunicación entre los médicos y los pacientes vinculados con la calidad de atención médica que los pacientes reciben? En esta sección hemos presentado varias investigaciones que han implicado las barreras lingüísticas que existen entre los pacientes hispanohablantes y los médicos angloparlantes, y que contribuyen a una peor calidad de atención médica. Sherraden y Barrera (1996), y Seijo et al. (1991) indicaron que los pacientes hispanohablantes suelen estar menos satisfechos con la atención que reciben, y dada la desinformación en las consultas. David y Rhee (1998) apoyaron estas tendencias y mostraron estadísticamente que los pacientes hispanohablantes reciben una información deficiente durante las visitas médicas y que no son informados de los medicamentos en sus recetas. Mientras tanto, Cohen et al. (2005) encontró que los pacientes hispanos con las mayores barreras lingüísticas son dos veces más susceptibles a padecer de algún error médico evitable. De modo parecido, Marcos et al. (1973) y Milun et al. (1980) mostraron que las barreras lingüísticas pueden afectar el diagnóstico de pacientes hispanohablantes y esquizofrénicos al no entender cómo los médicos entienden sus síntomas psicóticos. Aunque algunos estudios como Enguinados y Rosen (1997) no encontraron diferencias significativas entre la atención que los pacientes hispanohablantes reciben en comparación con otros pacientes, la mayor parte de la literatura sugiere que sí existe una

conexión entre las barreras comunicativas y la atención resultante: cuando las barreras aumentan, la comunicación y la atención empeoran.

La segunda pregunta central de esta investigación tiene que ver con la identificación de los factores específicos que contribuyeron a las fallas del proceso comunicativo. Presentamos una serie de investigaciones que implican tres factores: el ruido psicológico/cultural, el ruido semántico, y una falta de superposición de los campos de experiencia. El estudio de Marcos et al. (1973) era uno de los más importantes en la identificación de los factores que influyen en la atención que los pacientes hispanohablantes reciben. Dicho estudio presentó la manera en que el ruido semántico puede distorsionar el mensaje cuando los pacientes tienen que comunicarse en inglés. Al mismo tiempo, los médicos parecían tener una percepción diferente de los pacientes que tienen menos competencia en inglés, lo que resultó en ruido psicológico. Este estudio entonces presenta la amplificación que puede resultar cuando el ruido psicológico y semántico están presentes, lo que nos ayuda a explicar por qué en estudios como Seijo et al. (1991), la distorsión atribuible al ruido semántico que existía sin un intérprete era menor que el ruido acumulativo cuando un intérprete estaba presente. Los médicos parecían entender la presencia de un intérprete como una reflexión de la capacidad de los pacientes, entonces cambiaban sus mensajes para simplificar la información. Marcos et al. (1973) también mostró los problemas que existen cuando no hay una superposición adecuada de los campos de experiencia, y cómo eso puede dificultar el entendimiento del mensaje (y los síntomas) de los pacientes. Los estudios de Barr y Wanat (2005), y David y Rhee (1998) afirmaron que el ruido cultural era un factor crucial en la distorsión de la comunicación entre los pacientes y los médicos. Además, Barr y Wanat (2005) mostraron cómo los médicos suelen tener una falta de familiaridad con las culturas de los

pacientes—resultado de no tener superposición suficiente en los campos de experiencia—y los problemas subsecuentes.

En resumen, las barreras lingüísticas que existen para los pacientes hispanohablantes parecen estar correlacionadas con la atención de menor calidad. Además, el ruido psicológico era el factor que contribuyó a la presencia de los errores en el proceso comunicativo. Este tipo de ruido puede ser especialmente problemático debido a la manera en que amplifica el ruido semántico, ubicuo entre personas con limitado conocimiento del inglés. La superposición de campos de experiencia también parece ser un factor importante, y es algo que mejora cuando el personal clínico tiene un mejor entendimiento de la cultura de los pacientes.

IV. Aplicaciones posibles

La primera sección de esta tesina presentó una multitud de factores sociales, económicos y culturales que pueden tener un efecto en la calidad de la atención médica que los pacientes hispanohablantes suelen recibir en los Estados Unidos. Acabamos de presentar una serie de estudios que nos ayudó a controlar la mayoría de estos factores, y a aislar las barreras lingüísticas para ver cómo interactúan con la atención que estos pacientes reciben. Además, señalamos unas estructuras comunicativas específicas que contribuyen a las barreras y las fallas del proceso comunicativo. Para avanzar nuestra discusión de estas estructuras y sus efectos negativos en la atención médica, presentamos en esta sección algunos de los pasos que son necesarios para mejorar la atención accesible a los pacientes hispanohablantes. Específicamente, sugerimos las medidas siguientes: establecer un estándar federal para el entrenamiento de los intérpretes médicos, aumentar el número de médicos y personal clínico bilingües e incorporar algún entrenamiento para el personal que se enfoca en las culturas de sus pacientes.

La primera medida tiene que ver con el entrenamiento de intérpretes profesionales. Mencionamos antes que el gobierno federal manda que todas las clínicas que reciben fondos federales ofrezcan servicios lingüísticos para los pacientes que los necesitan. El problema que presentamos era que, en este mandato, no se estipula un estándar de entrenamiento. El resultado es claro: hay un gran número de intérpretes que tienen diferentes habilidades para ejecutar sus trabajos con eficacia. Vimos en Seijo et al. (1991) y David y Rhee (1998) que la atención para los pacientes empeoró cuando el intérprete estaba presente. Pusimos énfasis en las percepciones de los médicos sobre los pacientes que necesitan usar estos servicios, y cómo estas percepciones influyen en la manera en que los médicos interactúan con ellos. También es cierto que elevar las habilidades de los intérpretes sería beneficiosa para el proceso comunicativo. La situación ideal siempre es una comunicación directa entre el paciente y el médico, sin un tercer partido que pueda amplificar cualquier ruido que ya esté presente. Sin embargo, sabemos que la interpretación se puede usar para facilitar la comunicación entre el paciente y el médico, y que puede producir atención aceptable. Enguinados y Rosen (1997) mostraron que los pacientes están satisfechos con la atención cuando los servicios de interpretación son accesibles y adecuados. Una manera de asegurar que los servicios son accesibles y adecuados es establecer un estándar que estipula que todos los intérpretes deben tener una cierta competencia que les permite interpretar el contexto médico. De esta manera, eliminamos el uso de intérpretes con habilidades limitadas, lo que puede resultar en un mayor riesgo de que se den los errores médicos.

Como hemos aludido, la comunicación siempre es mejor cuando hay un solo emisor y receptor para cada mensaje, es decir eliminar el intérprete cuando sea posible. Para cumplir eso, necesitamos elevar las habilidades en inglés de los pacientes o aumentar el número de médicos

que puedan comunicar en español. Aquí nos enfocamos en la segunda opción. Según el Princeton Review (2022), solo 4% de los estudiantes de medicina llevaron cursos universitarios en las humanidades. Solo una fracción de este 4% estudiaron español. Establecimos que los hispanos son casi el 20% de los Estados Unidos y que más de la mitad de ellos tienen habilidades limitadas en inglés. En resumen, hay una demanda para médicos con habilidades bilingües pero el suministro es bastante limitado. Desde la perspectiva de las clínicas y del gobierno federal que provee de fondos a muchas de estas clínicas, tiene sentido incentivar a más estudiantes médicos a estudiar español, ya que reduciría la necesidad de tener intérpretes. Además, las escuelas de medicina hoy en día no están ocupadas en admitir exclusivamente a los estudiantes con títulos en ciencias naturales, y el Princeton Review (2022) señala que se debe tener una educación que no se limite a las ciencias naturales. Por tanto, las universidades y los programas de pregrado tienen la oportunidad para motivar a más estudiantes a obtener un título en otras áreas que son importantes para el campo de la medicina, como el español. El otro beneficio de esta medida es que presenta una menor carga financiera que nuestras otras sugerencias. El entrenamiento de los intérpretes, tanto como una educación cultural para el personal clínico, requiere un compromiso monetario significativo. Por otro lado, los programas de pregrado pueden animar a más estudiantes interesados en la medicina a obtener una educación en las áreas de humanidades, como el español, sin la misma necesidad de hacer mayores inversiones financieras.

Sin embargo, probablemente el cambio más importante que podemos hacer es mejorar la competencia de los trabajadores médicos en torno a las culturas de los pacientes hispanos. Gran parte de este trabajo se ha dedicado al ruido psicológico y cultural que origina el sesgo de los médicos sobre estos pacientes. Otro tema importante que hemos visto es la superposición de campos de experiencia. Si elevamos el conocimiento del personal clínico sobre las culturas y las

creencias de los pacientes hispanos, reducimos el ruido psicológico que está presente y aumentamos la superposición de los campos de experiencia de las partes involucradas: ambos son cambios que mejoran el proceso y estabilidad del proceso comunicativo. Por ejemplo, Barr y Wanat (2005) indicó que los pacientes hispanos tienen expectativas diferentes de la atención médica de las que se dan en otras culturas. Si el personal conociera cuáles eran esas expectativas, tendrían una mejor oportunidad para responder a ellas. En los casos más graves, Marcos et al. (1973) y Milun et al. (1980) mostraron cómo las diferencias culturales pueden causar confusión en la severidad de los síntomas y en los diagnósticos de los pacientes. Estas tres investigaciones indican que los médicos deben tener algún entrenamiento específico sobre las diferencias en las creencias y en la comunicación de pacientes de otras culturas. Este entrenamiento es crucial para mejorar la exactitud de los diagnósticos y minimizar los errores que ocurren como resultado de la confusión entre el médico y el paciente. Intentar evaluar a todos los pacientes en una escala que está equilibrada para americanos blancos y angloparlantes es uno de los problemas más importantes que conlleva a una atención de peor calidad para todas las minorías.

V. Limitaciones

En la sección 3, mencionamos algunas de las limitaciones de las investigaciones que presentamos. Ahora, hablamos sobre las limitaciones más generales de la literatura existente, de este trabajo y lo que se puede hacer en el futuro para colmar las lagunas.

1. La literatura

Hablando de las limitaciones de la literatura publicada, el tema más importante tiene que ver con la escala de los estudios. La atención médica es una categoría enorme porque contiene una variedad de servicios, como la sala de emergencias, la medicina interna y la medicina psicológica, entre otras. Cada tipo de medicina tiene sus propias características, retos y

problemas. Debido a eso, se vuelve difícil hacer generalizaciones sobre la atención que los pacientes hispanos reciben, sin limitar el enfoque a un área específica. Un ejemplo importante para esta tesina tiene que ver con las diferencias entre los resultados del estudio de Marcos et al. (1973) y el de Enguinados y Rosen (1997). El primero encontró que las barreras lingüísticas presentan un problema significativo para evaluar los síntomas psicóticos de pacientes esquizofrénicos. Estos resultados fueron reflejados en otras investigaciones, como Milun et al. (1980), inclusive si en ellos cambiaron los problemas específicos. El segundo encontró que las barreras lingüísticas fueron limitadas y no tuvieron un efecto significativo en la atención que los pacientes recibieron en la sala de emergencias. En nuestra investigación, señalamos que los ruidos culturales y semánticos son problemáticos para la atención accesible a pacientes hispanos. Asumimos que en los estudios como el de Enguinados y Rosen (1997), la interpretación era mejor y facilitó una mejor calidad de atención en comparación con lo que otras investigaciones encontraron. Sin embargo, no podemos disminuir el hecho de que las evaluaciones psicológicas introducen una capa de subjetividad. En un sentido más general, podemos decir que ciertos tipos de medicina son más susceptibles a los efectos de ciertos tipos de interferencia en el proceso comunicativo. Además, los estudios que discutimos suelen tener estructuras diferentes, entonces se vuelve aún más difícil comparar los resultados directamente cuando dos investigaciones se enfocan en dos tipos de atención distintos y se realizaron de dos maneras distintas. También debemos tener en cuenta que habrá variaciones entre diferentes clínicas.

Dicho esto, la mejor manera para continuar el avance de nuestro conocimiento de cómo el español afecta la calidad de la atención médica en los Estados Unidos es realizar unas investigaciones de una escala más grande. Estas investigaciones pueden emplear estructuras similares a lo que ya hemos visto, es decir principios etnográficos, entrevistas, encuestas

numéricas etc. Sin embargo, deben investigar una variedad de tipos de atención en una variedad de clínicas alrededor del país. De esta manera, podemos hacer comparaciones más directas entre las especialidades diferentes. Esto también ayudará a eliminar la posibilidad de encontrar resultados que no reflejan bien las tendencias más amplias en el sistema de la atención médica debido al tamaño más pequeño de la muestra. Ya tenemos ahora una base que nos indica algunas de las áreas más problemáticas. Si pasamos a tratar los problemas actuales y empezamos a realizar estas investigaciones más amplias para suplementar y afinar las medidas que implementamos, nos daremos mejores posibilidades de éxito en la mejora de la atención de los pacientes hispanos.

2. Este trabajo

La otra limitación significativa que debemos mencionar viene de esta tesina. Hemos tomado una perspectiva lingüística para entender y responder a los problemas que se enfrentan a los pacientes hispanos. Presentamos una serie de investigaciones y aplicamos esta perspectiva lingüística para identificar cuales los factores que contribuyeron a los resultados que los autores informaron. Una de las limitaciones centrales de este tipo de investigación es la falta de habilidad para investigar directamente esos factores. Debido a esto, esperamos que esta tesina pueda funcionar como una base para estudios futuros que esperamos que incluyan una perspectiva lingüística de investigación de la atención de pacientes hispanohablantes. Sería valioso realizar una serie de investigaciones que empleen estructuras lingüísticas como variables independientes que confirmen o rechacen las conclusiones que hemos detallado aquí. Por ejemplo, pensamos que una investigación bastante útil debería enfocarse en la implementación de la educación cultural que sugerimos. Nos gustaría realizar un estudio que use dos médicos: uno que recibe un entrenamiento breve sobre las culturas de sus pacientes hispanos, incluyendo sus creencias sobre

la atención médica, y el otro médico sin este entrenamiento. Otra vez, este tipo de entrenamiento debe disminuir el ruido psicológico por parte de los médicos y aumentar la superposición de los campos de experiencia entre ellos y los pacientes. Evaluaremos la atención que resulta para los pacientes que interactúan con los dos médicos para ver si mejora de una manera significativa para los pacientes que vieron el médico que recibió el entrenamiento. Este tipo de estudio nos ayudará a evaluar si disminuir la interferencia que origina los campos de experiencia separados y el ruido cultural están realmente relacionados con la mejora de la calidad de atención de los pacientes hispanos. En un sentido más amplio, una serie de investigaciones—como la que sugerimos—que emplean estructuras lingüísticas como los variables independientes nos presenta la mejor oportunidad para evaluar de una manera más concreta los efectos que hemos indicado en esta tesina. Pensamos que aplicar este tipo de perspectiva y énfasis en los estudios más amplios que ya sugerimos permite examinar las implicaciones de nuestras conclusiones de una manera menos teórica y más práctica. A la misma vez, presenta la oportunidad de evaluar las medidas que hemos sugeridos a fin de mejorar la atención directa de los pacientes y de poder determinar las fortalezas y las debilidades de las soluciones propuestas en esta tesina.

Referencias

- Barr, D. A., & Wanat, S. F. (2005). Listening to Patients: Cultural and Linguistic Barriers to Health Care Access. *Family Medicine*, 37(3), 199–204.
- Caldwell, J. T., Ford, C. L., Wallace, S. P., Wang, M. C., & Takahashi, L. M. (2017). Racial and ethnic residential segregation and access to health care in rural areas. *Health & Place*, 43, 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.11.015>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015, May 5). *Hispanic health*. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved March 20, 2022, from <https://www.cdc.gov/vitalsigns/hispanic-health/index.html>
- Chen, A. (2006). Doctoring across the language divide. *Health Affairs*, 25(3), 808–813. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.808>
- Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116(3), 575–579. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0521>
- Comité Conjunto Económico, & Maloney, C. B. (2015). The Economic State of the Latino Community in America (n.d.).
- David, R. A., & Rhee, M. (1998). The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 65(5-6), 393–397.
- Enguidanos, E. R., & Rosen, P. (1997). Language as a factor affecting follow-up compliance from the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 9–12. [https://doi.org/10.1016/s0736-4679\(96\)00260-0](https://doi.org/10.1016/s0736-4679(96)00260-0)

- The Princeton Review. (n.d.). *How to choose a pre-med major*. Retrieved March 19, 2022, from <https://www.princetonreview.com/med-school-advice/how-to-choose-a-pre-med-major>
- Korsch, B. M., & Harding, C. (1999). *The Intelligent Patient's Guide to the doctor-patient relationship: Learning how to Talk so your doctor will listen*. Oxford University Press Inc, USA.
- Krogstad, J. M., Stepler, R., & Lopez, M. H. (2020, September 18). *English use on the rise among Latinos*. Pew Research Center's Hispanic Trends Project. Retrieved March 20, 2022, from <https://www.pewresearch.org/hispanic/2015/05/12/english-proficiency-on-the-rise-among-latinos/>
- Marcos, L. R., Alpert, M., Urcuyo, L., & Kesselman, M. (1973). The effect of interview language on the evaluation of Psychopathology in Spanish-American schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, *130*(5), 549–553. <https://doi.org/10.1176/ajp.130.5.549>
- Martínez-Gibson, E. A., & Gibson, T. E. (2007). Addressing language access in health care. *Hispanic Health Care International*, *5*(3), 116–123. <https://doi.org/10.1891/1540-4153.5.3.116>
- Milun, M., Daneel, M. H., Smart, D., & Beumont, P. J. V. (1980). Language Medium and Schizophrenic Thought Disorder. *SA Medical Journal*, 996–997.
- Nielsen-Bohlman, L. (2004). Culture and Society. In *Health literacy a prescription to end confusion*. essay, National Academies Press.

- Ovalle, T. R. (2021, May 26). *Emergency medicine chronicles: Colombian perspectives*. Emergency Physicians International. Retrieved May 2, 2022, from <https://www.epijournal.com/home/2021/5/25/emergency-medicine-chronicles-colombian-perspectives>
- Pierce, T., & Corey, A. M. (2009). Introducing Communication. In *The evolution of human communication: From theory to practice*. essay, EtrePress.
- Pérez-Escamilla, R. (2009). Health Care Access Among Latinos: Implications for social and health care reforms. *Journal of Hispanic Higher Education*, 9(1), 43–60. <https://doi.org/10.1177/1538192709349917>
- Seijo, R., Gomez, H., & Freidenberg, J. (1989). Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients. *Hispanic Psychology: Critical Issues in Theory and Research*, 169–181. <https://doi.org/10.4135/9781483326801.n11>
- Shannon and Weaver Model of Communication*. Communication Theory. (2014, July 10). Retrieved March 20, 2022, from <https://www.communicationtheory.org/shannon-and-weaver-model-of-communication/>
- Sherraden, M. S., & Barrera, R. E. (1996). Prenatal care experiences and birth weight among Mexican immigrant women. *Journal of Medical Systems*, 20(5), 329–350. <https://doi.org/10.1007/bf02257044>
- Tienda, M., Mitchell, F., Escarce, J., & Kapur, K. (2006). Access to and Quality of Health Care. In *Hispanics and the Future of America*. essay, National Academies Press.
- Timmins, C. L. (2002). The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: A review of the literature and Guidelines for Practice. *Journal of*

Midwifery & Women's Health, 47(2), 80–96.

[https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(02\)00218-0](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(02)00218-0)

U.S. Census Bureau quickfacts: United States. (2021). Retrieved March 20, 2022, from

<https://www.census.gov/quickfacts/US>

Wofford, J. L., Campos, C. L., Johnson, D. A., & Brown, M. T. (2013). Providing a

Spanish interpreter using low-cost videoconferencing in a community study

computers. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 20(2), 141–146.

<https://doi.org/10.14236/jhi.v20i2.34>